2021



ביטוח בריאות קבוצתי

לחברי לשכת שמאי מקרקעין בישראל ובני משפחותיהם

הראל ביטוח ופיננסים

אלומה ביטוח ופיננסים
איתך לאורך כל הדרך

לשכת שמאי מקרקעין בישראל (ע"ר)
Real Estate Appraisers Association in Israel

לשכת שמאי מקרקעין בישראל (ע"ר)
Real Estate Appraisers Association in Israel

יולי, 2021

חברות וחברים יקרים,

הנדון: <u>פוליסת ביטוח בריאות קולקטיבי</u>

אנו שמחים להביא לידיכם את תנאי פוליסת ביטוח בריאות קולקטיבי המצורפת בזאת, פרי משא ומתן עליו שקדו הגופים החתומים מטה, במטרה ליתן את התנאים הטובים ביותר האפשריים במסגרת דמי החבר השנתיים המשולמים על ידכם ללשכה.

תנאי פוליסה זו הם פרי עבודה מאומצת שנעשתה על ידי החתומים מטה תוך שכירת מומחה חיצוני אותו שכרה הלשכה אשר בחן את האופציות הקיימות בשוק.

עבודה זו הביאה לפוליסה משופרת משמעותית, הן ביחס לתנאים הקודמים והן ביחס לפוליסות הביטוח הקיימות בשוק.

יודגש כי קיימת אפשרות להרחיבה – בהתאמה אישית, ולצרף בני זוג וילדים.

למידע נוסף ניתן לפנות אל סוכנות "אלומה", בטלפון 02-6404626.

בברכה נאמנה,

חיים מסילתי	**חיים אטקין**	**לאה אבירם ואילנה גלבוע**
יו"ר הלשכה	יו"ר ועדת ביטוח בלשכה	"אלומה" סוכנות לביטוח

E-mail: office@landvalue.org.il WWW.LANDVALUE.ORG.IL באינטרנט

יגאל אלון 159 קומה 2, משרד 222, תל-אביב 6744367, טל. 03-5277642, 03-5225969 פקס. 03-5239419

ISRAEL TEL. 03-5225969, 03-5277642 FAX. 03-5239419

תוכן עניינים

גילוי נאות **4**

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי
לעובדי לשכת שמאי המקרקעין בישראל ובני משפחותיהם 4

פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי **12**

פרק 1: השתלות וטיפולים מיוחדים 35

פרק 2: תרופות מיוחדות 39

פרק 3: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל 41

פרק 4: כתב שירות - רפואת און-ליין 43

סטודיו**הראל** 34213.2 גרסה 004 07/2021

גילוי נאות

כתובת אתר האינטרנט	כתובת הדואר האלקטרוני	טלפון *2735
www.harel-group.co.il	polisotbs@harel-ins.co.il	פקס 037348178
	אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802	

תמצית תנאי הביטוח – ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי לשכת שמאי המקרקעין בישראל ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי לשכת שמאי המקרקעין בישראל ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים. פרק 2 - תרופות מיוחדות. פרק 3 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל. פרק 4 - כתב שירות - רפואת און ליין.
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.7.2021 ועד ליום 30.6.2026.
תיאור הביטוח	**השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל** כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה וגמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה על פי תנאי הפוליסה. **תרופות מיוחדות** כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות המפורטות בפרק זה. כמו כן ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה. **ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל** כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן. **כתב שירות - רפואת און ליין** אפשרות לקבלת ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידאו עם רופא בתחום המשפחה והילדים ועם רופא מומחה בתחומים המצוינים בכתב השירות. המשך טיפול במרפאות לרפואה ראשונית במידת הצורך לפי קביעת הרופא המייעץ.

תמצית פרטי הפוליסה	
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה: חריגים כללים לפוליסה - סעיף 15 פרק 2 תרופות מיוחדות - סעיף 5.4 פרק 3 ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 5 פרק 4 כתב שירות - רפואת און ליין - סעיף 5 באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.
גובה הפיצוי הכספי שאקבל	**פרק 1 השתלות וטיפולים מיוחדים,** סעיף 2.3 השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 350,000 ₪ (למעט השתלת מח עצם או קרנית). סעיף 2.5.2.1 פיצוי בגובה 10,000 ₪ לאחר טיפול מיוחד בחו"ל. **פרק 3 ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל,** סעיף 4 פיצוי בגובה 200,000 ₪ במידה ונפטר חו"ח המבוטח במהלך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח כתוצאה ישירה מהניתוח.
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)[1]	אין.
השתתפות עצמית	**פרק 2 תרופות מיוחדות,** השתתפות של 250 ₪ למרשם לחודש ועד 500 ₪ לכל המרשמים בחודש. למעט טיפול תרופתי בתרופה מיוחדת על פי סעיף 2.4, בגינה תשולם השתתפות עצמית למרשם לחודש, ללא הגבלה לכמות המרשמים בחודש. עבור תרופות למחלת הסרטן ו/או לתרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש ללא השתתפות. השתתפות עצמית של 20% עבור בדיקות אבחון וקביעת דרכי טיפול למחלת הסרטן ועד תקרה של 20,000 ₪ לשנה במידה והמכון בו בוצעה הבדיקה אינו בהסדר עם החברה. **פרק 4 כתב שירות רפואת און ליין,** השתתפות של 90 ₪ עבור איסוף מידע לקראת ייעוץ רפואי מקוון ממומחים. השתתפות של 100 ₪ עבור כל ייעוץ רפואי מקוון עם רופא מומחה. ייעוצים רפואיים מקוונים לרפואה ראשונית עם רופא מומחה בתחומי רפואת משפחה וילדים הינם ללא השתתפות עצמית.
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים?	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.

<table>
<tr><th colspan="2">תמצית פרטי הפוליסה</th></tr>
<tr><td>עלות הביטוח</td><td>דמי הביטוח החודשיים בש"ח ואופן תשלומם:
<table>
<tr><th>סוג מבוטח</th><th>עלות</th><th>אופן התשלום</th></tr>
<tr><td>חבר</td><td>₪19.50</td><td>משולם ע"י הלשכה</td></tr>
<tr><td>בן/ת זוג
ילד בוגר מעל גיל 25 שנה</td><td>₪19.50</td><td>משולם מאמצעי תשלום אישי</td></tr>
<tr><td>ילד עד גיל 25 שנה*</td><td>₪7.50</td><td>משולם מאמצעי תשלום אישי</td></tr>
</table>
ילדים עד גיל 25 כלולים בפרמיית בן/ת הזוג. רק אם בן/ת הזוג לא צורפ/ה לביטוח, תשולם פרמיית הילד לעיל בגין כל ילד ילד שיצורף.
(לפי המדד שיפורסם ביום 15.6.2021)</td></tr>
<tr><td>שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח</td><td>אין.</td></tr>
</table>

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

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל **למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 2.1-2.2 או 2.3 ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.**	השתלה לפי סעיף 3.1 לפרק הכללי. תאי גזע שמקורם במבוטח. בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד. סעיף 2.3 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו.	סעיף 2.1.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 2.1.2 - עד לסך של ₪5,000,000 אצל נותן שירות שלא בהסכם. על אף האמור, יינתן כיסוי מלא במקרה בו תיאום ההשתלה בוצע על ידי החברה, לאחר שהמבוטח בחר את המטפל, מקום הטיפול ומועד הטיפול, הודיע לחברה מראש ואיפשר לחברה לתאם עבורו את הטיפול הרפואי. סעיף 2.3 - פיצוי חד פעמי בסך ₪350,000 להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות החברה, למעט השתלת מח עצם או קרנית.	
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 3.2 לפרק הכללי - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	סעיף 2.1.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. על אף האמור, יינתן כיסוי מלא במקרה בו הטיפול המיוחד בוצע על ידי החברה, לאחר שהמבוטח בחר את המטפל, מקום הטיפול ומועד הטיפול, הודיע לחברה מראש ואיפשר לחברה לתאם עבורו את הטיפול הרפואי. סעיף 2.1.2 - עד לסך של ₪1,000,000 אצל נותן שירות שלא בהסכם.	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה	סעיף 2.5 לאחר ביצוע השתלה.	סעיף 2.5.1.1 - סכום חודשי בסך 6,000₪ לתקופה של עד 24 חודשים, בגין ביצוע השתלה שאינה השתלת מח עצם או השתלת קרנית. סעיף 2.5.1.2 - סכום חודשי בסך 3,000₪ לתקופה של עד 12 חודשים, בגין השתלת מח עצם (שאיננה השתלת מח-עצם עצמית). סעיף 2.5.1.4 - מבוטח הזכאי לגמלה חודשית, או יורשיו החוקיים, יוכלו לבקש לקבל את תשלומי הגמלה באמצעות תשלום חד פעמי אחד בגין כל התקופה, בשיעור של 85% מהגמלה המצטברת בגין כל תקופת התשלום..	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

פרק 2 - תרופות מיוחדות			
שם הכיסוי	**תיאור הכיסוי**	**מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע**	**ההשתתפות העצמית**
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופותOFF LABAL או תרופות יתום, או טיפול תרופתי בתרופה מיוחדת כהגדרתן פרק זה. כמו כן, בדיקות אבחון וקביעת דרכי טיפול למחלת הסרטן.	סכום ביטוח מרבי לסעיפים 2.1 - 2.4 לפרק הינו עד לסך של 2,000,000 ₪ למשך 30 חודשים, ויתחדש ליתרת תקופת הביטוח. סכום הביטוח המרבי לסעיף 2.4 עבור טיפול תרופתי בתרופה מיוחדת 200,000 ₪. במידה ולאחר מיצוי 200,000 ₪ יימצא כי התרופה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח באמצעות מסמך מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, תקרת הכיסוי על פי סעיף זה תוגדל ותהא בסך כולל של 1,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. סעיף 3.3 - בדיקות אבחון וקביעת דרכי טיפול למחלת הסרטן עד תקרה של 20,000 ש"ח לשנה **במידה והמכון בו בוצעה הבדיקה אינו בהסדר עם החברה.** אם המכון בו בוצעה הבדיקה **בהסדר עם החברה** - יינתן כיסוי מלא.	השתתפות של 250 ₪ למרשם לחודש ועד 500 ₪ לכל המרשמים בחודש. למעט טיפול תרופתי בתרופה מיוחדת על פי סעיף 2.4, בגינה תשולם השתתפות עצמית למרשם לחודש, ללא הגבלה לכמות המרשמים בחודש. סעיף 4.2 - עבור תרופות למחלת הסרטן ו/או לתרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש ללא השתתפות. סעיף 3.3 - השתתפות עצמית של 20%.
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	סעיף 2.5 בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	עד לסך של 5,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.	
הערות	**חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.**		

פרק 3 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל	סעיף 3 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור הטסה רפואית, הוצאות העברה יבשתית ועוד.	במקרה של ביצוע ניתוח שתואם על ידי חברת הביטוח - שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח. במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטח, יינתן שיפוי בשיעור 200% מעלות הניתוח אצל ספקים שבהסכם עם החברה לניתוח זהה בישראל או עד תקרת עלות הניתוח אצל ספקי הסכם של החברה בחו"ל, הגבוה מבניהם ובכל מקרה לא יותר מהעלות בפועל.
הוצאות שהייה	סעיף 3.3.1 בפרק - הוצאות שהייה.	יכוסו הוצאות שהייה סבירות למבוטח ומלווה (למבוטח ושני מלווים במקרה של מבוטח קטין), עד 30 ימים.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	סעיף 3.2 בפרק הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל.	
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	סעיף 3.5 בפרק ההגדרות הכלליות - טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל.	במקרה של ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותן שירות שבהסדר עם המבטח - שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח. במקרה של ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטח, יינתן כיסוי עד הגבוה מבין המפורט להלן ובכל מקרה לא יותר מהעלות בפועל: ■ עד תקרת עלות הטיפול מחליף הניתוח אצל ספקי הסכם של החברה בחו"ל. ■ תקרת עלות הניתוח המוחלף אצל ספקים שלחברה הסכם עימם בחו"ל. ■ כיסוי בשיעור 200% מעלות הניתוח המוחלף אצל ספקים שבהסכם עם החברה לניתוח זהה בישראל.
הערות	**חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.**	

פרק 4 - כתב השירות- רפואת און ליין		
שם השירות	**תיאור השירות**	**השתתפות עצמית**
טיפולי רפואה משלימה	סעיף 1 שירות זה מאפשר למנוי לקבל ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידיאו, עם רופא בתחום המשפחה והילדים ועם רופא מומחה בתחומים הקבועים בפרק והמשך טיפול במרפאות לרפואה ראשונית במידת הצורך לפי קביעת הרופא המייעץ.	השתתפות של 90₪ עבור איסוף מידע לקראת ייעוץ רפואי מקוון ממומחים. השתתפות של 100₪ עבור כל ייעוץ רפואי מקוון עם רופא מומחה. ייעוצים רפואיים מקוונים לרפואה ראשונית עם רופא מומחה בתחומי רפואת משפחה וילדים הינם ללא השתתפות עצמית.

מדד הפוליסה שפורסם ביום 15.6.2021.

מידע נוסף:

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

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

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי

בין:	"בעל הפוליסה": **לשכת שמאי המקרקעין בישראל**	
ע.ר	**580010734**	
מרחוב	יגאל אלון 159, תל אביב	**מצד אחד**
לבין:	"חברת הביטוח" או "החברה": **הראל חברה לביטוח**	
ח.פ/צ	520004078	
מרחוב	אבא הילל 3, רמת גן	**מצד שני**

1. כללי

1.1. כותרות הסעיפים הינן לצורכי נוחות הקריאה, ואינן משמשות לצורכי פרשנות ההסכם. תוכן הסעיפים הוא הקובע.

1.2. האמור בלשון זכר משמעותו גם נקבה ולהיפך, והאמור בלשון יחיד משמעותו גם רבים ולהיפך. אין בניסוח בלשון זכר/נקבה ו/או יחיד/רבים בסעיף ספציפי כלשהו בפוליסה כדי לגבור על הוראות סעיף זה.

2. הגדרות

2.1. **הסכם הביטוח** - הסכם הביטוח אליו צורפה פוליסה זו, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים ו/או שיצורפו לו במהלך תקופת הביטוח בהסכמת הצדדים.

2.2. **הביטוח הקודם** - הסכם ביטוח שבין בעל הפוליסה לבין הראל חברה לביטוח, לרבות נספחים, הרחבות, הארכות ותוספות שצורפו לו במהלך תקופת הביטוח, שהיה בתוקף עד תאריך תחילת הביטוח בביטוח זה.

2.3. **תאריך תחילת הביטוח** - 1.7.2021 (אחד ביולי 2021)

2.4. **תקופת הביטוח** - תקופה בת 60 חודשים שתחילתם בתאריך תחילת הביטוח.

2.5. **שנת ביטוח** - תקופה בת 12 חודשים רצופים אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח, ומתחדשת כל 12 חודשים.

2.6. **חבר קיים** - מי שחבר אצל בעל הפוליסה בתאריך תחילת הביטוח, בהתאם לתנאים ולכללים הנהוגים והמקובלים אצל בעל הפוליסה.

2.7. **חבר חדש** - מי שחברותו אצל בעל הפוליסה החלה במהלך תקופת הביטוח ולאחר תאריך תחילת הביטוח, בהתאם לתנאים ולכללים הנהוגים והמקובלים אצל בעל הפוליסה.

2.8. **חבר** - חבר קיים ו/או חבר חדש.

2.9. **בן/בת זוג** - בן/בת זוג של חבר לרבות ידוע/ה בציבור ובן/בת זוג עליו/ה הצהיר החבר כבן/בת זוג, ולרבות בני/בנות זוג מאותו מין.

2.10. **ילד** - ילד/ה של חבר ו/או ילד של בן/בת זוג, לרבות ילד מאומץ שגילו קטן מ-25.

2.11. **ילד בוגר** - ילד/ה של חבר ו/או ילד של בן/בת זוג, לרבות ילד מאומץ שגילו 25 או יותר. כילד בוגר יחשב גם ילד של חבר ו/או ילד של בן/בת הזוג של חבר, אשר צורף לביטוח וצירף עימו את בן/בת זוגו ו/או את ילדיו, גם אם גילו קטן מ-25.

2.12. **חתן/כלה** - בן /בת זוג של ילד, לרבות ידוע/ה בציבור ובן/בת זוג עליו/ה הצהיר החבר כבן/בת זוג של ילדו, ולרבות בני/בנות זוג מאותו מין.

2.13. **נכד** - ילד/ה ילדה של ילד החבר ו/או ילד של חתן/כלה, לרבות ילד מאומץ, שגילו קטן מ-25.

2.14. **נכד בוגר** - ילד/ה ילדה של ילד החבר ו/או ילד של חתן/כלה, לרבות ילד מאומץ, שגילו 25 או יותר.

2.15. **בן משפחה** - בן /בת זוג ו/או ילד ו/או ילד בוגר ו/או חתן/כלה ו/או נכד ו/או בוגר.

2.16. **מבוטח** - חבר ו/או בן משפחה אשר הצטרף לביטוח זה בהתאם לתנאי ההצטרפות המפורטים בו.

2.17. **מוטב** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח בקרות מקרה ביטוח. בהיעדר קביעת מוטב מפורשת על ידי המבוטח, יהיה המבוטח המוטב, או יורשיו החוקיים של המבוטח לאחר מותו.

2.18. **מקרה ביטוח** - מערכת עובדות ונסיבות המוגדרת בפרקי הכיסוי, אשר בהתקיים אותן עובדות ונסיבות זכאי המבוטח לכיסוי על פי פוליסה זו.

2.19. **דמי ביטוח** - הסכום המשולם לחברה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח, בגין התחייבויותיה בהסכם זה (הפרמיה).

2.20. **סכום ביטוח / תגמולי ביטוח** - הסכום שתשלם החברה למוטב, בקרות מקרה ביטוח, על פי תנאי הכיסוי בביטוח זה, ולא יותר מתקרת תגמולי הביטוח המפורטת, אם מפורטת.

2.21. **השתתפות עצמית** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. תגמולי הביטוח שתשלם החברה הינם בגובה הוצאות המבוטח בניכוי ההשתתפות העצמית הקבועה, אם קבועה, ולא יותר מתגמולי הביטוח המרביים הקבועים לאותו כיסוי.

2.22. **חיתום** - תהליך קבלה לביטוח המתבסס על מידע רפואי שמסר המבוטח לחברה בקשר עם מצבו הרפואי, ולפיו קובעת החברה את תנאי קבלתו / דחייתו של המבוטח לביטוח, וכל זאת במקרים בהם נדרש חיתום על פי תנאי ביטוח זה בלבד.

2.23. **הסכם** - הסכם כפי שיהיה מעת לעת בין החברה לבין נותן שרות כלשהו בנוגע למתן שירותים על-פי פוליסת ביטוח זו.

2.24. **בית חולים** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים, שאינו סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי.

2.25. **בית חולים פרטי** - בית חולים כמוגדר בסעיף 2.24, שהוא אחד מאלה:

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

(2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות הרשוהו לספק שירות בחירת רופא בתשלום, וכן המורשה לספק שירות רפואי פרטי (שר"פ) ו/או שירות רפואי נוסף (שר"ן), על ידי הרשויות המוסמכות, לרבות קרנות מחקר וגופים שאינם בבעלות ציבורית, הפועלים, על פי חוק, בתוך בתי חולים ציבוריים.

(3) בית חולים בחו"ל.

2.26. **בית חולים בהסכם** - בית חולים כמוגדר בסעיפים 2.24 ו-2.25 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.

2.27. **בית חולים אחר** - בית חולים כמוגדר בסעיפים 2.24 ו-2.25 לעיל שאינו בית חולים בהסכם.

2.28. **הטסה רפואית** - הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס ייעודי, בליווי צוות ו/או ציוד רפואי המותאם למצבו הרפואי של המבוטח.

2.29. **מעבדה** - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה היא פועלת.

2.30. **רופא מומחה** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, וכן רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בחו"ל כמומחה בתחום רפואי מסוים, והסמכתו תקפה במדינה בה הוא משמש כרופא.

2.31. **מנתח** - רופא מומחה, המורשה על פי הסמכתו לנתח.

2.32. **מנתח הסכם** - מנתח הקשור בהסכם עם החברה.

2.33. **מנתח אחר** - מנתח שאינו מנתח הסכם.

2.34. **מרדים** - רופא מומחה, המורשה על פי הסמכתו לשמש כרופא מרדים.

2.35. **התייעצות** - התייעצות עם רופא מומחה בנושא רפואי שבתחום מומחיותו.

2.36. **אח / אחות** - אח/ות מוסמך/כת על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל, והסמכתו/ה תקפה במדינה בה הוא משמש כאח/ות.

2.37. **אשפוז** - שהייה בחדר בבית חולים, לרבות במסגרת אשפוז יום (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום).

2.38. **חדר ניתוח** - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לביצוע ניתוחים, וכן "מרפאה כירורגית פרטית" כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות סעיף 34 (א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.

2.39. **נותן שירות** - ספק שירות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם למתן שרות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השרות, בגין שרות שיינתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.

2.40. **בדיקות רפואיות** - בדיקות המבוצעות לצורך אבחון מצבו הרפואי של המבוטח ו/או למניעת מחלה ו/או לקביעת דרכי הטיפול במבוטח או לטיפול במבוטח ו/או לכל צורך רפואי אחר, שהצורך בהן נקבע על ידי רופא מומחה או רופא כללי, הכוללות, בין היתר בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה, בדיקות פתולוגיות ובדיקות רפואיות נוספות כדוגמת EMG, EEG, א.ק.ג ועוד.

2.41. **בדיקות מעבדה** - בדיקה של דגימה מגופו של המבוטח ובחינתה במעבדה, לרבות בדיקות דם, בדיקות שתן, בדיקות צואה ובדיקות נוספות.

2.42. **בדיקת הדמייה** - בדיקה המבוצעת על ידי שימוש בטכנולוגיה, באביזרים ו/או בתהליכים לצורך הראיית איברים פנימיים של גוף האדם, כדוגמת רנטגן, CARDIO CT, MRI, CT, חוות דעת שנייה על בדיקות הדמיה, בדיקת קפסולה אנדוסקופית, תהודה מגנטית פונקציונאלית FMRI, הדמיית בלוטות ממוחשבת, CT PET וכיו"ב.

2.43. **בדיקה פתולוגית / פתולוגיה** - בדיקה של המבוטח או של דגימה מגופו או של גורמים להפרעה בפעילות גופו, הכוללת אחת או יותר מהבדיקות: פיסיולוגיות, היסטולוגיות, מיקרוביולוגיות, אימונולוגיות, ביוכימיות ואחרות.

2.44. **תקופת אכשרה** - תקופה רצופה המתחילה לגבי כל מבוטח בתאריך הצטרפותו לביטוח ו/או במועד הוספת כיסוי, ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק בפוליסה זו. לא צוינה תקופת אכשרה לפרק מסוים, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי לפרק זה.

תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח בתקופות ביטוח שאינן רצופות.

למען הסר ספק, למבוטחים בביטוח הקודם המצטרפים ברצף ביטוחי לביטוח זה לא תהא תקופת אכשרה.

תקופת אכשרה לא תחול על מקרי ביטוח שנגרמו עקב אירוע תאונתי.

2.45. **תקופת המתנה** - תקופה רצופה המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך קרות מקרה הביטוח. לא צוינה תקופת המתנה לפרק ו/או לכיסוי כלשהו, לא תחול תקופת המתנה כלשהי לפרק זה. במהלך תקופת ההמתנה לא יהא המבוטח זכאי לקבלת תגמולי ביטוח, זכאותו תחל בתום תקופת ההמתנה.

2.46. **סייג בשל מצב רפואי קודם** - חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או המפחית את חבות החברה או את היקף הכסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

2.47. **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 שתועדה במהלך 3 השנים שקדמו להצטרפותו לביטוח, או בהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

2.48. **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק הבריאות.

2.49. **שירותי בריאות נוספים (שב"ן)** - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים בהתאם להוראות חוק הבריאות, הניתנת לחבריה על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.

2.50. **ישראל** - מדינת ישראל, לרבות השטחים ביהודה שומרון וחבל עזה אשר תחת שלטון ישראל.

2.51. **חו"ל** - כל ארץ מחוץ לישראל, למעט מדינות המוגדרות מדינות אויב.

2.52. **חוק הבריאות** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, והתקנות שהותקנו מכוחו.

2.53. **סל שירותי הבריאות** - סל שירותי הבריאות כהגדרתו בחוק הבריאות.

2.54. **מדד** מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין מדד המחירים לצרכן.

2.55. **המדד היסודי** - המדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח.

2.56. **המדד הקובע** - המדד הידוע במועד ביצוע תשלום כלשהו על פי הסכם זה.

2.57. **המפקח** - המפקח על הביטוח - הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

3. הגדרות פרוצדורות רפואיות

3.1. השתלה השתלת איבר כהגדרתה להלן:

3.1.1. כריתה כירורגית או הוצאה מלאה או חלקית של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, קרנית, מעי, שחלה, רחם וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח (תרומה עצמית) במקומם.

3.1.2. כריתה כירורגית או הוצאה מלאה או חלקית של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, קרנית, מעי, שחלה, רחם וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מבעל חיים במקומם, בשלב בו השתלת איבר מבעל חיים אושרה כטיפול שאינו ניסיוני במדינות המוכרות ו/או במדינה בה מבוצעת ההשתלה.

3.1.3. כריתה כירורגית או הוצאה מלאה או חלקית של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, קרנית, מעי, שחלה, רחם וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או

חלק מאיבר אשר פותחו באמצעים טכנולוגיים במקומם, בשלב בו השתלת האיבר שפותח באמצעים אלו אושרה כטיפול שאינו ניסיוני במדינות המוכרות ו/או במדינה בה מבוצעת ההשתלה.

3.1.4. כריתה כירורגית או הוצאה של איבר או חלק מאיבר מגוף המבוטח של איבר אחר (שאינו מפורט בסעיף 3.1.1 לעיל), שלם או חלקי, למעט השתלת עור, בטכנולוגיה הקיימת כיום או שתהיה קיימת בעתיד, בשלב בו הפרוצדורה אינה מוגדרת כניסיונית במדינות המוכרות ו/או במדינה בה מבוצעת ההשתלה.

3.1.5. השתלת מח עצם ו/או תאי גזע ו/או תאי אב מדם טבורי ו/או מדם היקפי אשר נלקחו מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח (תרומה עצמית).

במקרה בו יושתל איבר מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת איבר על פי סעיפים 3.1.1 - 3.1.4, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

יובהר, מקרה בו בוצעה השתלת איבר או חלק מאיבר כמפורט בסעיפים 3.1.1 - 3.1.3, ללא שבוצעה כריתה כירורגית או הוצאה של איבר קיים או חלק מאיבר קיים, תחשב כהשתלה לכל דבר ועניין.

3.2. **טיפול מיוחד** - פרוצדורה רפואית, אשר מתקיים בה אחד התנאים המפורטים להלן, על פי קביעת רופא מומחה בעל מומחיות בתחום הרלוונטי, מטעמו של המבוטח:

3.2.1. אינה ניתנת לביצוע בישראל, או שקיימת המלצת רופא מומחה מטעם המבוטח לביצוע הפרוצדורה בחו"ל בשל עדיפותה (על פי קריטריונים רפואיים מקובלים) על פני פרוצדורה חלופית בישראל.

3.2.2. הפרוצדורה נועדה לטיפול במחלת הסרטן או במחלה אוטואימונית, ואשר הוכחה הצלחתה בהצלת חיי המבוטח ו/או בהארכת חיי המבוטח ו/או בשיפור איכות חייו של המבוטח.

3.2.3. סיכויי הצלחתה בחו"ל גבוהים יותר מסיכויי הצלחתה בישראל.

יובהר כי במקרים בהם טרם נצבר ניסיון מוכח בביצוע הפרוצדורה בישראל, ייחשב הדבר כסיכויי הצלחה גבוהים יותר בחו"ל.

3.2.4. זמן ההמתנה לביצוע הפרוצדורה בישראל ארוך יותר מזמן ההמתנה לביצועה בחו"ל, וכתוצאה מההמתנה קיימת, על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח, סכנה לחיי המבוטח ו/או להחמרה במצבו הרפואי של המבוטח.

3.2.5. הפרוצדורה נדרשת למניעת אובדן ראיה בעין אחת או שתיים ו/או אובדן שמיעה באוזן אחת או שתיים ו/או גרימת נכות צמיתה מעל 75%.

3.2.6. אי ביצוע הפרוצדורה עלול לגרום לסכנה לחיי המבוטח ו/או נקבע על ידי רופא מומחה מטעם המבוטח, כי הפרוצדורה נועדה להצלת חיי המבוטח.

פרוצדורה חלופית לעניין סעיף זה הינה פרוצדורה שנועדה לאבחן ו/או לטפל במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר מביאה, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, לתוצאה רפואית דומה לזו של הפרוצדורה המבוצעת בחו"ל, ובלבד שהפרוצדורה החלופית אינה כרוכה בתוצאות חמורות יותר למבוטח ביחס לפרוצדורה המבוצעת בחו"ל.

לעניין זה, "תוצאות חמורות יותר" - תוצאה או תופעת לוואי הפוגעת בשגרת חייו של המבוטח, באיכות חייו ו/או בהחלמתו או שיקומו של המבוטח.

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

3.4. **ניתוח גדול** - ניתוח לב הכולל פתיחת בית חזה או ניתוח מוח או ניתוח גב או ניתוח אשר המבוטח שהה באשפוז לפחות 7 ימים רצופים לאחר הניתוח.

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

למען הסר ספק רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח יהיה הגורם המכריע כי הפעולה הינה טיפול מחליף ניתוח, וכי תוצאת הפעולה תביא לתוצאות דומות לניתוח ולתהליך הטיפול הנדרש במצבו הרפואי של המבוטח.

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

למען הסר ספק, במקרים בהם בביצוע פרוצדורה רפואית המכוסה על פי הסכם זה קיימת אפשרות בחירה בין שתלים שונים, אשר יש בהם כדי להשיג תוצאות שונות למבוטח (להחלמתו, לטיפול בו או לכל צורך אחר), תהא בחירת המבוטח ו/או הרופא מטעמו הבחירה הקובעת. לחברה אין ולא תהיה זכות להגביל את בחירת המבוטח מכל סיבה שהיא, למעט תקרות הכיסוי המפורטות בהסכם זה, אם מפורטות.

3.7. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, או תכשיר רפואי, אשר נועד על פי קביעת רופא מומחה מטעמו של המבוטח, לאבחון או ריפוי או הקלה על סימפטומים של מצב רפואי או טיפול במצב רפואי או מניעת החמרה של מצב הרפואי (לרבות מניעת התפתחות מצבים רפואיים נוספים), או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.

כתרופה יחשב גם תכשיר רפואי כהגדרתו בפקודת הרוקחים ובתנאי כי הוא נועד לאותן מטרות כמפורט לעיל, וזאת על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעמו של המבוטח.

3.8. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה, באופן חד-פעמי או מתמשך.

3.9. **מרשם** - מסמך רפואי החתום בידי רופא בית חולים או רופא מומחה, אשר קובע את הטיפול התרופתי הנדרש, את קביעת המינון הנדרש ואת משך הטיפול הנדרש. מרשם יהיה לכל תרופה בנפרד, ולתקופת טיפול של עד 3 חודשים בכל פעם. נרשמו במרשם אחד מספר תרופות, תחשב כל תרופה הרשומה בו כמרשם נפרד.

3.10. **המדינות המוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).

3.11. **תרופת OFF LABEL** - 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):
   - 4.1. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa
   - 4.2. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B
   - 4.3. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa

5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
   5.1. NCCN
   5.2. ASCO
   5.3. NICE
   5.4. ESMO Minimal Recommendation
6. תרופה שעונה לקריטריונים הבאים:
   6.1. הומלצה לטיפול על ידי רופא מומחה בדרגת מנהל מחלקה/ס' מנהל מחלקה/ מנהל מכון/מנהל יחידה או פרופסור ממוסד אקדמי בישראל.
   6.2. ההמלצה כוללת אישור מפורש כי הטיפול הנדרש מהווה טיפול סביר ומקובל (standard of practice) לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
   6.3. ההמלצה מסתמכת על שני מאמרים מעיתונות רפואית בעלת שם כדוגמת JAMA, NEJM, Lancet.

תרופת יתום תרופה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") של חולים המשתייכים לאחת מחמש הקבוצות הבאות:

1. חולים במחלה יתומה בשכיחות נמוכה מ-חולה אחד מתוך 1,500 תושבים בארצות הברית.
2. חולים במחלה יתומה בשכיחות נמוכה מ-חולה אחד מתוך 2,000 תושבים באיחוד האירופי.
3. חולים במחלה יתומה אשר מסיבות כלכליות כנראה לא תפותח לה תרופה ללא תמריצים בארצות הברית או באיחוד האירופאי.
4. חולים במחלה שהוכרה על ידי המוסדות המוסמכים בארצות הבית ו/או באירופה, כ-rare disease או neglected diseases או orphan disease.

קביעת התרופה כתרופה יתומה תעשה במועד הבקשה לרכישת התרופה ותתבסס על קביעת הרשויות המוסמכות בארצות הברית ו/או האיחוד האירופי.

תרופת מיוחדת תרופה שלא אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ומתקיים בה אחד התנאים המפורטים להלן:

1. תרופה שאושרה לשימוש למבוטח על ידי הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות כתרופת Investigational New Drug) IND).
2. תרופה שהוגשה לאישור למצבו הרפואי של המבוטח, ואושרה על ידי הרשויות המוסמכות לשימוש במבוטח כתכשיר שאינו רשום ו/או לחולה בודד.
3. תרופה שנמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תוצאות בדיקה גנטית.
4. תרופה העונה לקריטריונים הבאים:
   4.1. הומלצה לטיפול על ידי רופא מומחה בדרגת מנהל מחלקה / ס' מנהל מחלקה/ מנהל מכון/ מנהל יחידה או פרופסור ממוסד אקדמי בישראל.
   4.2. ההמלצה נתמכת בשני מאמרים מעיתונות רפואית בעלת שם כדוגמת JAMA, NEJM, LANCET.

4.3. ההמלצה קובעת כי התועלת בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה.

5. תרופה שהטיפול בה הומלץ על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי, ואינה רשומה בישראל (אושרה למבוטח על פי תקנה 29 לתקנות הרוקחים (תכשירים) / נוהל 129).

ההגדרות שפורטו לעיל נוסחו באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות" ובחוזר הביטוח 2015-1-18 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות".

4. מבנה הביטוח

פירוט הכיסוי, אופן ההצטרפות, המימון והגבייה

	חבר	בני משפחה
הכיסוי	■ השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל ■ תרופות ■ ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל ■ כתב שירות רפואת און-ליין	
הצטרפות	אובליגטורי	וולונטרי
מימון	הלשכה	חבר
גבייה	מרוכז	אישי

5. תוקף הביטוח

הביטוח על פי הסכם זה יכנס לתוקפו בתאריך תחילת הביטוח ובכפוף לתנאים הבאים:

5.1. בעל הפוליסה מסר לחברה מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש לחברה לשם קיום חובותיה עפ"י דין ולפי הסכם זה. לשם כך הועבר לחברה קובץ נתוני המבוטחים הכולל פרטים אישיים (שמות המבוטחים, מספרי זהות, תאריכי לידה, תאריך ההצטרפות לביטוח ודמי הביטוח המשולמים בגינם)

5.2. צורפו המבוטחים הקיימים לביטוח כמפורט בסעיף 7 להלן.

5.3. בעל הפוליסה מסר למבטחת, הצהרה והתחייבות, כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

5.4. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

6. תקופת הביטוח

6.1. תקופת הביטוח תחל בתאריך תחילת הביטוח ותימשך 60 חודשים עד ליום 30.6.2026 (להלן: **"תאריך תום תקופת הביטוח"**).

6.2. בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לסיומו בהודעה מוקדמת בת 90 יום ובלבד שנערך הסכם ביטוח חלופי אצל מבטח אחר ליתרת תקופת הביטוח. במהלך תקופת ההודעה המוקדמת ימשיך הסכם הביטוח להתקיים במלואו.

6.3. תקופת ההסכם תחודש לתקופת ביטוח נוספת בת 60 חודשים (להלן: **"תקופת ההארכה"**) עד ליום 30.6.2031 (להלן: **"תאריך תום תקופת ההארכה"**), בהסכמת הצדדים, במפורש ובכתב.

6.4. כל מבוטח רשאי לדרוש את ביטול הביטוח עבורו בכל עת במהלך תקופת הביטוח. ביטול הביטוח למבוטח מסוים תעשה בהודעה בכתב, ומשמעה ביטול הביטוח לחבר הלשכה ולכל בני המשפחה שצורפו עימו.

אין בביטול הביטוח למבוטח מסוים כדי למנוע את הצטרפותו של אותו מבוטח לביטוח לאחר מכן, בתנאים המפורטים בסעיף 7.6 להלן.

7. הצטרפות לביטוח

7.1. **מבוטחים קיימים** - יצורפו לביטוח באופן אובליגטורי, במועד תחילת הביטוח, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום.

מבוטחים קיימים אשר תשלום דמי הביטוח בגינם הינו באמצעי גבייה אישי (ילד בוגר, משפחת ילד בוגר, נכדי חבר), יצורפו לביטוח ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום, לאחר מילוי בקשת צירוף הכוללת פרטי אמצעי גבייה עדכני שתוגש לא יאוחר מ-90 יום מתאריך תחילת הביטוח, ובכפוף לתשלום דמי הביטוח מתאריך תחילת הביטוח.

אי הסדרת תשלום דמי הביטוח באמצעי גבייה אישי עד המועד הנקוב, כאמור, תחשב כביטול הביטוח עבור אותם מבוטחים שלא המציאו את בקשתם במועד, וחזרתם לביטוח תתאפשר כמבוטחים חוזרים בלבד, אלא אם בוטל הביטוח כאמור בפסקת משנה, זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי תוך 60 ימים ממועד ביטול הביטוח ונתן הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי.

7.2. **חברים קיימים שאינם מבוטחים קיימים** - יצורפו לרובד הבסיס באופן אובליגטורי, במועד תחילת הביטוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום.

7.3. **חברים חדשים** - יצורפו לרובד הבסיס באופן אובליגטורי, במועד תחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום.

7.4. **בני משפחה של חבר שאינם מבוטחים קיימים** - יוכלו להצטרף לרובד הבסיס באופן וולונטרי בכפוף להיות החבר המבקש לצרף את בני משפחתו מבוטח, כאשר במשך 90 יום ממועד תחילת הביטוח (לבני משפחה של חברים קיימים שהועסקו אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הביטוח) או מיום תחילת עבודת החבר (לבני משפחה של חברים חדשים שהחלו את עבודתם אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת הביטוח), או מיום הפיכתם לבני משפחה של חבר (בני משפחה חדשים - חתונה / לידת ילד וכיו"ב), יוכלו בני המשפחה להצטרף לרובד הבסיס ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום. לאחר חלוף 90 יום, כאמור, יוכלו בני המשפחה להצטרף לרובד הבסיס בכפוף למילוי הצהרת בריאות, חיתום רפואי והסכמת חברת הביטוח לקבלם.

צירוף בני משפחה חדשים תהיה למפרע מרגע הפיכתם לבני משפחה חדשים (מרגע הלידה/ ממועד החתונה וכיו"ב), בכפוף לתשלום הפרמיה ממועד זה.

במקרה של צירוף ילד שנולד, ההצטרפות ללא הצהרת בריאות תתאפשר בתוך 120 ימים מיום לידת הילד.

7.5. **הוראות לעניין הצטרפות הכרוכה בחיתום רפואי**

7.5.1. בכל מקום בו ההצטרפות הינה וולונטרית, וכרוכה במילוי הצהרת בריאות, יום תחילת הביטוח לפי הסכם זה יהיה המועד בו ניתן אישור החברה על צירופו לביטוח.

7.5.2. תהליך החיתום ומתן אישור החברה לא יארך מעל 14 יום מיום קבלת כל המסמכים הדרושים לשביעות רצון החברה.

7.5.3. החברה לא תדרוש ממועמד לביטוח מידע או מסמכים שאדם סביר אינו יכול להשיגם או אינו רשאי לקבלם, אלא אם כן יש לחברה יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים כאמור נמצאים בידי המועמד.

7.5.4. החברה תפעל בסבירות ובמידתיות בעת ביצוע חיתום רפואי ובעת קביעת תנאי קבלה לביטוח.

7.5.5. תוצאות החיתום האפשריות הינן קבלה לביטוח, אי קבלה לביטוח, קבלה לביטוח תחת תנאי החרגה. לא תתאפשר קביעת תוספות פרמיה בגין מצב רפואי.

7.5.6. תהליך החיתום ובדיקת המצב הרפואי תתבצע נוכח המידע שקיבלה חברת הביטוח במסגרת הליך החיתום הרפואי לצורך הצטרפות לביטוח זה בלבד.

7.5.7. החיתום הרפואי ייערך במישרין עם המועמד לביטוח, אלא אם נסיבות העניין מצדיקות סטייה מעיקרון זה - כגון חיתום שיתבצע מול הורה עבור ביטוח לילדו.

7.5.8. מידע אודות תוצאות החיתום למועמד לביטוח:

7.5.8.1. החברה תעביר למועמד לביטוח העתק מטופס ההצטרפות, לרבות שאלות החיתום עליהן השיב המועמד עם פירוט תשובות המועמד לביטוח לגבי שאלון זה.

7.5.8.2. קבעה החברה תנאים מסוימים לקבלה לביטוח של מועמד מסוים, תביא לידיעת המועמד בכתב את התנאים השונים ותפעל לקבלת הסכמתו בכתב, לתנאים אלה, טרם תחילת הביטוח.

7.5.8.3. החליטה החברה לא לבטח מועמד מסוים, תמסור למועמד, בהודעה בכתב את החלטתה כאמור, ותפרט את תמצית הטעמים להחלטתה.

7.6. **הצטרפות מבוטחים חוזרים**

הצטרפות מבוטחים שביטלו את הביטוח במהלך תקופת הביטוח, ויהיו מעוניינים להצטרף לביטוח לאחר ביטולו, יהיו רשאים לעשות כן באופן וולונטרי, בכפוף למילוי הצהרת בריאות, חיתום רפואי והסכמת חברת הביטוח לקבלם, בתנאים שיקבעו על ידי החברה.

7.7. **הצטרפות והמשך ביטוח לילדים בוגרים, בני/בנות זוגם ונכדי העובדים**

7.7.1. הצטרפות ילד בוגר חדש (שלא היה מבוטח כילד, כדוגמת ילד בוגר של בן/בת זוג שנישא/ה לעובד במהלך תקופת הביטוח), תהא כמפורט לעניין הצטרפות בני משפחה בסעיף 7.4 לעיל, בצירוף פרטי אמצעי גבייה אישי לתשלום דמי הביטוח בגינו.

7.7.2. הגיע ילד מבוטח במהלך תקופת הסכם זה לגיל 25, ימשיך הביטוח בגינו תמורת תשלום פרמיה זהה לפרמיה הקבועה לבן/בת זוג.

7.7.3. הודעה על שינוי הפרמיה מתעריף ילד לתעריף בוגר תימסר למבוטח על ידי החברה 30 ימים לפני השינוי האמור, בהתאם לקבוע בהוראות המפקח.

7.7.4. ילדי עובדים שנישאו יוכלו לצרף את בני/בנות זוגם באופן וולונטרי באופן הקבוע להצטרפות בני משפחה, תמורת תשלום פרמיה זהה לפרמיה הקבועה לבן/בת זוג, שתשולם בגין ילדי העובד ובגין בן/בת זוגם, אף אם גילם פחות מ-25.

7.7.5. נכדים יוכלו להצטרף באופן וולונטרי באופן הקבוע להצטרפות בני משפחה, תמורת תשלום פרמיה זהה לפרמיה הקבועה לילד.

7.7.6. דמי הביטוח בגין ילדים בוגרים, בני/בנות זוג של ילדים בוגרים ונכדי עובדים ישולמו באמצעי גבייה אישי.

7.8. **המועד הקובע לצירוף מבוטחים**

7.8.1. **מבוטחים קיימים**

מועד הצטרפותם של מבוטחים קיימים יהיה תאריך תחילת הביטוח.

7.8.2. **מבוטחים חדשים המצטרפים אובליגטורית ללא חובת מילוי הצהרת בריאות**

מועד צירופם לביטוח, אשר יפורט בקובץ המבוטחים, הינו המועד בו צורפו לביטוח על פי קביעת בעל הפוליסה.

7.8.3. **מבוטחים חדשים המצטרפים וולונטרית ללא חובת מילוי הצהרת בריאות**

מועד צירופם לביטוח, אשר יפורט בקובץ המבוטחים, הינו המועד בו חתמו על טופס ההצטרפות.

7.8.4. **מבוטחים המצטרפים לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות**

7.8.4.1. כאמור בסעיף 7.7.1, מבוטח אשר יתקבל לביטוח לאחר תהליך חיתום - מועד הצטרפותו לביטוח הינו המועד בו ניתנה הכרעת החברה בדבר צירופו.

7.8.4.2. **למען הסר ספק, אם שולמו לחברה כספים על חשבון פרמיה לפני שניתנה הסכמת החברה לבטח את המועמד, לא תחשב קבלת הכספים האמורים בידי החברה כהסכמתה לעריכת הביטוח.**

7.9. **הוראות הפיקוח לעניין צירוף מבוטח- סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:**

7.9.1. מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

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

7.9.1.2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בתקנת משנה זו - פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

לעניין זה, "הסכמתו המפורשת" - רק לאחר שהמבטח הציג למבוטח את הכיסויים הכלולים בפוליסה ואת סכום דמי הביטוח בעד כל כיסוי.

7.9.2. סעיף 7.7.1 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

7.9.2.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

7.9.2.2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד;

לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

7.9.2.3. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי"- פרק הכולל אחד או יותר מכיסויים האלה:

(א) ניתוחים;

(ב) תרופות;

(ג) השתלות;

(ד) מחלות קשות;

(ה) שיניים;

(ו) תאונות אישיות.

8. דוחות מבוטחים וטפסי הצטרפות במהלך תקופת הביטוח

כאמור בסעיף 5.1 לעיל, וכמפורט להלן, ימסור בעל הפוליסה לחברה מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש לחברה לשם קיום חובותיה על פי דין ולפי תנאי ביטוח זה:

8.1. בתחילת הביטוח יעביר בעל הפוליסה למבטח קובץ הכולל את פרטי כל העובדים הקיימים כהגדרתם לעיל, הכולל את הפרטים הבאים: מס' עובד, שם פרטי, שם משפחה, מס' ת"ז, תאריך לידה, מין, כתובת מגורים (רחוב ומס' בית, עיר, מיקוד) מס' טלפון נייד, כתובת מייל, תאריך תחילת הביטוח למבוטח שהינו מועד תחילת הביטוח, והפרמיה המשולמת בגינו בגן רובד הבסיס.

8.2. לא יאוחר מ-5 בכל חודש, ימסור בעל הפוליסה קובץ כמפורט לעיל, בגין מצבת העובדים המבוטחים בחודש הקודם כאשר מבוטחים חדשים שנוספו יצוין תאריך תחילת הביטוח הרלוונטי לאותו מבוטח. בנוסף, ידווח בעל הפוליסה למבטח:

8.2.1. פרטי מבוטחים חדשים שנוספו באותו קובץ.

8.2.2. פרטי מבוטחים שהפסיקו להיות מבוטחים בחודש הקודם עקב אחת הסיבות המפורטות בסעיף 11.2 להלן ו/או עקב הגשת בקשה בכתב לביטול הביטוח למבטח.

8.2.3. פרטי עובדים מבוטחים הפורשים לגמלאות.

8.3. בנוסף, לפרטים האמורים בסעיף 8.2, יעבירו סוכנות הביטוח ו/או בעל הפוליסה לחברה טפסי הצטרפות והצהרת בריאות של מבוטחים חדשים אשר נדרשים למלא טפסי הצטרפות או טפסי הצטרפות הכוללים הצהרת בריאות וטפסי בקשת ביטול.

8.4. מוסכם כי אם תיפול טעות בקובץ המבוטחים ושם או שמות מבוטחים כלשהם ישמטו מהרשימות הנ"ל ו/או יתווספו בטעות, הם יוספו אליה או יגרעו ממנה, לפי העניין, בהתאם ועל פי הודעת בעל הפוליסה ובאישורו בדבר הטעות שאירעה והתיקון הנדרש.

9. רצף ביטוחי בהצטרפות לביטוח והתחלתו

9.1. מבוטחים קיימים שצורפו לביטוח זה, יצורפו על פי האמור בסעיף 7.1 לעיל, ברצף ביטוחי מלא, גם אם עודכנו ו/או הורחבו סכומי הכיסוי ו/או היקפו.

במקרה בו במסגרת הביטוח הקודם נקבעה למבוטח החרגה או סייג כלשהו בעת הצטרפותו, תבוטל ההחרגה או הסייג בתום 12 חודשים מיום קבלת הסייג, וזכאותו לתגמולי ביטוח תקום מחדש החל מתאריך תום 12 החודשים כאמור ללא סייג לגבי מצב רפואי קודם.

9.2. מבוטחים חדשים שהצטרפו לביטוח זה, והיו מבוטחים בביטוח בריאות קודם, שהינו ביטוח קבוצתי אחר, או ביטוח פרטי אחר, אצל החברה או בחברת ביטוח אחרת, יוכלו להצטרף לביטוח ברצף ביטוחי מלא לגבי פרקי כיסוי שהיו קיימים בפוליסה הקודמת, גם אם עודכנו סכומי הכיסוי ו/או היקפו ובתנאי שיבקשו להצטרף בתקופה בה ניתנת האפשרות להצטרף ללא הצהרת בריאות.

9.3. שמירה על רצף ביטוחי מביטוח בריאות קודם, תתאפשר בכפוף להמצאת מסמכים אודות ביטוח הבריאות הקודם, לרבות תנאי קבלת המבוטח לביטוח, ותקפותו עד למועד ההצטרפות לביטוח זה.

9.4. מבוטחים קיימים אשר במסגרת ביטוח בריאות קודם נדרשו למלא הצהרת בריאות, יהיו זכאים לרצף ביטוחי מלא על פי תנאי קבלתם בפוליסה הקודמת.

במקרה בו במסגרת ביטוח בריאות קודם נקבעו למבוטח החרגות ו/או סייגים ו/או הגבלות הנובעים ממצב רפואי עליו הצהיר המבוטח בעת הצטרפותו לביטוח הבריאות הקודם, תנאים אלו יישארו בתוקף במהלך 12 חודשים מיום הצטרפותם לביטוח זה, ולאחר מכן יתבטלו.

במקרה בו במסגרת ביטוח בריאות קודם אחר נקבעו למבוטח תוספות לפרמיה בגין מצב רפואי עליו הצהיר המבוטח בעת הצטרפותו לביטוח, תוספות אלו לא ייגבו, ולא ישולמו דמי ביטוח נוספים מעבר לדמי הביטוח על פי ביטוח זה.

9.5. רצף ביטוחי מלא משמעותו היעדר תקופת אכשרה, וכמועד צירופו של המבוטח לביטוח, לרבות לעניין תחולת חריג מצב רפואי קודם, יראו את מועד צירופו לביטוח הבריאות קודם לראשונה, והכיסוי הביטוחי לא יוגבל או יסויג בשל הרעה במצב בריאותו של המבוטח שארעה מאז הצטרפות המבוטח לביטוח בריאות קודם, לראשונה.

10. תום תקופת הביטוח

10.1. תום תקופת הביטוח יהיה לפי המוקדם מבין המועדים המפורטים להלן:

10.1.1. תאריך תום תקופת הביטוח או תאריך תום תקופת ההארכה, אם הוארך ההסכם.

10.1.2. מועד תום תקופת ההודעה המוקדמת כאמור בסעיף 6.2 לעיל.

10.1.3. למבוטח מסוים - ה-1 בחודש שלאחר החודש בו פסקה זיקת המבוטח לבעל הפוליסה (סיום חברותו של חבר בלשכה, פטירת חבר שבגינה מסתיימת זיקת בני המשפחה לבעל הפוליסה, או גירושין שבגינם מסתיימת זיקת בן/בת הזוג לבעל הפוליסה), או ה-1 בחודש שלאחר החודש בו הודיע מבוטח בהודעה בכתב על רצונו לבטל את הביטוח.

10.2. בתום תקופת הביטוח או בתום תקופת ההארכה, במקרה בו תקופת הביטוח לא תחודש, יהיה כל צד משוחרר מהתחייבויותיו על פי הסכם זה, למעט התחייבויותיה של החברה בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח, אף אם דווחו לאחר תום תקופת הביטוח.

10.3. פוליסה זו לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה, וזאת מבלי לפגוע בזכויות המבוטח בהתאם לסעיף 6.4 לעיל.

11. המשכיות בתום תקופת הביטוח

בתום תקופת הביטוח תאפשר החברה למבוטחים להמשיך להיות מבוטחים על פי תנאי ההמשכיות המפורטים להלן:

11.1. החברה תאפשר למבוטחים לעבור בתום תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 10 לעיל, לפוליסת פרט (להלן: "פוליסת המשך"), שלהלן תנאיה:

11.1.1. תנאי הכיסוי, סכומי הביטוח ותקופות תשלום תגמולי הביטוח בפוליסת ההמשך לא יפחתו מאלה הקבועים למבוטח בהסכם זה, אלא אם כן ביקש זאת המבוטח, והכל במסגרת פוליסות הפרט הקרובות ביותר בהיקפן ובתנאיהן לתנאי הסכם קבוצתי זה, הקיימות בחברה בתאריך תום תקופת הביטוח.

בנוסף לאמור, מבוטח יהיה רשאי להגדיל את הכיסוי הביטוחי מעבר לכיסוי הקיים במסגרת הסכם קבוצתי זה, בכפוף לחיתום רפואי וקביעת תנאי הקבלה בגין ההגדלה המבוקשת בלבד.

למען הסר ספק, חיתום רפואי כלשהו בגין הגדלה שיבקש המבוטח לא יחול על פוליסת ההמשך עד התקרות והתנאים על פי הסכם קבוצתי זה.

11.1.2. דמי הביטוח בפוליסת ההמשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר למצטרפים חדשים בפוליסת פרט דומה אצל המבטח, על פי גיל המבוטח באותה עת. על התעריפים תינתן הנחה בשיעור של 20% לתקופה של שלוש שנים.

11.1.3. במעבר לפוליסת ההמשך יינתן רצף ביטוחי ללא חיתום רפואי ובחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה. רצף ביטוחי משמעותו שכמועד הצטרפותו לפוליסת ההמשך לעניין בחינת מצב רפואי קודם יחשב מועד הצטרפותו לביטוח זה, ובמקרה של הצטרפות לביטוח זה ברצף ביטוחי מפוליסה קודמת, כאמור בסעיף 9.1 ו-9.2 לעיל, מצבו הרפואי יחשב כפי שהיה בעת הצטרפותו לפוליסה הקודמת.

11.2. האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף קטן 11.1, תינתן למי שהיה מבוטח במסגרת ההסכם הקבוצתי בסמוך לפני מועד הפסקת הביטוח הקבוצתי, במקרים ובתנאים המפורטים להלן:

11.2.1. סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, או ביטול הביטוח למבוטח מסוים, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;

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

11.2.3. הפוליסה הקבוצתית בוטלה על ידי מי מהצדדים, והמבוטח מעוניין לעבור לפוליסת המשך אצל החברה, אף אם חודש הביטוח אצל מבטח אחר, בביטוח קבוצתי לכלל המבוטחים או לחלקם.

11.2.4. פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;

11.2.5. גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.

11.2.5.1. במקרים המפורטים בסעיף קטן 11.2.1.1 עד 11.2.1.4, תיפנה החברה בכתב לכל מבוטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 90 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי, בכפוף לתשלום דמי הביטוח בגין תקופה זו על ידי המבוטח.

על אף האמור, לגבי מבוטח, אשר במועד שבו הביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או לא התחדש לגביו, היה זכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה - פנייתה של החברה למבוטח כאמור באותו סעיף קטן תהיה לאחר שפסקה זכאותו של המבוטח לתגמולי הביטוח; בפנייה כאמור תציע החברה למבוטח לעבור לפוליסת המשך, בתוך 90 ימים ממועד הודעת החברה. הצעה כאמור תינתן רק אם אותו מבוטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לקבלת תגמולי

ביטוח לפי הפוליסה הקבוצתית, ואינו זכאי להמשיך להיות מבוטח בפוליסה הקבוצתית.

11.2.5.2. במקרה המפורט בסעיף קטן 11.2.1.4 החברה תאפשר לכל מבוטח שיפנה אליה בתוך 90 יום ממועד הפסקת הביטוח לגביו לעבור לפוליסת המשך. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח, בכפוף לתשלום דמי הביטוח בגין תקופה זו על ידי המבוטח.

על אף האמור, לגבי מבוטח, אשר במועד שבו הביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או לא התחדש לגביו, היה זכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה - זכותו לפנות אל החברה למעבר לפוליסת המשך כאמור באותו סעיף קטן תהיה לאחר שפסקה זכאותו של המבוטח לתגמולי הביטוח; למבוטח כאמור תאפשר החברה לעבור לפוליסת המשך, בתוך 90 ימים ממועד הפסקת הביטוח לגביו. הצעה כאמור תינתן רק אם אותו מבוטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לקבלת תגמולי ביטוח לפי הפוליסה הקבוצתית, ואינו זכאי להמשיך להיות מבוטח בפוליסה הקבוצתית.

11.2.5.3. מובהר בזאת כי ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

12. הפרמיה

12.1. הפרמיה החודשית בש"ח בגין הינה כמפורט בטבלה להלן:

	הפרמיה
חבר	₪19.50
בן/בת זוג / ילד בוגר	₪19.50
ילד עד גיל 25 *	₪7.50

ילדים עד גיל 25 כלולים בפרמיית בן/בת הזוג. רק אם בן/בת זוג לא צורפ/ה לביטוח, תשולם פרמיית הילד לעיל בגין כל ילד שיצורף.

12.2. גיל המבוטח לצורך חישוב הפרמיה החודשית יהיה על פי חודש ושנת הלידה (המועד יחושב על פי ה-1 בחודש. לשם הדוגמא: יליד 1.1.1980, ויליד 30.1.1980 יחשבו שניהם בני 41 ב-1.1.21).

12.3. דמי הביטוח בגין החברים ישולמו במרוכז על ידי בעל הפוליסה.

12.4. דמי ביטוח בגין בני משפחה ישולמו באמצעי גבייה אישי.

12.5. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח.

12.6. דמי הביטוח המשולמים במרוכז על ידי בעל הפוליסה ישולמו בתוך 15 ימים מתום החודש בגינו משולמים דמי הביטוח או מהמועד בו נתקבלה דרישה לתשלום דמי הביטוח מאת המבטחת בנוהל שיוגדר בין הצדדים.

12.7. אם לא שולם למבטחת תשלום כלשהו (כולל דמי-הביטוח) בגין מבוטח, או שולם תשלום חלקי, עקב טעות, לא תיפגע זכות כלשהי (מכל מין וסוג שהוא, ישירה ו/או עקיפה) של המבוטח ו/או של בעל-הפוליסה ויראו במבוטח כבעל מלוא הזכויות על-פי הסכם זה. 'טעות', על פי סעיף זה, פירושה כל סיבה, למעט מצב בו העביר המבוטח טופס ביטול השתתפות בביטוח בחתימתו לבעל-הפוליסה.

12.8. פיגורים בתשלומי דמי הביטוח

12.8.1. במקרה בו לא שולמה הפרמיה החודשית בגין החברים המבוטחים במועדה, החברה תודיע בהודעה בכתב לבעל הפוליסה כי לא שולמה הפרמיה החודשית, וכי יתאפשר לבעל הפוליסה לשלם את הפרמיה תוך 60 יום נוספים לאחר מועד הודעת החברה. הודעה נוספת תישלח בדואר רשום עם אישור מסירה 30 יום לפני תום המועד לתשלום הפרמיה. במשך תקופה זו יישאר הסכם הביטוח בתוקפו. לא שולמו דמי הביטוח לחברה בתום 60 יום, כאמור, תהיה החברה רשאית לבטל את הביטוח.

12.8.2. לאחר ביטול הביטוח לפי סעיף 12.8.1 לעיל, תינתן לבעל הפוליסה תוך 60 יום ממועד הביטול, אחת מהאפשרויות הבאות:

12.8.2.1. לחדש את הביטוח ע"י תשלום הפרמיה ממועד החידוש ואילך, ללא תשלום הפרמיה שבפיגור. במקרה זה הביטוח יחודש ביום בו שולמה הפרמיה, והחברה לא תהיה אחראית למקרי ביטוח שאירעו ממועד ביטול הביטוח ועד מועד חידושו.

12.8.2.2. לחדש את הביטוח ע"י תשלום רטרואקטיבי של כל הפרמיה שבפיגור בתוספת הפרשי ריבית פיגורים צמודה (הודעת פסיקת ריבית והצמדה מטעם החשב הכללי) ממועד היווצרות החוב ועד יום התשלום בפועל. במקרה זה החברה תהיה אחראית למקרי ביטוח שאירעו ממועד ביטול הביטוח ועד מועד חידושו.

12.8.3. אחרי עבור 120 יום ממועד היווצרות חוב הפרמיה לא תחול על החברה חובת חידוש הביטוח.

13. תביעות

13.1. החברה תברר ותיישב תביעות בתום לב, בעניניות, ביסודיות, ביעילות, במקצועיות, בשקיפות ובהוגנות.

13.2. בעת טיפול בתביעות, החברה לא תתנה קיומה של חובתה במעשה של תובע שאינו מחויב על פי פוליסה זו או הדין שמכוחם נובעת החובה, למעט התניית קיומה של החובה בהמצאת מידע או מסמכים, כמפורט להלן.

13.3. בסמוך לקרות מקרה הביטוח ככל הניתן, יודיע המבוטח לחברה ויאפשר לחברה לברר את חבותה ולטפל בתביעה.

13.4. עם קבלת תביעת מבוטח, תועבר למבוטח בתוך 14 ימים מקבלת תביעתו דרישת החברה להשלמת מידע ופירוט המסמכים הנדרשים לה לבירור חבותה. לא הועברה דרישה כאמור, או הועברה דרישה לאחר מועד זה, יחל מניין הימים האמור בסעיף 13.5 להלן במועד הגשת התביעה.

13.5. המבטח ימסור למבוטח את אישור / דחיית התביעה לא יאוחר מ-14 ימים מקבלת כל המסמכים שנדרשו על ידה כמפורט בסעיף 13.4 לעיל, או לא יאוחר מ-3 ימי עבודה במקרה חירום.

13.6. קבלת אישור התביעה מראש איננה מהווה תנאי לתשלום התביעה, ובמקרים בהם אם בוצע טיפול רפואי ללא אישור החברה מראש, ידון המבטח בתביעה לאחר הטיפול הרפואי ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות ההסכם והוגשו לחברה כל המסמכים כנדרש.

13.7. למען הסר ספק, החברה לא תדרוש מתובע מידע או מסמכים שתובע סביר אינו יכול להשיגם או אינו רשאי לקבלם, אלא אם כן יש לחברה יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים כאמור נמצאים בידי התובע.

13.8. המבוטח ימסור לחברה את כל המידע המתייחס לתביעתו לרבות אבחנת הרופא המטפל ואת כל המסמכים הרפואיים הנדרשים על ידי החברה לבירור חבותה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה להשיגם ולשם כך עליו, בין היתר, לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית ומתן הוראה לכל רופא או מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ולכל רשות ו/או גוף אחר הקשור לתביעה, למסור לחברה כל מידע רפואי או ידיעה הנוגעים למבוטח הנמצא ברשותם, והכל בכפוף לאמור בסעיף 13.7 לעיל.

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

13.10. בדיקה רפואית - אם יידרש לכך על ידי החברה, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופא מטעם החברה ועל חשבון החברה, וימסור כל פרט או מסמך רפואי שיידרש יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולות המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית המשפט.

13.11. **מקרה שאירע בעת שירות צבאי**

בעת השירות הצבאי חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מפעם לפעם ועלולות להגביל או למנוע מן החייל קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. לעניין זה עלולה להיות השפעה על מימוש הזכויות המגיעות בהתאם לפוליסה.

13.12. **תיאום על ידי החברה**

במקרים בהם הכיסוי בפוליסה קובע כי על המבוטח לאפשר לחברה לתאם עבורו את השירות הרפואי, תפעל החברה במקצועיות ובמיומנות לתיאום התביעה עם הגורם המטפל שבחר המבוטח, באתר הטיפול שבחר המבוטח ובמועד המתאים ביותר לבחירת המבוטח. תיאום הטיפול הרפואי על-ידי חברת הביטוח לא יעכב, לא ישפיע על בחירת המבוטח ולא יהיה מושפע מהסכמי חברת הביטוח עם ספקים כלשהם, בארץ או בחו"ל.

13.13. **מידע נוסף ונלווה**

צוות התביעות יספק למבוטח ו/או למשפחתו הקרובה, בהתבסס על ניסיון החברה ומקצועיותה, הסבר ו/או סיוע במידע ובתיאום היבטים הנוגעים לתפעול התביעה, כדוגמת סידורי השהייה למבוטח ו/או למלווים, טיפול בהעברות יבשתיות, הטסה רפואית, היכרות עם מרכזים רפואיים וספקי שירותים אשר החברה צברה ניסיון חיובי בטיפול מולם וכיו"ב.

14. תגמולי ביטוח

14.1. עם אישור התביעה על ידי המבטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח או חלק מהם, לפי העניין ובהתאם לכיסוי הרלוונטי, ישירות לנותן השירות או למבוטח, כמפורט להלן:

14.1.1. במקרה של תשלום ישירות לנותן השירות, ולאחר אישור התביעה, כאמור, ימציא המבטח התחייבות כספית לתשלום תגמולי הביטוח על פי דרישת נותן השירות.

במקרים בהם נותן השירות אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יהא המבוטח זכאי לקבל מהמבטח כיסוי כספי כנדרש על יד נותן השירות, לרבות העברה כספית ישירה לנותן השירות, והכל בתנאי שהכיסוי הנדרש מכוסה על פי פוליסה זו.

14.1.2. במקרה של תשלום למבוטח כנגד קבלות, ישלם המבטח למבוטח את תגמולי הביטוח לא יאוחר מ-14 ימים מיום אישור התביעה.

14.1.3. בכל מקום בפוליסה בו נדרש המבוטח להמציא קבלות, יתקבלו קבלות מקוריות או העתקי קבלות. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

14.1.4. תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.

14.1.5. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק ישראל ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.

14.1.6. נפטר המבוטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם ו/או ליורשיו החוקיים של המבוטח, עפ"י העניין.

14.1.7. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק ו/או בנספחים לפי העניין.

14.2. **תחלוף (סברוגציה)**

14.2.1. מששילם המבטח תגמולי ביטוח, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבוטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות עפ"י חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו, למעט האמור להלן בס"ק 14.2.2. למען הסר ספק מובהר זאת, כי המבוטח מתחייב לחתום על מסמכי שיבוב לשביעות רצון המבטח.

14.2.2. במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבוטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבוטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.

14.2.3. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור.

14.2.4. על אף האמור בסעיפים 14.2.3-14.2.1 לעיל, זכות התחלוף לא תחול במקרים של תגמולי ביטוח המשולמים כפיצוי.

14.2.5. הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת מקרים כדוגמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.

14.3. **ביטוח כפל**

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

יובהר, זכותו של המבוטח לכיסוי על פי תנאי הסכם זה קודמת לזכות אחרת כלשהי, ולמבטח תקום הזכות לחזרה למבטח האחר בביטוח הכפל, אם קיימת זכות כזו, רק לאחר שהעניק למבוטח את מלוא הכיסוי לו הוא זכאי על פי הסכם זה.

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

15. סייגים לאחריות החברה

החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח במקרים המפורטים להלן:

15.1. מקרה הביטוח ארע טרם תקופת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרי ביטוח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת האכשרה.

15.2. מקרה ביטוח נגרם באופן ישיר כתוצאה מאלכוהוליזם ו/או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק למעט שימוש בסמים רפואיים בהוראת רופא.

15.3. מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לרבות משטרה, צבא סדיר (חובה או קבע) או שירות מילואים, ובתנאי שהמבוטח זכאי לכיסוי מלא ממקור אחר (גורם ממשלתי או אחר), ובלבד שהכיסוי הניתן ממקור אחר אינו כרוך בתהליך או בהמתנה ארוכים המונעים מהמבוטח טיפול.

במקרה של כיסוי חלקי ממקור אחר, יחול חריג זה רק על החלק המכוסה על ידי מקור אחר, וחבות המבטח תחול על יתרת הכיסוי הנדרשת, ולא יותר מחבותו על פי הכיסוי הרלוונטי (תגמולי הביטוח ישולמו מעבר לכיסוי הניתן ממקור אחר עד מלוא תקרות תגמולי הביטוח על פי הסכם זה, והכיסוי הניתן ממקור אחר לא יקוזז מתגמולי הביטוח על פי הסכם זה).

15.4. טיפולים ו/או ניתוחים ניסיוניים שלא הוכרו לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח באף אחת מהמדינות המוכרות, למעט אם נקבע כיסוי מפורש בפרקי הכיסוי.

15.5. סייג לאחריות בגין מצב רפואי קודם

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

15.5.2. תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם:

תוקפו של סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח הינו:

פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה של שנה אחת ממועד הצטרפותו.

65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה של חצי שנה ממועד הצטרפותו.

יובהר, למבוטחים קיימים ייחשב מועד תחילת הביטוח, לעניין תוקפו של סייג בשל מצב רפואי קודם, כמועד בו הצטרפו לביטוח לראשונה בתקופות הביטוח שקדמו לתקופת הביטוח על פי הסכם זה. למבוטחים חדשים ייחשב מועד תחילת הביטוח לעניין תוקפו של סייג בשל מצב רפואי קודם המועד בו הצטרפו לביטוח על פי הסכם זה.

15.5.3. הצהיר מבוטח במהלך הצטרפותו לביטוח זה על מצב רפואי מסוים, רשאי המבטח לקבוע סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שיפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים. סייג זה יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.

15.5.4. הצהיר מבוטח במסגרת הצטרפותו לביטוח זה על מצב רפואי מסוים, והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים, סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף לגבי אותו מצב רפואי שדווח.

15.5.5. נדרש המבוטח למלא הצהרת בריאות על פי תנאי ההצטרפות לביטוח זה ובהצהרת הבריאות לא נשאל המבוטח על מצב רפואי מסוים, יחול

על מצב רפואי מסוים זה סייג בשל מצב רפואי קודם לתקופות כמפורט בסעיף 15.5.2 לעיל.

15.5.6. למען הסר ספק, האמור בסעיפים 15.5.3 - 15.5.5 יחול רק במקרים בהם נדרש מבוטח המצטרף לביטוח למלא הצהרת בריאות, כמפורט בתנאי ההצטרפות הקבועים בסעיף 7 לעיל.

15.5.7. מבוטח אשר הצטרף לביטוח זה ברצף ביטוחי מלא מביטוח בריאות קודם, כאמור בסעיף 9 לעיל, ולא נדרש למלא הצהרת בריאות במסגרת הצטרפותו לביטוח זה, יחולו עליו תנאי הקבלה לפוליסה הקודמת (חריגים וסייגים רפואיים, אך לא תוספות רפואיות) במהלך 12 החודשים הראשונים ממועד הצטרפותו לביטוח זה, ולאחר מכן יבוטלו התנאים החריגים, והוא יהיה זכאי לכיסוי ללא סייג או הגבלה בשל מצב רפואי קודם.

15.5.8. סייג מצב רפואי קודם לא יחול בגין מום מולד, במקרה של ילד שצורף לביטוח מרגע לידתו, או ילד שצורף תוך 120 יום מיום לידתו ושני הוריו (אם נולד לאם חד-הורית, גרושה או אלמנה אזי רק היא) היו מבוטחים במועד צירופו לביטוח.

15.6. החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לרופא, רופא מומחה, רופא מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, בית חולים או כל נותן שירות אחר ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל, לרבות, בגין אי ביצוע הטיפול הרפואי במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.

16. מתן מסמכים והודעות למבוטח

16.1. החברה תמסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח;

16.2. על אף האמור לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח, ללא שינוי בדמי הביטוח וביתר תנאי הכיסוי הביטוחי, תמסור החברה לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח ויציין בה כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי.

16.3. דף פרטי הביטוח יכלול את הפרטים כמפורט להלן לפחות, אם לא נכללו בטופס הגילוי הנאות:

16.3.1. שם המבטח, שם בעל הפוליסה, שם סוכן הביטוח, אם קיים, ושם פוליסת הביטוח הקבוצתי החלה לגבי המבוטח;

16.3.2. סכום הביטוח שרכש מבוטח מסוים, אם ניתן לרכוש סכומי ביטוח שונים לגבי אותו כיסוי במסגרת אותה פוליסה;

16.3.3. הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסוים, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של אותו מבוטח;

16.3.4. תוספת חיתומית לגבי מבוטח מסוים וכן פירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשלהם נקבעה התוספת האמורה;

16.3.5. אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולבירור זכויות וחובות לפי הפוליסה;

16.3.6. פרטים נוספים שיורה עליהם המפקח.

16.4. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

16.5. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

16.6. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי), ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, 30 ימים לפי מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח לצירופו לביטוח כמפורט בסעיף 8 לעיל (הצטרפות וולונטרית), תיכלל בהודעה פסקה לענייו ההסכמה המפורשת של המבוטח הנדרשת; לא התקבלה הסכמתו המפורשת כאמור של המבוטח עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח הודעה נוספת בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח (להלן: "הודעה שניה");

לעניין זה -

"שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;

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

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

17. ביטול הביטוח לגבי מבוטח מסוים

17.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

17.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח לצירופו בהתאם לסעיף 8 לעיל (הצטרפות וולונטרית), ולא התקבלה הסכמה כאמור בחלוף 21 ימים ממסירת ההודעה השנייה, כהגדרתה בסעיף 14.5 לעיל, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור; בוטל הביטוח כאמור בפסקת משנה זו ופנה מבוטח אל החברה בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי ונתן הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח על פי הסכם זה רטרואקטיבית ממועד הביטול, תוך שמירה על רצף ביטוחי, בכפוף לתשלום הפרמיה בגין התקופה בה לא היה מבוטח.

17.3. הודעה על ביטול הביטוח על פי סעיף זה, תישלח את המבוטח הן באמצעות דיוור ישיר לביתו והן באמצעות הודעה שתימסר לבעל הפוליסה לצורך העברתה למבוטח באמצעים העומדים לרשות בעל הפוליסה.

17.4. יובהר, אין באמור כדי להטיל על בעל הפוליסה חובה או אחריות כלשהי למסירת ההודעה למבוטח.

18. תנאי הצמדה למדד

כל התשלומים לחברה ועל ידי החברה על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, ויוצמדו לשיעור שינוי המדד הקובע לעומת המדד היסודי.

19. חובת גילוי

בכל מקום בו נדרש המבוטח, על פי תנאי הסכם זה, למסור מידע לחברה, לרבות תאריך לידתו המדויק, על המבוטח לספק מידע מלא וכן. הפר המבוטח את חובת הגילוי האמורה, בין אם במסירת עובדות כוזבות, ובין אם בהעלמת עובדות בנוגע למקרה הביטוח או בנוגע לחבות החברה, תנהג החברה על-פי הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א-1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

20. ספקי שירות

בכל מקום בו פרק כיסוי על פי הסכם זה ניתן באמצעות ספק שירות חיצוני עימו התקשרה החברה (כתב שירות), תהא לבעל הפוליסה הזכות לדרוש החלפת ספק במקרה בו יועלו נימוקים ענייניים בנוגע לטיב השירות, אופן אספקת השירותים, ואיכות ספק השירות עימו התקשרה החברה.

21. מיסים והיטלים

בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על ביטוח זה או המוטלים על הפרמיות ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה חייבת לשלמם על פי ביטוח זה, אם יוטלו במועד מאוחר יותר.

22. גבול אחריות החברה מחוץ למדינת ישראל

22.1. אחריות החברה מוגבלת לגבולות מדינת ישראל, למעט כיסויים לשירותים רפואיים בחו"ל כמפורט בביטוח זה.

22.2. יובהר כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

22.3. על אף האמור לעיל, במידה ואירע מקרה ביטוח על פי ביטוח זה, בעת שהות המבוטח בחו"ל לתקופה שאינה עולה על 120 יום ברציפות, יהא המבוטח זכאי לכיסוי בגין אותו מקרה ביטוח על פי תנאי ההסכם עם שובו ארצה.

23. עדכון הכיסוי הביטוחי

23.1. במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה, יהיה רשאי בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הביטוח. אם ליישום החוזר כאמור ישנה השלכה על גובה הפרמיה, יתאפשר לחברה לדרוש העלאת דמי הביטוח בהתאם. העלאת דמי הביטוח תבוצע בהסכמת הצדדים.

23.2. בעל הפוליסה יהיה רשאי לפנות לחברה, בתום כל שנת ביטוח בדרישה להכנסת שינויים ו/או עדכונים ו/או הרחבות ו/או שיפורים בתנאי הביטוח. אם לדרישת בעל הפוליסה ישנה השלכה המשפיעה על גובה הפרמיה, יתאפשר לחברה לדרוש העלאת דמי הביטוח בהתאם. העלאת דמי הביטוח תבוצע בהסכמת הצדדים.

24. התיישנות

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

למען הסר ספק, הגשת תביעה לחברה לא תעצור את מניין תקופת ההתיישנות. בהתאם לדין, רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מניין תקופת ההתיישנות.

25. חקיקה

על פוליסה זו יחולו הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו, אלא אם הותנה אחרת בפוליסה זו.

26. זכויות על פי הפוליסה בעת השירות הצבאי

הזכויות על פי תנאי פוליסה זו תקפות גם בעת שירות צבאי (סדיר, קבע או מילואים). בעת שירות צבאי כאמור, זכאי המבוטח לשירותים רפואיים מטעם הצבא, וזאת בהתאם ובכפוף להוראות והנחיות הצבא, כפי שהן מעת לעת. יובהר כי לכפיפות המבוטח כאמור להוראות הצבא, קיימת השפעה על יכולת ניצול הזכויות לפי פוליסה זו.

27. כתובות הצדדים

בעל הפוליסה:	לשכת שמאי המקרקעין בישראל
שכתובתו:	יגאל אלון 159, תל אביב
החברה:	הראל חברה לביטוח
שכתובתה:	אבא הלל 3, רמת גן

כל הודעה שתשלח בדואר רשום לפי הכתובות הרשומות לעיל, תחשב כהודעה שהתקבלה על-ידי הנמען תוך 72 שעות מעת מסירת ההודעה בדואר ישראל.

פרק 1: השתלות וטיפולים מיוחדים

1. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה או טיפול מיוחד.

2. הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה הביטוח, בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות החוק ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:

- נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי דין החל באותה מדינה.
- מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

בכפוף לכך, תכסה החברה את עלות ההשתלה או הטיפול המיוחד על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:

2.1. **הוצאות רפואיות**

המבוטח יהיה זכאי לכיסוי ההוצאות הרפואיות המפורטות להלן, על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:

2.1.1. כיסוי מלוא ההוצאות רפואיות אצל ספק שבהסכם.

2.1.2. כיסוי עד תקרה בגובה 5,000,000₪ להשתלה או 1,000,000₪ לטיפול מיוחד, להוצאות רפואיות אצל ספק שאינו בהסכם.

על אף האמור, יינתן כיסוי מלא במקרה בו תיאום ההשתלה או הטיפול המיוחד בוצע על ידי החברה, לאחר שהמבוטח בחר את המטפל, מקום הטיפול ומועד הטיפול, הודיע לחברה מראש ואפשר לחברה לתאם עבורו את הטיפול הרפואי.

2.1.3. הוצאות רפואיות הינן כמפורט להלן:

2.1.3.1. בדיקות התאמה ו/או הערכה לקראת השתלה או טיפול מיוחד, לרבות שכר הצוות הרפואי ועלויות האשפוז לבדיקות אלה.

יובהר, יכוסו בדיקות התאמה ו/או הערכה גם אם בוצעו שלא בעת אשפוז.

2.1.3.2. אשפוז בבית חולים לקראת, במהלך ו/או לאחר ההשתלה או הטיפול המיוחד.

2.1.3.3. בדיקות רפואיות במהלך האשפוז ו/או לאחר ההשתלה או הטיפול המיוחד.

2.1.3.4. עלות איבר מלאכותי המושתל בגוף המבוטח כפרוצדורה הקודמת להשתלת איבר על פי סעיפים 3.1.1 - 3.1.4 לתנאים הכלליים.

2.1.3.5. טיפול רפואי לרבות טיפול תרופתי וטיפול פרא-רפואי במהלך האשפוז לקראת, במהלך ו/או לאחר ההשתלה או הטיפול המיוחד.

2.1.3.6. עלויות חדר הניתוח והצוות הרפואי לרבות צוות סיעודי.

2.2. הוצאות נלוות

המבוטח יהיה זכאי לכיסוי הוצאות נלוות כמפורט להלן, בנוסף לכיסוי ההוצאות הרפואיות שפורטו לעיל:

2.2.1. בדיקות רפואיות המבוצעות לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד ו/או לאחריו שלא במהלך אשפוז יכוסו בתנאי שהינן נדרשות בקשר ישיר עם טיפול הרפואי על פי דרישת מבצע הטיפול בפועל, ויבוצעו בסמוך לו.

2.2.2. שתי התייעצויות עם רופא מומחה בתחום הרלוונטי, עד תקרה של 1,200₪ לכל התייעצות.

2.2.3. הוצאות איתור איבר, איתור תורם מח עצם ו/או תאי אב, רישום במאגרים בחו"ל, ביצוע בדיקות רפואיות וכל פעולה אחרת הנדרשת לאיתור איבר ו/או איתור תורם.

2.2.4. ההוצאות הכרוכות בקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע הטיפול הרפואי.

2.2.5. הבאת מומחה - מבוטח הזכאי לביצוע השתלה או טיפול מיוחד, יהיה זכאי לכיסוי עלויות הבאת מנתח או רופא מומחה זר או ציוד רפואי מיוחד לישראל לביצוע הטיפול הרפואי בישראל הכוללות הוצאות הטסה ושהות של המנתח או הרופא המומחה בישראל ו/או הטסה של הציוד הרפואי. למען הסר ספק, עלויות אלה אינן כוללות את הכיסויים המפורטים בסעיפים 2.1 ו-2.2. (למעט ס"ק זה) אשר יכוסו על פי המפורט בהם.

על אף האמור, יינתן כיסוי מלא במקרה בו תיאום הבאת מטפל זר בוצע על ידי החברה.

2.2.6. טיפולי המשך בחו"ל ו/או בישראל, הנדרשים למבוטח על פי קביעת הרופא שביצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד, ו/או על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח.

2.2.7. **טיסות והעברות**

2.2.7.1. עלויות טיסה סדירה במחלקת תיירים, לארץ הטיפול ובחזרה, לצורך ביצוע הטיפול הרפואי, למבוטח ומלווה אחד (שני מלווים במקרה של מבוטח קטין).

2.2.7.2. במקרה בו על פי קביעת שלטונות התעופה נדרשת טיסת רופא מלווה לצד המבוטח ו/או אם הטסת רופא מלווה נדרשת לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד, על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח (שאיננו הרופא המלווה), יכוסו הוצאות טיסה סדירה במחלקת תיירים, לארץ הטיפול ובחזרה ממנה, של הרופא המלווה.

2.2.7.3. במקרה בו על פי קביעת המרכז הרפואי בו מבוצע הטיפול בפועל ו/או על פי קביעת הרופא שיבצע את הטיפול בפועל, נדרש המבוטח לבדיקות התאמה / הערכה כאמור בסעיף 2.1.3.1 לעיל בחו"ל, יכוסו הוצאות טיסה סדירה במחלקת תיירים, לארץ הטיפול ובחזרה ממנה, לצורך ביצוע בדיקות כאמור, למבוטח ומלווה אחד (שני מלווים במקרה של מבוטח קטין).

2.2.7.4. הטסה רפואית - במקרה בו נקבע על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב הטסה רפואית, יכוסו עלויות הטסה רפואית (לרבות הטסת רופא מלווה, אם נדרש).

2.2.7.5. הטסת גופה - עלויות הטסת גופה לישראל, במקרה של פטירת המבוטח בחו"ל.

2.2.7.6. הוצאות העברה יבשתית - הוצאות העברה יבשתיות אל מקום ביצוע הטיפול הרפואי ובחזרה, באמצעי העברה התואם את מצבו הרפואי של המבוטח, לרבות הטסה רפואית פנימית בתוך גבולות המדינה בה מבוצעת ההשתלה או הטיפול המיוחד.

2.2.8. שהייה בחו"ל

2.2.8.1. הוצאות שהייה - יכוסו הוצאות שהייה סבירות למגורים ולכלכלה (מזון, שתייה וצרכי קיום יום-יומי) למבוטח ומלווה או למבוטח ושני מלווים במקרה של מבוטח קטין.

2.2.8.2. הוצאות רפואיות במהלך השהייה - הוצאות בגין טיפולים רפואיים (לרבות טיפול תרופתי, בדיקות מעבדה לאבחון או מעקב רפואי, עירויים, דיאליזה וכיו"ב), להם נדרש המבוטח בשל מצבו הרפואי במהלך שהייתו בחו"ל בהמתנה לטיפול הרפואי בחו"ל.

2.2.8.3. במקרה בו נדרשה טיסת רופא מלווה כמפורט בסעיף 2.2.7.2 לעיל, ונדרשת שהות הרופא בחו"ל בזמן שהות המבוטח בחו"ל, יכוסו הוצאות שהייה סבירות למגורים ולכלכלה (מזון, שתייה וצרכי קיום יום-יומי) לרופא המלווה.

2.2.9. תורם איבר

במקרה של השתלה מאדם אחר, יכוסו הוצאות טיסה הלוך ושוב ושהייה של התורם, וכל הוצאה רפואית של התורם, הכרוכה בקציר האיבר, והטיפול הרפואי בתורם לפני ואחרי פעולת קציר האיבר בקשר ישיר עימה, לרבות הוצאות בגין העברות יבשתיות, אשפוז, צוות רפואי, טיפול תרופתי בקשר ישיר עם פעולת קציר האיבר, בדיקות רפואיות המבוצעות לפני ובמהלך האשפוז, בקשר ישיר עם פעולת קציר האיבר, וכל הוצאה אחרת הקשורה במישרין עם הפרוצדורה הרפואית של פעולת קציר האיבר.

2.3. פיצוי

המבוטח יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בגובה 350,000₪, בכפוף לתנאים המצטברים הבאים:

2.3.1. למבוטח אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר ו/או קביעה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח, על הצורך בהשתלת איבר.

2.3.2. ההשתלה הנדרשת איננה השתלת מח עצם או קרנית.

2.3.3. מבוטח שייבחר בפיצוי על-פי סעיף זה לא יהיה זכאי לכיסויים המפורטים בסעיפים 2.1 - 2.2 לעיל.

2.3.4. מובהר כי הפיצוי על פי סעיף זה ישולם ללא תלות בביצוע ההשתלה בפועל.

2.4. **גמלה למועמד להשתלה**

2.4.1. מבוטח יהיה זכאי לגמלה חודשית לפני ביצוע ההשתלה אם התקיימו כל התנאים המפורטים להלן:

2.4.1.1. מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה על פי קביעת רופא מומחה מטעמו של המבטח.

2.4.1.2. נתקבל אישור בכתב של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה בטרם ביצוע ההשתלה של המבוטח.

2.4.1.3. המבוטח מרותק למיטתו או מאושפז בבית חולים בשל מצבו הרפואי.

2.4.2. הגמלה החודשית למועמד להשתלה הינה כמפורט להלן:

2.4.2.1. למבוטח המרותק למיטתו - 6,000₪ בחודש.

2.4.2.2. למבוטח המאושפז בבית חולים - 3,000₪ בחודש.

2.4.3. הגמלה תשולם עד למועד ביצוע ההשתלה ו/או לתקופה מקסימאלית בת 6 חודשים ו/או עד למועד שבו חדל להתקיים התנאי המפורט בסעיף 2.4.1.3, לפי המוקדם ביניהם.

2.5. גמלת החלמה

2.5.1. לאחר השתלה

2.5.1.1. במקרה של השתלה המכוסה על פי פרק זה שאינה השתלת מח עצם או השתלת קרנית, יהיה המבוטח זכאי לגמלה חודשית בגובה 6,000₪ לחודש, למשך 24 חודשים.

2.5.1.2. במקרה של השתלת מח עצם (שאיננה השתלת מח-עצם עצמית) המכוסה על פי פרק זה, יהיה המבוטח זכאי לגמלה חודשית בגובה 3,000₪ לחודש, למשך 12 חודשים.

2.5.1.3. נפטר המבוטח במהלך תקופת תשלום הגמלה, יהיו זכאים יורשיו החוקיים לקבלת יתרת הגמלה.

2.5.1.4. מבוטח הזכאי לגמלה חודשית כאמור לעיל, או יורשיו החוקיים, יוכלו לבקש לקבל את תשלומי הגמלה בתשלום אחד בגין כל התקופה. במקרה זה יהיה המבוטח ו/או יורשיו החוקיים זכאים לתשלום חד פעמי בשיעור של 85% מהגמלה המצטברת בגין כל תקופת התשלום.

2.5.2. לאחר טיפול מיוחד בחו"ל

2.5.2.1. במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה על פי הסכם זה, יהיה המבוטח זכאי לגמלה חד פעמית בגובה 10,000₪ עם שובו לישראל.

2.5.2.2. גמלה זו לא תשולם במקרה בו נפטר המבוטח טרם חזרתו ארצה

פרק 2: תרופות מיוחדות

1. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב טיפול תרופתי.

לעניין זה, "מצב רפואי מחייב" משמעו אבחנה ו/או חוות דעת רפואית ו/או המלצה מתועדת מאת רופא מומחה מטעם המבטח, לפיה נקבע במפורש כי על המבוטח לקבל את הטיפול התרופתי.

2. הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה הביטוח זכאי המבוטח לכיסוי עלות הטיפול התרופתי בניכוי השתתפות עצמית ועד תקרת הכיסוי המפורטת להלן, ובהתאם לתנאים המפורטים להלן:

2.1. טיפול תרופתי בתרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.

2.2. טיפול תרופתי בתרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.

2.3. טיפול תרופתי בתרופת OFF LABEL או בתרופת יתום.

2.4. טיפול תרופתי בתרופה מיוחדת.

2.5. השירות הרפואי הכרוך במתן הטיפול התרופתי יכוסה עד תקרה כוללת בגובה 5,000₪ לכל מקרה ביטוח.

2.6. **בדיקות אבחון וקביעת דרכי טיפול למחלת הסרטן**

בדיקות רפואיות המבוצעות במבוטח על פי הפניית רופא מומחה מטעם המבוטח, לצורך אבחון ו/או קביעת טיפול ו/או בחינת יעילות טיפול תרופתי ו/או קביעת פרוטוקול טיפול ו/או בחינת העמידות של התאים הסרטניים לטיפולים שונים וכל בדיקה אחרת, קיימת או עתידית, הנדרשת בקשר עם מחלת הסרטן, מניעתה, מניעת התפתחותה, הטיפול בה, סיכויי הצלחת הטיפול, או ככלי תומך החלטה, כדוגמת בדיקות NGS, ביופסיה נוזלית, Foundation, GPSCancer, Guardant 360, Tempus xT, Oncotype ERCC, Her2, Oncomine, Oncodeep, Cancer Plex, Target Now, One.

יובהר, הכיסוי על פי סעיף זה יתאפשר כדי לקבוע האם נדרש טיפול תרופתי, גם אם עוד לא נקבע כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב טיפול תרופתי.

3. תקרת כיסוי

3.1. לכל מקרה ביטוח, תקרת הכיסוי לטיפול תרופתי על-פי סעיפים 2.1 - 2.4 תהיה 2,000,000₪ למשך 30 חודשים, ותתחדש ליתרת תקופת הביטוח.

3.2. לכל מקרה ביטוח, תקרת הכיסוי לטיפול תרופתי על-פי סעיף 2.4 תהיה 200,000₪. במידה ולאחר מיצוי 200,000₪ יימצא כי התרופה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח באמצעות מסמך מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, תקרת הכיסוי על פי סעיף זה תוגדל ותהא בסך כולל של 1,000,000₪ לכל תקופת הביטוח.

3.3. בדיקות אבחון וקביעת דרכי טיפול למחלת הסרטן, כמפורט בסעיף 2.6, יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה שהוציא המבוטח בפועל ולא יותר מ-20,000₪ לשנה, או אם המכון בו מבוצעת הבדיקה הינו מכון שבהסדר עם החברה, הכיסוי יהיה כיסוי מלא.

4. השתתפות עצמית

4.1. ההשתתפות העצמית לטיפול תרופתי תהיה בגובה 250₪ למרשם לחודש, ולא יותר מ-500₪ לכל המרשמים בחודש, למעט טיפול תרופתי בתרופה מיוחדת על פי סעיף 2.4, שבגינו תשולם השתתפות עצמית למרשם לחודש, ללא הגבלה לכמות המרשמים בחודש.

4.2. על אף האמור לעיל, הכיסוי לטיפול תרופתי על-פי סעיפים 2.1 - 2.3 לתרופות למחלת הסרטן ו/או לתרופות שעלותן מעל 5,000₪ לחודש יהיה ללא השתתפות עצמית.

5. טיפול תרופתי - תנאים מיוחדים

5.1. מבוטח שנטל תרופה טרם הצטרפותו לביטוח, ונדרש בשל שינוי במצבו הרפואי במהלך תקופת הביטוח לטיפול תרופתי בתרופה אחרת המכוסה על פי תנאי הסכם זה, יהיה זכאי לכיסוי ולא יחולו הוראות חריג מצב רפואי קודם.

5.2. מבוטח שנטל תרופה טרם הצטרפותו לביטוח, ובמהלך תקופת הביטוח אירע מקרה ביטוח על פי הסכם זה, כתוצאה ממצב רפואי אחר, המחייב טיפול תרופתי באותה תרופה, יהיה זכאי לכיסוי הטיפול התרופתי למצבו הרפואי החדש ולא יחולו הוראות מצב רפואי קודם.

5.3. להבטחת הכיסוי על פי פרק זה יש לפנות לקבלת אישור החברה מראש ולפני רכישת התרופה. אישור החברה מראש איננו תנאי לכיסוי, כמפורט בסעיף 13.6 לתנאים הכלליים.

5.4. **חריגים לפרק התרופות:**

5.4.1. טיפול תרופתי הניתן במהלך אשפוז לצורך ניתוח ו/או השתלה ו/או טיפול מיוחד, ובתנאי שהתרופות הנדרשות במהלך האשפוז מכוסות על פי פרק הכיסוי הרלוונטי.

5.4.2. טיפול תרופתי למניעה במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון ו/או תרופות מתחום הרפואה האלטרנטיבית, אלא אם הצורך בהם נקבע על ידי רופא מומחה בשילוב עם טיפול תרופתי במחלתו של המבוטח.

פרק 3: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח.

2. הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה הביטוח זכאי המבוטח לכיסוי עלות ניתוח בחו"ל והשירותים הנלווים לניתוח בהתאם לתנאים ולתקרות המפורטים להלן:

2.1. במקרה של ניתוח - שכר מנתח, ובמקרה של טיפול מחליף ניתוח - שכר מבצע הטיפול שהינו רופא מומחה בעל התמחות בתחום הרלוונטי לטיפול מחליף הניתוח הנדרש למבוטח.

2.2. עלויות חדר ניתוח וצוות מנתח.

2.3. עלויות אשפוז הכוללות:

2.3.1. שהייה בחדר בן 3-2 מיטות עד למשך 45 ימים.

2.3.2. שהייה בטיפול נמרץ.

2.3.3. טיפולי פיזיותרפיה הנדרשים בקשר ישיר עם הטיפול הרפואי המבוצעים במהלך האשפוז.

2.3.4. טיפול תרופתי במהלך האשפוז.

2.3.5. בדיקות רפואיות המבוצעות במהלך האשפוז.

2.3.6. כל הוצאה רפואית אחרת הנדרשת על פי הנחיית המטפל ו/או הצוות הרפואי בבית החולים ומחויבת על ידי בית החולים במסגרת עלויות האשפוז.

2.4. שתל עד תקרת כיסוי בגובה 70,000₪.

3. בנוסף לאמור בסעיף 2 לעיל, תכסה החברה גם את ההוצאות הבאות:

3.1. **הטסה רפואית**

מבוטח, אשר על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, מצבו הרפואי מחייב הטסה רפואית, יהיה זכאי לכיסוי עלויות הטסה רפואית (לרבות הטסת רופא מלווה, אם נדרש) במלואן, בכפוף לתיאום ההטסה על ידי החברה. במקרה בו לא תואמה ההטסה על ידי החברה הכיסוי יהיה עד תקרה בגובה 180,000₪.

3.2. **הטסת גופה**

החברה תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר המבוטח בעת שהותו בחו"ל.

3.3. **כיסויים נוספים במקרה ניתוח גדול ו/או ניתוח שבגינו שהה המבוטח באשפוז מעל 5 ימים ו/או ניתוח שהמבוטח הוטס בהטסה רפואית**

3.3.1. הוצאות שהייה - יכוסו הוצאות שהייה סבירות למבוטח ומלווה (למבוטח ושני מלווים במקרה של מבוטח קטין), עד 30 ימים.

3.3.2. הוצאות טיסה - יכוסו עלויות טיסה סדירה במחלקת תיירים או עסקים בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח ועל פי הוראת רופא מומחה, לארץ הטיפול ובחזרה ממנה, לצורך ביצוע הטיפול הרפואי, למבוטח ומלווה אחד (שני מלווים במקרה של מבוטח קטין).

3.3.3. שכר אח/אחות פרטית יכוסה עד תקרה בגובה 700₪ ליום ולתקופה של עד 14 ימים.

3.3.4. הוצאות העברה יבשתית - יכוסו הוצאות העברה יבשתיות אל מקום ביצוע הטיפול הרפואי ובחזרה, באמצעי העברה התואם את מצבו הרפואי של המבוטח, לרבות הטסה רפואית פנימית בתוך גבולות המדינה בה מבוצע הניתוח בחו"ל.

4. נפטר חו"ח המבוטח במהלך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח המכוסה עפ"י פרק זה (יום הניתוח ועוד 6 ימים) כתוצאה ישירה מהניתוח האמור, תשלם החברה ליורשיו על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח פיצוי חד פעמי בגובה 200,000₪.

5. חריגים מיוחדים

בנוסף לאמור בסעיף 15 לחלק הכללי לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי נספח זה במקרים הבאים:

5.1. מקרה ביטוח שארע למבוטח השוהה רוב ימות השנה (183) מחוץ למדינת ישראל.

על אף האמור, מבוטח ששהה מחוץ למדינת ישראל למעלה מ-183 ימים בשנה במצטבר, בשל נסיעות תכופות (למעלה מ-20 נסיעות בשנה) ומרכז חייו בישראל, יהיה זכאי לכיסוי מקרה ביטוח על פי פרק זה, ובלבד שהניתוח בוצע במהלך נסיעה לחו"ל לצורך הניתוח.

5.2. בדיקות שגרה ו/או מעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה, למעט ניתוחים מניעתיים שהוגדרו במפורש בהגדרת ניתוח לעיל.

6. תנאי לכיסוי הביטוחי

6.1. בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל, יידע את חברה, וימסור לחברה את שם המוסד הרפואי וכתובתו בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח הנ"ל וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.

6.2. תיאום הניתוח ו/או הטיפול מחליף הניתוח, ההתקשרות עם ספקי השירות בחו"ל והסדרת עלויות הטיפול ואופן התשלום (להלן: "תיאום הניתוח") יבוצע על ידי החברה, לאחר שהמבוטח מסר לחברה את הפרטים הנדרשים לצורך תיאום הניתוח, לרבות סוג הניתוח הנדרש, פרטי המנתח או מבצע הטיפול מחליף הניתוח לפי העניין, בית החולים ומועד הניתוח / הטיפול.

6.3. בחר המבוטח לבצע ניתוח בחו"ל ללא תיאום הניתוח על ידי החברה, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי הניתוח בשיעור 200% מעלות הניתוח אצל ספקים שבהסכם עם החברה לניתוח זהה בישראל או עד תקרת עלות הניתוח אצל ספקי הסכם של החברה בחו"ל, הגבוה מבניהם ובכל מקרה לא יותר מהעלות בפועל.

6.4. בחר המבוטח לבצע טיפול מיוחד בחו"ל ללא תיאום הניתוח על ידי החברה, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי הטיפול עד הגבוה מבין המפורט להלן ובכל מקרה לא יותר מהעלות בפועל:

6.4.1. עד תקרת עלות הטיפול מחליף הניתוח אצל ספקי הסכם של החברה בחו"ל.

6.4.2. תקרת עלות הניתוח המוחלף אצל ספקים שלחברה הסכם עימם בחו"ל.

6.4.3. כיסוי בשיעור 200% מעלות הניתוח המוחלף אצל ספקים שבהסכם עם החברה לניתוח זהה בישראל.

פרק 4: כתב שירות – רפואת און-ליין

ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידיאו ומרפאות לרפואה ראשונית

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

כתב שירות זה מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה.

השירות הניתן על פי כתב שירות זה ניתן על ידי ספק שירות, שאינו החברה, בהתאם לתנאים ולמגבלות המפורטים להלן.

1. השירות

שירות זה מאפשר למנוי לקבל ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידיאו, **באמצעות טלפון חכם, מחשב או טאבלט**, עם רופא בתחום המשפחה והילדים ועם רופא מומחה בתחומים הקבועים להלן והמשך טיפול במרפאות לרפואה ראשונית במידת הצורך לפי קביעת הרופא המייעץ.

מתן השירות כפוף למיכשור טכנולוגי מתאים של המנוי ויינתן בכפוף לתנאים המפורטים בכתב השירות להלן.

2. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם:

2.1. **"אתר האינטרנט של הספק"** - כתובת האתר הנה- virtualclinic.bikurofe.co.il וניתנת לשינוי ו/או לעדכון בכל עת.

2.2. **"החברה"** - הראל חברה לביטוח בע"מ.

2.3. **"הפוליסה"** - הפוליסה אליה מצורף כתב שירות זה.

2.4. **"מנוי"** - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא כתב שירות זה אשר שמו ומספר תעודת הזהות שלו נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.

2.5. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל פרטים הנוגעים לכתב השרות.

2.6. **"דמי מנוי"** - הסכום בגין כתב שירות זה שעל המנוי לשלם לחברה, על-פי תנאי כתב שירות זה, כמפורט בדף פרטי הביטוח.

2.7. **"ילד"** - עד גיל 21 אשר שמו ותעודת זהותו נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.

2.8. **"הספק"** - הגוף עמו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה.

2.9. **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל כבית חולים כללי בלבד, למעט מוסד שהוא סנטריום, בית החלמה, בית הבראה או מוסד שיקומי.

2.10. **"מחלקה לרפואה דחופה / חדר מיון"** - אגף הצמוד לבית החולים והנו חלק בלתי נפרד ממנו, אשר הוכר כחדר מיון על ידי הרשויות המוסמכות.

2.11. **"רופא"** - אדם שהוסמך, על ידי השלטונות המוסמכים בישראל, כרופא והנו בעל רישיון ממשרד הבריאות לעסוק ברפואה.

2.12. **"רופא מומחה"** - רופא בעל תואר מומחה ברפואה, אשר הוצא על ידי משרד הבריאות במדינת ישראל ושמו כלול ברשימת הרופאים, לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג - 1973; וספק השירות התקשר עמו בהסכם למתן השירות.

2.13. **"רופא מייעץ"** - רופא משפחה (כהגדרתו להלן), רופא מלר"ד, רופא ילדים (כהגדרתו להלן) או רופא מומחה לרפואה פנימית מטעם הספק, לצורך מתן השירות לפי כתב שירות זה.

2.14. **"רופא משפחה"** - רופא מומחה כהגדרתו לעיל בעל התמחות ברפואת משפחה, המשמש כרופא משפחה באחת מקופות החולים או בית חולים בישראל.

2.15. **"רופא ילדים"** - רופא מומחה כהגדרתו לעיל בעל התמחות בילדים, המשמש כרופא ילדים באחת מקופות החולים או בית חולים בישראל.

2.16. **"מוקד השירות" או "המוקד"** - שירות טלפוני שיפעיל הספק עבור המנויים, לשם קבלת השירותים על-פי כתב שירות זה, בשעות הפעילות המצוינות בנוגע לשירותים כאמור.

מספר הטלפון של מוקד השירות של הספק עבור מנויי הראל הוא: 1-800-260-660

2.17. **"המועד הקובע"** - מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי מנוי, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.

2.18. **"השתתפות עצמית"** - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו, על מנת לקבל שירותים ע"פ כתב שירות זה, כמפורט בכתב שירות זה. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לספק. יובהר כי ההשתתפות העצמית משולמת בנפרד בגין כל מנוי ובגין שירות עבורו מצוין כי קיימת השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 3 להלן.

2.19. **"נותן שירות"** - רופא/ה, רופא/ה מומחה, מרפאה לרפואה ראשונית וכל גורם אחר, המספק שירות המפורט בכתב שירות זה, ואשר הספק קשור עמו בהסכם תקף במועד פניית המנוי למוקד השירות לצורך קבלת השירות או במועד קבלת השירות בפועל, לפי העניין.

2.20. **"תקופת השירות"** - תקופה שתחל מהמועד הקובע וסיומה במועד סיום כתב השירות עבור המנוי מכל סיבה שהיא, בהתאם ובכפוף לאמור בכתב שירות זה.

2.21. **"מרפאה לרפואה ראשונית"** - מרפאה של ספק השירות לקבלת טיפולים לרפואה ראשונית וביניהם רנטגן, תפירות, משטח גרון, אינהלציה, ספירת דם, מעבדת שתן, אק"ג, גיבוס, אורתופדיה ועוד.

3. פירוט השירותים

השירותים הכלולים בכתב שירות זה כמפורט להלן, ושירותים אלו בלבד:

3.1. **ייעוץ רפואי מקוון לרפואה ראשונית עם רופא מומחה בתחומי רפואת משפחה וילדים**

3.1.1. המנוי יהיה זכאי לייעוץ רפואי מקוון עם רופא מייעץ ברפואה ראשונית. **מובהר במפורש כי השירותים האמורים בסעיף זה הינם שירותים מקוונים בלבד, באמצעות שיחת וידיאו, ללא פגישה פנים מול פנים עם נותן השירות,** והם ינתנו בהתאם לשיקול דעתו המקצועי של הרופא המייעץ ובכפוף לשיקול דעתו המקצועי של הרופא לעניין האפשרות ליתן אותם במסגרת שירות מקוון וללא כל בדיקה של המנוי או פגישתו פנים מול פנים. למען הסר ספק מובהר, כי בכל מקרה לא יימנע הייעוץ המקוון עם נותן השירות, והיה ולפי שיקול דעת הרופא לא ניתן ליתן את השירות ללא בדיקה פיזית של המבוטח, יודיע זאת לפונה הרופא עצמו.

3.1.2. מספר הייעוצים הרפואיים המקוונים אותם רשאי המנוי לממש במהלך תקופת השירות הנו ללא הגבלה.

3.1.3. היעוצים הרפואיים המקוונים הינם ללא השתתפות עצמית.

3.1.4. **השירות על פי סעיף זה יינתן במועדים הבאים בימים א' -ה' מהשעה 18:00 ועד השעה 06:00, ובימי ו' מהשעה 14:00 עד יום א' בשעה 06:00.**

למעט יום כיפור בין השעות 14:00 בערב כיפור ועד שעתיים לאחר שעת סיום צום יום הכיפורים.

3.1.5. הייעוץ הרפואי המקוון על פי סעיף זה יתקיים עד 30 דקות מרגע קבלת הפנייה קרי - אישור בקשת השירות באתר האינטרנט של הספק או במוקד השירות, ובלבד שהפנייה תתקבל במסגרת שעות הפעילות המפורטות כנקוב בסעיף 3.1.4 לעיל.

3.1.6. הרופא המייעץ ייתן למנוי מידע והכוונה רפואית, ככל שיידרשו לפי שיקול דעתו הבלעדי, ובין היתר, יבצע (במידת הצורך) את הפעולות הבאות:

3.1.6.1. מסירת אמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי או מהורי הילד המנוי.

3.1.6.2. מתן מרשם רפואי לרכישת תרופות ראשוניות בהתאם לשיקול דעתו המקצועי. המרשם יימסר באמצעות דוא"ל או פקס או באמצעי אלקטרוני אחר אשר זמין באופן סביר לרשות הרופא. המרשם יהיה חתום דיגיטלית לרכישה ברשתות ה"סופר פארם".

3.1.6.3. מתן הפנייה לחדר מיון באמצעות דוא"ל או פקס.

3.1.6.4. מתן המלצה להפניית המנוי להמשך טיפול לפי שיקול דעתו המקצועי והמלצותיו של הרופא המייעץ.

3.1.6.5. משלוח סיכום ייעוץ למנוי באמצעות דוא"ל או פקס.

3.1.6.6. **השירות אינו כולל מתן חוות דעת לצרכי הליך משפטי.**

3.2. **רפואת מומחים - ייעוץ רפואי מקוון על ידי רופא מומחה**

3.2.1. המנוי יהיה זכאי לייעוץ רפואי מקוון עם רופא מומחה תוך 24 שעות ממועד קבלת אישור בקשת השירות, מרשימת נותני השירות הקיימת באתר האינטרנט של הספק. מובהר כי רשימת הרופאים המומחים בכל תחום בגין סעיף זה, תכלול רופאים בעלי ניסיון של 5 שנים ומעלה מתום ההתמחות שלהם.

3.2.2. השירות יינתן במקרים המאפשרים על פי נסיבותיהם מתן ייעוץ רפואי מקוון, על-פי שיקול דעתו של הרופא המומחה, בתחומי הרפואה הבאים:

א.א.ג (אף אוזן גרון), אונקולוגיה, אורולוגיה, אלרגיה, אורטופדיה, אנדוקרינולוגיה, המטולוגיה, גניקולוגיה, גסטרו ילדים, כירורגיית ילדים, כירורגיה, קרדיולוגיה, נוירולוגיה. כאב, נפרולוגיה ויתר לחץ דם, עור.

3.2.3. הרופא המומחה יהיה רשאי על פי שיקול דעתו, להודיע למנוי כי הנסיבות אינן מאפשרות מתן ייעוץ רפואי מקוון. האמור בסעיף 3.1.1 לעיל, לעניין שיקול דעתו של הרופא יחול גם לעניין ייעוץ רפואי מקוון על ידי רופא מומחה בסעיף זה.

3.2.4. בסיום הייעוץ, יקבל המנוי חוות דעת רפואית של הרופא המומחה, הכוללת סיכום ייעוץ והמלצות להמשך טיפול. במידת הצורך תכלול חוות הדעת את אחד מהבאים: מרשם לצורך רכישת תרופה, הפנייה לבית חולים או למרפאה לרפואה ראשונית.

3.2.5. המנוי יעביר את המסמכים הרפואיים הרלוונטיים (צילומים, בדיקות וכו') עד שעה לפני הייעוץ הרפואי עם המומחה. ניתן להעביר את המסמכים באמצעות אתר האינטרנט של הספק, בפקס או באמצעי אלקטרוני אחר אשר זמין באופן סביר לרשות הרופא המומחה. יובהר כי העברת המסמכים הנה כלי עזר מהותי לאפקטיביות של הייעוץ הרפואי המקוון.

3.2.6. מנוי שיהיה מעוניין, יהיה רשאי לקבלת שירות איסוף מידע לקראת ייעוץ רפואי מקוון ממומחים, בהשתתפות עצמית של 90₪. במקרה זה יתואם

מועד חדש לייעוץ עם רופא מומחה. **איסוף המידע יתבצע בתאום מראש עם מוקד השירות במקומות שמהם ניתן לבצע איסוף.**

3.2.7. **עבור כל ייעוץ רפואי מקוון על פי סעיף זה, ישלם המנוי במישרין לספק, השתתפות עצמית בסך 100₪.**

3.3. **המשך טיפול במרפאות לרפואה ראשונית**

3.3.1. מנוי אשר קיבל ייעוץ רפואי מקוון לרפואה ראשונית כאמור בסעיף 3.1 לעיל או אשר ביצע ייעוץ רפואי מקוון ממומחים כאמור בסעיף 3.2 לעיל יהיה רשאי לקבל המשך טיפול ראשוני במרפאות לרפואה ראשונית מטעם הספק במהלך 24 השעות העוקבות לייעוץ הרפואי המקוון, ובתנאי שהרופא המייעץ ו/או הרופא המומחה, לפי העניין, קבע כי על המנוי לפנות למרפאה לרפואה ראשונית להמשך טיפול או ביצוע בדיקות נוספות. השירות במרפאות לרפואה ראשונית יינתן בתנאים הבאים:

3.3.1.1. השירות יינתן במרפאות לרפואה ראשונית מטעם הספק בלבד אשר ייועדו לשירות זה ובשעות הפעילות של המרפאה. **מובהר, כי לא ינתן החזר כספי בגין טיפולי המשך שניתנו במרפאות שאינן מרפאות של הספק, מכל סיבה שהיא.**

3.3.1.2. מנוי שהגיע למרפאה לרפואה ראשונית, בהתאם להוראות סעיף 3.3.1 לעיל, יתקבל במרפאה ללא צורך בתהליך רישום.

3.3.1.3. ישוריין תור למנוי על ידי הספק, בטרם הגיעו למרפאה.

3.3.1.4. המנוי יהיה זכאי לקבל את הטיפולים הניתנים במסגרת המרפאה אליה הגיע, ללא השתתפות עצמית.

3.3.2. בתום הטיפול במרפאה הראשונית המנוי יקבל סיכום טיפול והפנייה לחדר מיון במידת הצורך.

3.4. השירותים על פי סעיפים 3.3-3.1 לעיל, יינתנו על ידי נותני שירות, כהגדרתו של מונח זה בהגדרות לעיל, ובתנאי שהמנוי פנה לאתר הספק או למוקד השירות בטרם קבלת השירות. המנוי אינו זכאי לשיפוי או כל תשלום אחר במידה וקיבל איזה מהשירותים שלא באמצעות המוקד או אתר הספק ואו שלא מנותן השירות.

3.4.1. יובהר כי המידע הרפואי ו/או הייעוצים הרפואיים שיינתנו במסגרת כתב שירות זה, הינם שירותים הניתנים בהסתמך על המידע הנמסר על ידי המנוי ו/או הורי הילד המנוי ובהתבסס על מידע זה בלבד.

3.4.2. מובהר, כי בכל מקרה של בעיה דחופה, מצב חירום רפואי, או מצב מצוקה על המנוי לפנוי באופן מידי לקבלת טיפול רפואי אצל גורם אחר לרבות שירותי רפואה דחופה. כן מובהר שאין בייעוץ המקוון כדי להוות תחליף לבדיקה ו/או ייעוץ רפואי מלא על ידי צוות רפואי, בהתאם לצורך.

4. אופן קבלת השירותים

4.1. מנוי הזכאי לקבלת שירות על פי כתב שירות זה יפנה לאתר האינטרנט של הספק ויבצע רישום ראשוני הכולל מספר ת.ז, כתובת, טלפון ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי שבגינו נזקק המנוי לשירות, ככל שיתבקש. לחילופין, רשאי המנוי לפנות למוקד השירות הטלפוני שיכוון אותו על אופן קבלת השירות.

4.2. מוקד השירות הטלפוני יהיה פעיל 24/7 ובכפוף לשעות מתן השירות המצויינות בסעיף 3.1.4 לעיל.

4.3. 5 דקות לפני הייעוץ הרפואי המקוון על פי סעיפים 3.1 ו-3.2 לעיל, יקבל המנוי התראה לגבי הייעוץ בSMS, באתר האינטרנט או במייל. בנוסף יקבל המנוי תזכורת על מועד הייעוץ על פי סעיף 3.2 לעיל, שעה לפני הייעוץ שנקבע.

4.4. במועד הייעוץ יתחבר המנוי לאתר האינטרנט של הספק, באמצעות אפליקציה או לינק במייל ויקבל את השירות.

4.5. המנוי רשאי לבטל את הזמנתו לקבלת השירות באמצעות בקשת ביטול באתר האינטרנט של הספק או להודיע על כך למוקד השירות לפני המועד המתוכנן של הייעוץ המקוון. למען הסר ספק, מובהר כי אם לא יודיע המנוי על הביטול **לפני המועד** המתוכנן כאמור, ייחשב כאילו מימש את השירות שהוזמן לכל דבר ועניין, לרבות לעניין ההשתתפות העצמית לגבי שירות הכרוך בתשלום השתתפות עצמית כמפורט בכתב השירות לעיל.

4.6. הספק מתחייב כי השירות יינתן על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות נשוא כתב שירות זה, בפריסה גיאוגרפית נאותה וכי יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנוי, כמוגדר בסעיף 3 לעיל.

5. הגבלות וסייגים

5.1. החברה ו/או הספק אינם אחראים בגין פגיעה ביכולת ליתן את השירותים או חלק משמעותי מהם, עקב מלחמה או גיוס כללי, מתקפת טרור, מגיפה, רעידת אדמה, שביתה וכל כח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.

5.2. על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מתקפת טרור, מגיפה, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.

5.3. מבלי לגרוע מן האמור לעיל, החברה ו/או הספק לא יהיו אחראים בגין כל נזק שייגרם עקב כשל בתקשורת הנובע מגורמים חיצוניים, וכן מטיב התקשורת בנקודת הקצה של המנוי.

5.4. יובהר כי העברת מידע רפואי על ידי המנוי לנותן השירות אינה מהווה קבלת של המידע הרפואי בידי החברה.

5.5. יובהר כי השירות לרפואת מומחים כמפורט בסעיף 3.2 לעיל, הנו לרשימת ההתמחויות המפורטת בסעיף זה בלבד.

6. הגבלות

החברה לא תהיה אחראית בגין הוצאות בכל אחד מהעניינים הבאים:

6.1. הוצאות שהוציא המנוי עבור שירות, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.

6.2. הוצאות שהוציא המנוי עבור שירותים על ידי מבצע שירות אחר, שאינו מבצע שירות או נותן שירות שבהסכם, כהגדרתו לעיל.

7. תוקפו של כתב השירות

7.1. כתב השירות ייכנס לתוקפו החל מהמועד הקובע. לעניין תוקפו של כתב השירות יחולו ההוראות בדבר תוקפה, ביטולה ושינוי של פוליסת הביטוח אליה הוא מצורף, כפי שהן קבועות בתנאים הכלליים של הפוליסה ובהתאם להוראות הדין. על אף האמור לעיל, ועל אף ההוראות בדבר תוקפה של הפוליסה הקבועות בתנאים הכללים כאמור, תהיה חברת הביטוח רשאית לבטל את כתב השירות אם יוחלט על ידיה לבטלו או לא לחדשו, לפי העניין, לכלל המנויים במקרה של סיום ההתקשרות בין המבטח לספק השירות אם לא הגיעה חברת הביטוח להסדר עם ספק שירות חלופי, וזאת בכפוף לאישור המפקח על ביטוח. במקרה זה תינתן למנויים הודעה מוקדמת בת 60 יום אשר תועבר למנויים על ידי חברת הביטוח ו/או ספק השירות.

7.2. מובהר כי המנוי זכאי לבטל את כתב השירות בכל עת. הביטול יהיה בתוקף ממועד קבלת הודעת המנוי בחברה. ככל ששולמו על-ידי המנוי פרמיה בגין כתב השירות

בגין התקופה שלאחר הביטול, יוחזר למנוי החלק היחסי של התשלום ששילם בגין התקופה שלאחר ביטול כתב השירות.

7.3. תוקפו של כתב השירות, ביחס לכל אחד מהמנויים, יפוג מאליו במקרים הבאים:

7.3.1. במועד ביטול פוליסת הביטוח אליה צורף כתב שירות זה, כאמור בסעיף 7.2 לעיל.

7.3.2. אם דמי המנוי לא שולמו במועדם - במועד בהתאם למפורט בסעיף 8 להלן.

7.3.3. במקרה של סיום ו/או הפסקה של ההסכם שבין החברה לספק, בהתאם לאמור בסעיף 7.1 לעיל.

7.4. להסרת כל ספק, יובהר כי במועד פקיעתו של כתב שירות זה, ביטולו או סיום תוקפו, מכל סיבה שהיא, תסתיים זכאותו של המנוי לקבלת שירותים על פי כתב שירות זה. על אף האמור, מנוי שפנה לקבלת שירות בטרם מועד פקיעתו של כתב שירות זה, יהיה זכאי להמשיך לקבל את השירות שלגביו בוצעה הפנייה.

7.5. בוטל כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תחדל החברה לגבות מהמנוי דמי מנוי בגין כתב שירות זה החל מהמועד בו בוטל כתב השירות.

7.6. בכל מקרה של ביטול כתב השירות, לא יוחזרו דמי המנוי אשר שולמו בגין התקופה שלפני ביטול כתב השירות.

7.7. החברה רשאית לערוך בכל עת שינויים בכתב שירות זה, ושינוי כאמור ייכנס לתוקף 30 יום לאחר מתן הודעה על כך בכתב למנוי. במקרה זה, יהיה המנוי רשאי להמשיך בכפוף לשינוי שיערך בכתב השירות או להודיע על רצונו להפסיק את המנוי על פי כתב השירות בהודעה בכתב לחברה.

8. תנאי הצמדה ודמי המנוי

כל התשלומים על פי כתב שירות זה, יהיו צמודים למדד כמפורט בפוליסה.

9. שונות

9.1. כל התשלומים לפי כתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.

9.2. אם רשומים כמה מנויים לכתב השירות, הודעות שנשלחו למנוי, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב למבטח, ייחשבו כהודעות שנמסרו לכלל המנויים בכתב השירות.

9.3. המנוי מתחייב להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתם, ולא תישמע מפיו הטענה כי הודעה כלשהי לא הגיעה אליו, אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שנמסרה.

9.4. כל הודעה לחברה תימסר בכתב.

9.5. כתב שירות זה מתייחס לגברים ונשים כאחד.

9.6. הזכות לקבלת השירות הנה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

10. מקום השיפוט

בכל מחלוקת שתתגלע בין הצדדים עם כתב שירות זה, יהא מוסמך לדון אך ורק בית המשפט המוסמך בישראל והדין החל הינו דיני מדינת ישראל בלבד.

סטודיו הראל 34213.1

פרטי התקשרות

"אלומה" - ביטוח ופיננסים
02-6404626
לאה אבירם
052-2639633
leah@aluma-ins.co.il
אילנה גלבוע
052-8747372
ilana@aluma-ins.co.il

מוקד שירות לקוחות הראל
1-800-44-5000
אבא הלל 3, בית הראל,
ת.ד 1951, רמת גן 5211802

לכתב שירות רפואת און ליין יש לפנות למוקד חברת ביקורופא
1-800-260-660



אולי יש לך ביטוח בריאות,
אבל אין לך הראל...

הראל
ביטוח ופיננסים

אתר הראל: www.harel-group.co.il