

כתובת אתר האינטרנט של החברה: www.migdal.co.il	כתובת החברה למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ מיקוד: 4951106, ת.ד. 3063	כתובת הדואר האלקטרוני של החברה: mokedbi@migdal.co.il	מספר טלפון ומס פקס של מחלקת שירות לקוחות החברה: 03-9201010
--	--	---	---

תמצית תנאי ביטוח בריאות ושיניים קבוצתי אינטל ישראל חבילת כיסויים - גילוי נאות

לוח 1 – תמצית פרטי הפוליסה

שם הביטוח	תמצית פרטי הפוליסה
סוג ביטוח	ביטוח בריאות ושיניים קבוצתי לעובדי אינטל ישראל ובני משפחותיהם ביטוח השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל, ביטוח ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ביטוח תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ביטוח הוצאות רפואיות מיוחדות, ביטוח בדיקות אבחוניות התייעצות עם מומחים ושירותים אמבולטוריים נוספים, ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ משלים שב"ן עם השתתפות עצמית, שירותים רפואיים במהלך אשפוז או לאחר ניתוח, שירותים רפואיים נוספים, הוצאות טיפולי שיניים משמר מורחב, הוצאות טיפולי שיניים פרוטטי.
תקופת הביטוח	לתקופה החל מ 01.08.2021 ועד 31.12.2025
תיאור הביטוח	חבילה הכוללת כיסויים כדלהלן: <u>רובד בסיס</u> - פרק ד' - השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל. - פרק ה' - ביטוח ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - פרק ו' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות. - פרק ז' - הוצאות רפואיות מיוחדות – החזר הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלה קשה. - פרק ח' - בדיקות אבחוניות, התייעצות עם מומחים ושירותים אמבולטוריים נוספים – בדיקות אבחוניות, חוות דעת נוספת, בדיקות סקר, שירותי אבחון מהיר, התייעצות עם רופא מומחה, חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים, חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל, שירות רופא מלווה. - פרק ט' - רובד משלים לתכנית השב"ן, הלוקח בחשבון את מימון ההשתתפות של קופת החולים בהוצאות ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל בהתאם לתכנית השב"ן בה חבר המבוטח. (עם חלופה להשתתפות עצמית בשיעור 20% ועד 3,000 ₪ ללא חובת מיצוי השב"ן). - פרק י' - שירותים רפואיים במהלך אשפוז או לאחר ניתוח : שכר אח/אחות פרטית, עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי בישראל, טיפול שיקומי בעת אשפוז, החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, בבית החלמה מוכר, טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום לאחר ניתוח, התעמלות שיקומית לאחר ניתוח, סיוע וטיפול סיעודי לאחר ניתוח, פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה. - פרק יא' - שירותים רפואיים נוספים – רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי. אביזרים רפואיים. יעוץ פסיכולוגי. מנוי למשדר קרדילוגי. שמירת אחות ופיצוי באשפוז (לא ניתוח). טיפול שיקום - טיפול פיזיותרפי ו/או ריפוי בעיסוק, שיקום דיבור (שלא לאחר ניתוח) התעמלות שיקומית, התייעצות עם רופא שיקומי. - כיסוי מיוחד לילדים - פיצוי בגין היעדרות מלימודים, טיפול בבעיות הרטבה לילדים, אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה, טיפול בבעיות התפתחות בילדים. בדיקות לנשים בהריון, בדיקות גנטיות, טיפולי פוריות והפריה חוץ גופית. טיפולים בטכנולוגיה מתקדמת לריפוי או הקלה בכאב, טיפולים בתא לחץ, טיפול למטרות קוסמטיות כתוצאה מתאונה. - פרק יב' - השתתפות בהוצאות טיפולי שיניים משמר מורחב. <u>רובד מורחב רשות</u> - פרק יג' - השתתפות בהוצאות טיפולי שיניים פרוטטי.

כמפורט בפרק ב' לתנאים הכללים שבפוליסה. פרק ד' סעיף 5. פרק ה' סעיף 5. פרק ו' סעיף 7. פרק ז' סעיף כב' 9-1. פרק ח' סעיפים 2.5, 4.3, 8.2.1. פרק ט' סעיף 6, פרק יא' סעיפים 4.1.6, 4.2.3, 4.9.3, 4.10.3, 4.11.2. פרק יב' סעיף 11.	הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים																												
פרק ז': 3 חודשים. פרק ח': 3 חודשים לבדיקות אבחון וחווות דעת נוספת, 6 חודשים להתיעצות עם רופא מומחה. פרק יא': 3 חודשים בגין שמירת אחות ופיצוי באישפוז, פיצוי בגין היעדרות מלימודים. 6 חודשים בגין רפואה משלימה אביזרים רפואיים, ייעוץ פסיכולוגי טיפולי שיקום בעיות הרטבה לילדים. 9 חודשים בגין בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות. 12 חודשים בגין אבחון בעיות התפתחות ילדים/ליקוי למידה, טיפול בעיות התפתחות ילדים/ליקוי למידה. פרק יב': 3 חודשים.	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)*																												
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים.	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופת החולים																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>גיל המבוטח</th><th>דמי ביטוח עבור ביטוח בריאות</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ילד עד גיל 24 *</td><td>25.79</td></tr> <tr> <td>החל מילד שלישי - חינוך</td><td></td></tr> <tr> <td>21-40</td><td>86.47</td></tr> <tr> <td>41-50</td><td>104.98</td></tr> <tr> <td>51-64</td><td>177.14</td></tr> <tr> <td>+65</td><td>356.02</td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>גיל המבוטח</th><th>דמי הביטוח עבור פרק ביטוח השיניים</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ילד עד גיל 24 *</td><td>20.41</td></tr> <tr> <td>החל מילד שלישי - חינוך</td><td></td></tr> <tr> <td>21-40</td><td>38.49</td></tr> <tr> <td>41-50</td><td>50.88</td></tr> <tr> <td>51-64</td><td>74.66</td></tr> <tr> <td>+65</td><td>102.98</td></tr> </tbody> </table>	גיל המבוטח	דמי ביטוח עבור ביטוח בריאות	ילד עד גיל 24 *	25.79	החל מילד שלישי - חינוך		21-40	86.47	41-50	104.98	51-64	177.14	+65	356.02	גיל המבוטח	דמי הביטוח עבור פרק ביטוח השיניים	ילד עד גיל 24 *	20.41	החל מילד שלישי - חינוך		21-40	38.49	41-50	50.88	51-64	74.66	+65	102.98	עלות הביטוח
גיל המבוטח	דמי ביטוח עבור ביטוח בריאות																												
ילד עד גיל 24 *	25.79																												
החל מילד שלישי - חינוך																													
21-40	86.47																												
41-50	104.98																												
51-64	177.14																												
+65	356.02																												
גיל המבוטח	דמי הביטוח עבור פרק ביטוח השיניים																												
ילד עד גיל 24 *	20.41																												
החל מילד שלישי - חינוך																													
21-40	38.49																												
41-50	50.88																												
51-64	74.66																												
+65	102.98																												

רובד הרשות המורחב	ילד עד גיל 24	גיל 21 - 40	גיל 41 - 50	גיל 51 - 65	גיל 65 +
פרמיה חודשית עבור רובד רשות טיפול שיניים פרוטטיים	82.38	110.34	168.40	267.37	396.10
דמי הביטוח נקובים ב שו וצמודים למדד 12243 נק' אשר פורסם ביום 15.12.17 . <u>התאמת דמי הביטוח</u> : הפרמיה (דמי הביטוח) תעודכן בחלוף 36 חודשים ממועד תחילת ההסכם, בהתאם לתוצאות חישוב רווח והפסד שיבוצעו על פי התנאים הקבועים בהסכם הביטוח. בכל מקרה שיעור עדכון הפרמיה לא יעלה על 10% מהפרמיה החודשית האחרונה לגביה נערך החישוב.					
המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבטח בכל עת. לכיסויים על פי פרקים ד-יא' אין החזר פרמיה לתקופה שבה הייתה הפוליסה בתוקף. לכיסוי על פרק יב'- טיפולי שיניים משמר מורחב, חלות ההוראות המפורטות בסעיפים 4.2-4.6 בפרק 4.2.2 מבוטח שביטל פוליסה, יהיה חייב בהחזר כספי בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן: 4.2.1 המבוטח ביטל את הפוליסה במהלך שלוש השנים הראשונות ממועד צירופו לפוליסה זו לראשונה או במהלך תקופה המסתיימת בחלוף שלושת רבעי תקופת הביטוח שהוגדרה בפוליסה בעת צירופו לראשונה, לפי המוקדם מביניהם (להלן: "התקופה הקובעת"). לעניין זה, במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר (להלן: "חידוש פוליסה") שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה; במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה. 4.2.2 תנאי ביטול הפוליסה פורטו בתכנית הביטוח, בטופס הגילוי הנאות ובטופס ההצטרפות. 4.2.3 סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבוטח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבוטחים אחרים בפוליסה. 4.3 גובה ההחזר הכספי האמור בסעיף 4.2.1 לעיל, לא יעלה על הנמוך מבין ההפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת. לעניין חישוב גובה ההחזר הכספי יוגדרו - "סך תגמולי הביטוח" - סך תגמולי הביטוח ששילם המבטח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכח הפוליסה של המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בסעיף 4.2.1 לעיל, חישוב ההחזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבטח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבטח יכול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שייקבע בפוליסה שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח. "סך הפרמיות" - סך הפרמיות ששולמו בשל המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בסעיף 4.5.1 לעיל, הפרמיות לצורך חישוב ההחזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בגין סל					

הטיפול החדש בלבד. 4.4 במקרה של גירושין של עובד מבטח, יהיה זכאי העובד להודיע על הפסקת הביטוח עבור בן/בת זוגו. 4.5 מובהר ומוסכם בזאת, כי מבטח אשר פרש מהביטוח לא יוכל להצטרף לביטוח זה בעתיד עד לתום תקופת ההסכם הנוכחי ב- . 4.6 פוליסה לא תפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבטח בשל כיסויים אלה.	
---	--

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

לוח 2 – תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
השתלול מסלול 1 שיפוי	השתלול איברים, בסעיף 1.4 בפרק ד' לתנאי התוכנית.	השתלול שבוצעו בתיאום המבטח – ללא תקרה. השתלול שבוצעו על ידי נותן שירות שבהסכם (גם אם לא תואמו על ידי המבטח) – ללא תקרה. השתלול שבוצעו על ידי נותן שירות שלא בהסכם (אם לא תואמו על ידי המבטח) – עד 4,000,000 ₪.	אין
טיפולים מיוחדים בחו"ל	שיפוי לטיפול מיוחד בחו"ל העומד בתנאים הנקובים סעיף 1.6 בפרק ד' לתנאי התוכנית.	אם הטיפול המיוחד בוצע בתיאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים המפורטים בסעיף 3.3 להלן. במקרה של ביצוע הטיפול המיוחד לא בתיאום עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי הינו 1,000,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.	אין
כיסוי נוסף בעת ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל	הוצאות הערכה רפואית, הוצאות בגין טיפול רפואי, הוצאות השגת ושימור איבר להשתלה, הוצאות שהות בית חולים והוצאות אשפוז, הוצאות שימוש בלב מלאכותי, הוצאות הצוות המנתח וחדר ניתוח	בגין ההוצאות בפועל ועד תקרה כמפורט בסעיפים 3.3.1-3.3.6 לפרק ד' בצד כל הוצאה.	אין
הוצאות נלוות	הוצאות הטסת המבוטח ומלווה(במקרה של קטין יכוסה מלווה נוסף), הוצאות הטסה רפואית, הוצאות העברה יבשתית, הוצאות מגורים וכלכלה, הוצאות הנדרשות עבור המשך טיפול בחו"ל, הוצאות רפואיות הנדרשות עבור המשך טיפול בארץ, הוצאות הטסת גופה, הוצאות הבאת מומחה לישראל כתחליף לביצוע השתלה בחו"ל.	בגין ההוצאות בפועל ועד תקרה כמפורט בסעיפים 3.3.7-3.3.16 לפרק ד' בצד כל הוצאה.	אין
גמלת החלמה לאחר השתלה	לאחר ביצוע השתלה יהיה זכאי המבוטח לגמלה חודשית סעיף 3.4 לפרק ד'.	4,500 ₪ למשך תקופה של 24 חודשים ממועד ביצוע השתלה	אין

אין	מבוטח שבמועד ביצוע הטיפול גילו מעל 21 שנים יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 3,500 ₪ לחודש לתקופה מרבית בת 6 חודשים. מבוטח שבמועד ביצוע הטיפול טרם מלאו לו 21 שנים, יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 1,750 ₪ לחודש לתקופה מרבית בת 6 חודשים.	לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל יהיה זכאי המבוטח לגמלה חודשית סעיף 3.4.4 לפרק ד'.	גמלת החלמה לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל
אין	350,000 ₪	פיצוי חד פעמי לפני ביצוע השתלה סעיף 3.1.2 לפרק ד'	השתלות מסלול 2 פיצוי
השתתפות עצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
אין למעט כמפורט בסעיף 2.1.2.3	ניתוח שתואם עם המבטח – שיפוי מלא של עלות שירותי ניתוח ואשפוז. ניתוח אשר לא תואם מראש עם המבטח בשיעור ההוצאה בפועל ועד 1,200,000 ₪ בגין שירותי ניתוח ואשפוז, שירותי אמבולנס לבתי חולים ובין בתי חולים, שכר יעוץ עם המנתח לאחר שובו של המבוטח לישראל בשיעור 80% ועד 2,500 ₪ להתייעצות אחת בלבד. טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל ואושר מראש ותואם עם המבטח - המבטח ישפה את המבוטח במלוא עלות שירותי ניתוח ואשפוז. טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל ואשר לא אושר ותואם מראש עם המבטח - השיפוי המרבי בגין הטיפול ו/או סדרת טיפולים, יהיה בשיעור 200% מעלות ביצוע ניתוח, כמצוין באתר האינטרנט של המבטח, אותו בא הטיפול המחליף ניתוח להחליף, אם היה מבוצע בישראל. עלות טיפול מחליף ניתוח יכלול את ההוצאות הבאות: שכר נותן הטיפול המחליף ניתוח. הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים בבית חולים או במרפאה. הוצאות אשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המחליף ניתוח, עד לתקרה של 30 ימי אשפוז.	שיפוי לניתוח בחו"ל העומד בתנאים הנקובים סעיף 2.1 בפרק ה' לתנאי התוכנית. שיפוי לטיפול מחליף ניתוח בחו"ל העומד בתנאים הנקובים סעיף 2.2 בפרק ה' לתנאי התוכנית.	ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
אין	בגין ההוצאות בפועל ועד תקרה כמפורט בסעיפים 3.1-3.5 לפרק ה' בצד כל הוצאה.	כיסוי להוצאות הטסה, כיסוי להוצאות הטסה רפואית, כיסוי להוצאות שהייה של	הוצאות נוספות הכרוכות בביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח

		מלווה, כיסוי להוצאות שהייה של המבוטח לאחר ניתוח, כיסוי להוצאות הטסת גופה.	בחול"ל
השתתפות עצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
המבוטח ישא בהשתתפות עצמית בסך 250 ₪ בגין כל מרשם. ההשתתפות העצמית תהיה עבור שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מההשתתפות העצמית. למרות האמור, בנסיבות בהן זכאי המבוטח להשתתפות השב"ן בעלות הטיפול תרופתי, יישא המבוטח ביתרת עלות התרופה, ללא השתתפות העצמית. אם עלות מנה חודשית של תרופה תעלה מעל 5,000 ₪, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית. המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיה.	הסכום המרבי אותו ישלם המבוטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח המנויים בסעיפים 2.1-2.4, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, יהיה בסך 4,000,000 ₪ עבור כל מקרי הביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח. הסכום המרבי אותו ישלם המבוטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח המנויים בסעיפים 2.5.1-2.5.6, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, יהיה בסך 800,000 ₪ עבור כל מקרי הביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח.	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 תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואינן כלולות ברשימת התרופות המאושרות אך ההתוויה הנדרשת אושרה על ידי הרשויות המוסמכות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי נספח זה, או תרופות LABAL OFF או תרופות יתום כהגדרתן בנספח זה. בנוסף יכוסו תרופות מיוחדות כהגדרתם בסעיף 2.5 לפרק ו' בפוליסה.	תרופות שלא בסל הבריאות
השתתפות עצמית בגובה של 20%	עד 1,000 ₪ לכל חודש, ולתקופה מרבית בת 36 חודשים ממועד גילוי המחלה.	עלות תוספי מזון ויטמינים ומינרלים הניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי לטיפול במחלת הסרטן שהתגלתה במהלך תקופת הביטוח	תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן
השתתפות עצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
השתתפות עצמית בגובה של 20%	בקורות מקרה הביטוח יהיה המבוטח זכאי להחזר הוצאות רפואיות כמפורט בסעיף 4 לפרק ז' עד 100,000 ₪ לכל מקרי הביטוח גם יחד.	החזר הוצאות רפואיות בקורות מחלה קשה או אירוע רפואי חמור מתוך רשימה של 35 מחלות	כיסוי הוצאות רפואיות מיוחדות במקרה גילוי מחלה קשה

	עבור תוספי מזון וויטמינים, או עבור שימוש בקנאביס רפואי, על פי הוראת רופא מומחה בלבד ישתתף המבטח בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 400 ₪ בחודש.	ואירועים רפואיים המופיעים בפוליסה .	
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
בדיקות אבחוניות והתייעצות עם מומחים	בדיקות אבחוניות שביצע המבוטח	עבור ההוצאות הממשיות כמפורט בסעיף 1.2 לפרק ח' בגין בדיקות אבחנתיות .	השתתפות עצמית בשיעור של 20% מהעלות או 150 ₪ לכל בדיקה, לפי הגבוה מביניהם.
	חוות דעת נוספת	עד 800 ₪ עבור חוות דעת נוספת מאת רדילוג מומחה	השתתפות עצמית בגובה של 20%
בדיקות סקר לעובדים מעל גיל 40	ביצוע בדיקת סקר תקופתית (בדיקת סקר נהלים), כמפורט בסעיף 3 לפרק ח'	עד לסך של 500 ₪ הזכאות הינה אחת בכל 2 שנות ביטוח.	השתתפות עצמית בגובה של 30%
אבחון מהיר	החזר הוצאות תהליך אבחון במסגרת שירות אבחון מהיר אצל ספק שבהסכם עם החברה, פעם אחת בשנת ביטוח	עבור תהליך אבחון בסיסי (תוך 3 ימי עסקים)	בכפוף להשתתפות עצמית 180 ₪
		עבור תהליך אבחון מקיף (תוך 7 ימי עסקים)	בכפוף להשתתפות עצמית 380 ₪
בדיקות אבחוניות והתייעצות עם מומחים	התייעצות עם רופא מומחה	עד 1,000 ₪ לכל התייעצות. ועד שלוש התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת	השתתפות עצמית בגובה של 20%
	חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אישפוז	עלות חוות דעת שניה, פעם אחת בכל אישפוז, ועד 2,500 ₪	השתתפות עצמית בגובה של 20%
	חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל	בגין התייעצות בפועל אך לא יותר מ- 7,000 ₪ בכל תקופת הביטוח.	השתתפות עצמית בגובה של 20%
		במקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבוטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה המבטח את המבוטח בסכום של עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה, וסכום של 1,000 ₪ לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.	אין
שירות רופא מלווה	עלות עבור שירותי "רופא מלווה" שירות רופא מלווה יכלול לפחות 2 פגישות יעוץ פרונטליות עם הרופא המלווה במהלך 3 חודשים מתחילת השירות.	עד 2,500 ₪ , פעם אחת בתקופת הביטוח.	השתתפות עצמית בגובה של 20%
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח - משלים שב"ן	בקורות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי שמעבר למלוא הזכויות	בוצע הניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות נותן שרות אשר בהסכם עם השב"ן, והמבוטח נדרש לשלם	כמפורט בסעיף 4.2 לפרק ט'

	המוקנות לו במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, עבור ניתוחים פרטיים בישראל" ובלבד שבוצע באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. כמפורט בסעיף 3 לפרק ט' לפוליסה .	במישרין השתתפות עצמית לנותן השירות, ישלם המבטח למבטח או לנותן השירות, לפי העניין את מלוא סכום השתתפות העצמית כאמור. במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות: אם תביעתו לתוכנית השב"ן נדחתה מכיוון שנותן השירות (רופא המנתח, בית החולים, ספק האביזרים המושגים) אינו בהסדר תשלומים אם השב"ן. נשללה זכאותו של המבטח לתגמולים מאת השב"ן מפני שבמועד קרות מקרה נמצא בתקופת אכשרה. המבטח אינו חבר בשב"ן במועד קרות מקרה הביטוח, לרבות בשל פיגור או אי תשלום דמי חבר. המבטח בחר לא לפנות לשב"ן למיצוי זכאותו מסיבה כלשהי. המבטח הינו חייל בשירות סדיר. המבטח יישא בהשתתפות בשיעור 20% מעלות הניתוח כקבוע באתר האינטרנט של המבטח לגבי אותו סוג ניתוח, ולא יותר מסך של 3,000 ₪, עבור שירותי האשפוז והניתוח, לכל ניתוח בכפוף לאמור להלן: אם הניתוח יבוצע אצל נותן שירות בהסכם עם המבטח, ישלם המבטח את ההשתתפות העצמית ישירות לנותן השירות. אם הניתוח יבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם, והמבטח רשאי להפעיל תכנית ביטוח ניתוחים המקנה החזר עבור ביצוע ניתוח, תנוכה ההשתתפות העצמית מההחזר לו זכאי המבטח מאת המבטח בגין אותו ניתוח, בהתאם לנקוב בטבלת ההחזרים.
ברות ביטוח לביטוח ניתוחים משקל ראשון	במקרה של סיום חברות בתכנית השב"ן, מבלי שהמבטח חידש את חברותו או לא הצטרף לתכנית שב"ן בקופה אחרת, או נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן, זכאי המבטח לרצף ביטוחי	מבטח אשר הצטרף לביטוח ניתוחים במסלול "משלים שב"ן" על פי פרק זה, ובמועד הצטרפותו היה חבר בתכנית שב"ן, ובמהלך תקופת הביטוח הסתיימה חברותו בשב"ן מסיבה כלשהי, והמבטח לא חידש חברותו באותה תכנית שב"ן או לא הצטרף לתכנית שב"ן אחרת, יהיה

להצטרף לכיסוי ביטוחי לניתוחים "מהשקל הראשון".	זכאי לרכוש פוליסה לניתוחים פרטית מ"השקל הראשון". ההצטרפות לפוליסה מ"השקל הראשון" תהיה ברצף ביטוחי מלא. 5.2 מובהר ומוצהר כי הזכאות להצטרף לפוליסה מ"השקל הראשון" מותנית בכך שהוגשה בקשת הצטרפות תוך 60 יום ממועד סיום החברות בשב"ן, כפי שמצוין בהודעת הביטול שנשלחה למבוטח ע"י השב"ן, ובתנאי שמקרה הביטוח טרם אירע. לאחר 60 יום ממועד סיום החברות בשב"ן יוכל המבוטח להצטרף לפוליסה פרטית מ"השקל הראשון" בכפוף למילוי הצהרת בריאות ואישור מפורש מאת המבטח על קבלתו לביטוח. הביטוח על פי הפוליסה מ"השקל הראשון" יכנס לתוקפו במועד בו הסתיימה החברות בשב"ן. 5.3 דמי הביטוח החודשיים עבור פוליסה מ"השקל הראשון" הינם כמקובל אצל המבטח באותה עת לכלל המועדים לביטוח.		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
שירותים אמבולטוריים נוספים השתתפות בעלות עבור השירותים הרפואיים המפורטים להלן, לפני ו/או במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח	שכר אח/אחות פרטית	עד 550 ₪ לכל יום אשפוז, מהיום שלאחר יום ביצוע הניתוח, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז	אין
		שירותי אח/אחות מוסמכת לטיפול במבוטח בביתו לאחר השחרור מבית החולים עד 200 ₪ ליום, לתקופה מרבית בת 30 יום, שתחילתה במועד השחרור מבית החולים.	השתתפות עצמית בגובה של 20%
	עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי בישראל	העברתו של המבוטח לבית החולים וממנו בקשר עם ביצוע הניתוח, לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום, או לפי התעריף הנהוג לגבי טיסות פנים ארציות בחברת תעופה סדירה.	אין
	טיפול שיקומי בעת אשפוז	שירותי פיזיותרפיה ושיקום שניתנו למבוטח בעת אשפוז בבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, עד 320 ₪ לכל יום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז.	אין
החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, בבית החלמה מוכר		בוצעו במבוטח ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח גב או השתלה או ניתוח אחר אשר כתוצאה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה של 3 ימי אשפוז מלאים ורצופים, או לאחר	השתתפות עצמית בגובה של 20%

	אירוע לב, או אירוע רפואי אחר שבגיניו אושפז לתקופה של 7 ימי אשפוז מלאים ורצופים.		
השתתפות עצמית בגובה של 20%	עבור טיפול פיזיותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבוטח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח שלא במסגרת אשפוז בשיעור ועד 200 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים.	טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום לאחר ניתוח	
השתתפות עצמית בגובה של 20%	הוצאות בגין התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח, עבור כל חודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים, עד לסכום מרבי של 200 ₪ לחודש.	התעמלות שיקומית לאחר ניתוח	
אין	סיוע בביצוע אחד מפעולות ה A.D.L על פי הערכה תפקודית שבוצעה ביום השחרור מבית החולים או בבית המבוטח ע"י גורם מוסמך מקופת החולים, יהיה זכאי להשתתפות המבטח בסכום של 200 ₪ לכל יום עבור שרותי סיוע או טיפול סיעודי, ולתקופה מרבית בת 60 ימים שתחילתה במועד השחרור מבית החולים.	סיוע וטיפול סיעודי לאחר ניתוח	
אין	מבוטח שגילו נמוך מ 65 שנים שאושפז בבית חולים לתקופה רציפה של 4 ימים יהיה זכאי לפיצוי עבור כל יום אשפוז, החל מיום האשפוז החמישי ולמשך 4 ימי אשפוז לכל היותר, בסך של 250 ₪. למרות האמור לעיל, עובד פעיל אצל בעל הפוליסה יהיה זכאי לפיצוי ללא הגבלת גיל. עד 2 תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.	פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה.	
השתתפות עצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
השתתפות עצמית בגובה של 20%	אם הטיפול בוצע במכון של קופת חולים, ונדרש מהמבוטח לשלם השתתפות עצמית, סכום השיפוי המרבי שישולם עד לסכום של 108 ₪ לטיפול או התייעצות שבוצעה במהלך תקופת הביטוח. המבוטח יהיה זכאי לעד 16 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח.	רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי	שירותים רפואיים נוספים

השתתפות עצמית בגובה של 40%	אם הטיפול בוצע אצל מטפל או מכון שאינו קשור לקופת חולים, סכום השיפוי המרבי שישולם עד לסכום של 108 ש"ח, לטיפול או התייעצות שבוצעו במהלך תקופת הביטוח. המבוטח יהיה זכאי לעד 12 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח.		
כמפורט בסעיף 3 לפרק יא'	עד לסך של 4,000 ש"ח לכל תקופת הביטוח. מובהר כי הזכאות להשתתפות המבטח עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים, וסכום ההחזר לא יעלה על 400 ש"ח בכל פעם.	אביזרים רפואיים	
כמפורט בסעיף 3 לפרק יא'	עד 180 ש"ח לכל טיפול, ועד 18 טיפולים לכל תקופת הביטוח.	יעוץ פסיכולוגי	
כמפורט בסעיף 3 לפרק יא'	עד לסך של 160 ש"ח לחודש, לתקופה מרבית בת 24 חודשים.	מנוי למשדר קרדיוולוגי	
כמפורט בסעיף 3 לפרק יא'	עד 320 ש"ח לכל יום, החל מהיום שלאחר יום האשפוז ולמשך תקופה מרבית בת 14 ימים. מבטח שגילו בעת קרות מקרה הביטוח מתחת ל- 18 שנים, עד 200 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מהיום שלאחר יום האשפוז ולתקופה מרבית בת 14 ימים.	שמירת אחות ופיצוי באשפוז (לא ניתוח)	
כמפורט בסעיף 3 לפרק יא'	טיפול פיזיותרפי ו/או ריפוי בעיסוק: לא יותר מ- 180 ש"ח לכל לטיפול ולא יותר מ- 12 טיפולים בכל שנת ביטוח.	טיפול שיקום (שלא לאחר ניתוח)	
השתתפות עצמית בגובה של 20%	שיקום דיבור עד סך מרבי של 180 ש"ח לכל טיפול, ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.		
כמפורט בסעיף 3 לפרק יא'	התעמלות שיקומית לאחר אירוע רפואי עד לסכום מרבי של 180 ש"ח לחודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים המסתיימת לכל המאוחר בתום 18 חודשים ממועד האירוע.		
השתתפות עצמית בגובה של 20%	התייעצות עם רופא שיקומי עד 1,000 ש"ח לכל התייעצות פעם אחת בכל שנת ביטוח.		
כמפורט בסעיף 3 לפרק יא'	פיצוי בגין היעדרות מלימודים כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, עד סך של 200 ש"ח ליום לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה- 21 להיעדרות ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי).	כיסוי מיוחד לילדים	

	בעיות הרטבה לילדים עד לסכום מרבי של 700 ₪ לטיפול. אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה השתתפות בהוצאות אבחון עד לסכום של 1,200 ₪ פעם אחת בתקופת הביטוח. השתתפות אחת נוספת ועד לסך של 1,200 ₪, עבור אבחון נוסף, ובתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה, והילד מטופל תרופתית. טיפול בבעיות התפתחות בילדים השתתפות עבור טיפול בבעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה עד 180 ₪ לטיפול, ולא יותר מ- 30 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.		
כמפורט בסעיף 3 לפרק יא'	בדיקות גנטיות במקרים בהם הבדיקה אינה ממומנת ע"י הסל הבסיסי או משרד הבריאות. עד 1,200 ₪, פעם אחת בתקופת הביטוח. בדיקות לנשים בהריון עד 4,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון. במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 5,000 ₪ לכל הריון. טיפול פוריות עד לסכום של 10,000 ₪ לכלל הניסיונות להרות (כל הטיפולים עד היוולדו של תינוק), עבור כל הריון, עד הולדת ילד ראשון ו/או שני ו/או שלישי בלבד. אם בוצע הטיפול בחו"ל, חבות המבטח תהיה עד לסכום של 20,000 ₪. המבוטחת תהיה זכאית לטיפול אחד בחו"ל בכל תקופת הביטוח.	בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות	
כמפורט בסעיף 3 לפרק יא'	מלוא העלויות הכרוכות בביצוע טיפול או סדרת טיפולים באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות, לרבות שכר מבצע הטיפול, הוצאות חדר ניתוח/טיפול, הוצאות אשפוז וכל הוצאה אחרת הדרושה לביצוע הטיפול. חבות המבטח עבור טיפול רפואי שבוצע באמצעות טכנולוגיות מתקדמות בחו"ל לא יעלה על 200,000 ₪.	טיפולים בטכנולוגיה מתקדמת	

אין	עלויות הכרוכות בטיפול להקלה בכאב עד לסך מצטבר של 20,000 ₪ בכל תקופת הביטוח.	טיפולים לריפוי או הקלה בכאב	
אין	הוצאות עבור טיפולים בחמצן בעל לחץ עד ל- 30 טיפולים במהלך כל תקופת הביטוח, ועד 350 ₪ לכל טיפול	טיפולים בתא לחץ	
אין	התייעצויות אחת עם מנתח המבצע את הטיפול הכירורגי, והתייעצות נוספת לאחר ביצוע הטיפול הכירורגי. הוצאות שכר מנתח מבצע הטיפול הכירורגי. הוצאות ביצוע הטיפול בבית חולים או במרפאה כירורגית ובכלל זה הוצאות אשפוז לצורך ביצוע הטיפול הכירורגי, כל ההוצאות הכרוכות בביצוע הטיפול הכירורגי, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הטיפול והאשפוז, ובדיקות שבוצעו כחלק מהטיפול הכירורגי.	טיפול למטרות קוסמטיות כתוצאה מתאונה	
השתתפות עצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
כמפורט בפרק יב' בטבלת הטיפולים א'-ג' המצורפת	כמפורט בסעיף 2 לפרק יב' ובטבלת הטיפולים א'-ג' המצורפת	כיסוי לטיפולים משמרים, טיפולים כירורגיים וטיפולים וניתוחי חניכיים המפורטים בפרק יב' לפוליסה.	טיפול שניני
רובד רשות מורחב			
השתתפות עצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
כמפורט בפרק יג' בטבלת הטיפולים ד'-ה' המצורפת	כמפורט בסעיף 2 לפרק יג' ובטבלת הטיפולים ד'-ה' המצורפת	כיסוי לטיפולים פרוטטיים לשיקום הפה ואורטודנטיה המפורטים בפרק יג' לפוליסה.	טיפול שניני

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים

ביטוח בריאות לעובדי אינטל ישראל ובני משפחותיהם

שאלות ותשובות בנושא תביעות בריאות

- בעת הצורך בהגשת תביעה למי עליי לפנות?
יש לפנות לסוכנות מבטח סיימון אל מרכז שירות לקוחות, בטלפון: 03-7966820 | פקס מס' 03-7976821
בימים א-ה בין השעות 8:30-16:00

אתר בריאות ייעודי לעובדי אינטל ישראל :

כתובת האתר: www.mvs.co.il/health | סיסמא: intelmedic

באתר ניתן למצוא את כל המידע בנוגע לביטוח הבריאות שלך כגון:

- ✓ הצטרפות לביטוח
 - ✓ תמצית הכיסויים והפוליסה המלאה
 - ✓ הגשת תביעה און ליין
 - ✓ עזיבת עבודה
 - ✓ פרטי התקשרות עם הסוכנות
 - ✓ אנשי הקשר בשעת חירום
- לנוחיותך, קיימים טפסי תביעה באתר.**

דואר- מבטח סיימון מרכז שירות לקוחות – אגף הבריאות היצירה 2 קריית אריה פתח תקווה.

- כיצד אני יודע אם הרופא שבחרתי בהסכם?
רשימת רופאי ההסכם שלנו, הכוללת את מיטב המנתחים, נמצאת באתר האינטרנט, ניתן להיעזר במנגנון החיפוש שבאתר בחירת מנתח. כתובת אתר:
https://www.migdal.co.il/He/insurance/HealthInsur/Pages/Doctor_Intel.aspx
- מה עליי לעשות בעת הצורך בביצוע ניתוח באופן פרטי באמצעות ספק הסדר?
לצורך בחירת רופא מנתח מתוך רשימת רופאי ההסכם שלנו, הכוללת את מיטב המנתחים, ניתן להיעזר במנגנון החיפוש שבאתר בחירת מנתח. אם הנך מתקשה בבחירת מנתח, או אם יש לך שאלות, תוכל להתייעץ במוקד שרות הלקוחות. לאחר שבחרת רופא מנתח, על הרופא למלא ולהעביר אלינו באמצעות מייל או הפקס את טופס בקשה לאישור ולתיאום ניתוח.
- האם קיים החזר / כיסוי במקרה של ביצוע ניתוח אצל רופא שאינו ספק הסדר?
בגין ניתוחים המבוצעים על ידי מנתח / ביח' שאינו בהסכם, **לא יינתן כל החזר או שיפוי** – הכיסוי לניתוחים בישראל הינו לספקי הסדר בלבד, ולשם כך יש לפנות לביצוע הניתוח מראש לקבלת התחייבויות עבור רופא ו/או מנתח / בי"ח שנמצא בהסכם עם חברתנו בלבד, לא יינתן החזר על מרדים פרטי (שלא במסגרת ההתחייבות).

הנחיות כלליות-

- בכל מקרה מומלץ לפנות לסוכנות מבטח סיימון לקבלת הנחיות וליווי תהליך התביעה.
- טרם ביצוע הניתוח עליך לפנות לשב"ן למיצוי זכאותך.
- בגין ביצוע ניתוח על חשבון קופת החולים (שב"ן-שירותי בריאות נוספים), תידרש לשלם לקופת החולים השתתפות עצמית. אם המנתח ובית החולים בהסכם עם חברת הביטוח, לאחר הניתוח המבטח ישפה בגין ההשתתפות העצמית במלואה.
- **אם בוצע ניתוח ע"י נותני שירות שאינו בהסכם (מנתח ולא בית חולים) עם המבטח לא יינתן כל החזר.**

- במקרה של ניתוח, האם עליי לשלם השתתפות עצמית ובאילו מצבים?
במסגרת תוכנית הביטוח, במקרה של ניתוח בישראל יתכנו מצבים בהם נדרש לשלם השתתפות עצמית בגין הניתוח:
- אם תביעתך לתוכנית השב"ן בקופת החולים נדחתה מכיוון שנותן השרות שבחרת (רופא המנתח, בית החולים, ספק האביזרים המושגלים) אינו בהסדר תשלומים עם השב"ן.
- אינך זכאי/ת לתגמולים מאת השב"ן מפני שבמועד קרות מקרה הינך בתקופת אכשרה בתוכנית השב"ן.
- אינך חבר/ה בשב"ן במועד קרות מקרה הביטוח, לרבות בשל פיגור או אי תשלום דמי חבר.
- בחרת שלא לפנות לשב"ן למיצוי הזכאות מסיבה כלשהי.
- המבוטח/ת הינו/ה חייל/ת בשירות סדיר.

המבוטח יישא בהשתתפות בשיעור 20% מעלות הניתוח כקבוע באתר האינטרנט של המבטח לגבי אותו סוג ניתוח, ולא יותר מסך של 3,000 ₪, עבור שירותי האשפוז והניתוח, לכל ניתוח.

- מה עליי לשעות בעת הצורך בביצוע ניתוח בחו"ל?
בכל מקרה מומלץ לפנות לסוכנות מבטח סיימון לקבלת הנחיות וליווי תהליך התביעה. עליך למלא ולהעביר אלינו באמצעות מייל או פקס או דואר את טופס בקשה לאישור ולתיאום ניתוח, כמו כן יש לצרף מסמכים רפואיים המפרטים מהו הניתוח המבוקש ובאיזה מרכז רפואי בחו"ל מבוקש לבצעו + מכתב הזמנה מבי"ח בחו"ל לביצוע הניתוח והערכת המחיר.
ניתן למצוא את הטפסים הנדרשים באתר הבריאות הייעודי לעובדי אינטל ישראל
- מה עליי לעשות במקרה של צורך בנטילת תרופה שאינה בסל הבריאות?
בכל מקרה מומלץ לפנות לסוכנות מבטח סיימון לקבלת הנחיות וליווי תהליך התביעה. עליך למלא ולהעביר אלינו באמצעות מייל או פקס או דואר את טופס התביעה להחזר הוצאות תרופות (ניתן להוריד מהאתר), כמו כן עליך לצרף מכתב מרופא עם אבחנה רפואית והמלצה על

התרופה מרשם רפואי חודשי וכן מכתב דחייה מקופ"ח . במקרה של החזר הוצאות יש לצרף העתק קבלה + הצהרה לעניין קבלה סעיף ה' בטופס התביעה בגין רכישת התרופות.
ניתן למצוא את הטפסים הנדרשים באתר הבריאות הייעודי לעובדי אינטל ישראל

• מה עליי לעשות בעת הגשת תביעה בנושא שירותים אמבולטוריים?

בכל מקרה מומלץ לפנות לסוכנות מבטח סיימון לקבלת הנחיות וליווי תהליך התביעה.
עליך למלא ולהעביר אלינו באמצעות מייל או פקס או דואר טופס תביעה להחזר הוצאות שירותים אמבולטוריים (ניתן להוריד מהאתר) . כמו כן יש לצרף העתק קבלה + הצהרה לעניין קבלה סעיף ה' בטופס התביעה
ניתן למצוא את הטפסים הנדרשים באתר הבריאות הייעודי לעובדי אינטל ישראל

• מה עליי לעשות בעת הצורך בתביעה להשתלה?

בכל מקרה מומלץ לפנות לסוכנות מבטח סיימון לקבלת הנחיות וליווי תהליך התביעה.
על פי הפוליסה, הנך מחויב לפנות אלינו בטרם ביצוע ההשתלה ואף בטרם יצירת קשר עם גורם כלשהו בחו"ל, שכן פניה כאמור היא תנאי לזכאותך על פי הפוליסה .
לאחר הפניה, כאמור, בשלב הראשון עליך למלא ולהעביר אלינו באמצעות הדואר או המייל את טופס בקשה לאישור ולתיאום ההשתלה כמו כן יש לצרף מסמכים רפואיים המפרטים מהי ההשתלה ובאיזה מרכז רפואי בחו"ל מבוקש לבצעם .

אינטל מדיק 01.08.2021

נוהל הגשת תביעה

ניתוחים בארץ- פוליסה אחידה משלים שב"ן:

בעת היוודע הצורך בניתוח עליך לפנות לשב"ן במסגרתו הינך חבר לצורך מיצוי זכאותך.

לצורך בחירת רופא מנתח מתוך רשימת רופאי ההסכם שלנו, הכוללת את מיטב המנתחים, תוכל להיעזר במנגנון החיפוש שבאתר בחירת מנתח. אם הינך מתקשה בבחירת מנתח, או אם יש לך שאלות, תוכל להתייעץ עם מוקד שרות הלקוחות- 03-7966820. לאחר שבחרת רופא מנתח, עליך למלא ולהעביר אלינו באמצעות מייל thmvs@mvs.co.il או באמצעות פקס 03-7976821 או באמצעות הדואר- מבטח סימון מרכז שירות לקוחות – אגף הבריאות היצירה 2 קריית אריה פתח תקווה את טופס תביעה לאישור ניתוח עתידי ממולא ע"י הרופא המטפל.

הכיסוי ניתן בהתאם לאמור לפי תנאי פוליסה אחידה- ניתוח יאושר בכפוף לפניה מראש וקבלת התחייבויות לפני ביצוע הניתוח ע"י מנתח ובית החולים שנמצאים עמנו בהסכם בלבד. למען הסר ספק בכיסוי לניתוחים בישראל ניתן יהיה לקבל כיסוי רק במידה והמנתח ובית החולים נמצאים בהסכם עם חברתנו.

ניתוחים בחו"ל

במקרה של ניתוח בחו"ל, על פי תנאי הפוליסה הינך מחויב לפנות אלינו בטרם ביצוע הניתוח, שכן פניה כאמור מהווה תנאי לזכאותך על פי תנאי הפוליסה. עליך למלא ולהעביר אלינו באמצעות פקס 03-7976821 או באמצעות המייל thmvs@mvs.co.il את טופס תביעה לאישור ניתוח בחו"ל, כמו כן יש לצרף, מסמכים רפואיים המפרטים מהו הניתוח המבוקש ובאיזה מרכז רפואי בחו"ל מבוקש לבצעו ומכתב הזמנה מבי"ח בחו"ל לביצוע הניתוח והערכת מחיר.

השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

במקרה של השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, על פי הפוליסה, הנך מחויב לפנות אלינו בטרם ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, שכן פניה כאמור היא תנאי לזכאותך על פי הפוליסה.

לאחר הפניה, כאמור, עליך למלא ולהעביר אלינו באמצעות מייל thmvs@mvs.co.il או באמצעות פקס 03-7976821 או באמצעות הדואר - מבטח סימון מרכז שירות לקוחות – אגף הבריאות היצירה 2 קריית אריה פתח תקווה. את טופס תביעה לאישור ותאום השתלה / טיפול מיוחד בחו"ל, כמו כן יש לצרף, מסמכים רפואיים המפרטים מהי ההשתלה/מהו הטיפול המיוחד ובאיזה מרכז רפואי בחו"ל מבוקש לבצעו, ובמקרה של טיפול מיוחד יש לצרף בנוסף חוות דעת של מומחה בתחום הרלבנטי הקובע כי הניתוח/טיפול עונה להגדרת "טיפול מיוחד בחו"ל" בפוליסה שברשותך.

תרופות

במקרה של תביעה לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, עליך להעביר אלינו באמצעות הדואר או באמצעות הפקס 03-7976821 או באמצעות המייל, thmvs@mvs.co.il, מכתב מרופא מטפל על הצורך בנטילת התרופה + מרשם רפואי חודשי .

במקרה של החזר הוצאות יש לצרף צילום קבלה יחד עם טופס תביעה מלא וחתום בסעיף ה' "הצהרה לעניין קבלות מקוריות" בגין רכישת התרופות ומכתב מרופא מטפל על הצורך בנטילת התרופה.

אמבולטורי

במקרה של תביעה בנושא אמבולטורי, עליך למלא טופס תביעה להחזר הוצאות רפואיות + צילום קבלה יחד עם טופס תביעה מלא וחתום בסעיף ה' "הצהרה לעניין קבלות מקוריות" עבור השירות שניתן, במקרה של תביעה לכיסוי טיפולים על פי הפרק, יש לצרף מכתב מרופא ובו הפניה לטיפולים. בתביעת רפואה משלימה נא לצרף תעודת הסמכה רלוונטית של המטפל, ואישור על תאריכי הטיפול שבוצעו בפועל.

אינטל מדיק 2021

בריאות - נוהל הגשת תביעה איך לנהוג במקרה תביעה

אלטרנטיבה לבעלי שב"ן	נוהל הגשת התביעה	גורם מטפל	סוג הכיסוי
	פנייה לנציגי השרות	נציגי השרות מבטח סיימון	ניתוחים, השתלות, תרופות
ניתן להגדיל את סכום ההחזר ע"י העברת התביעה לקופת החולים ורק לאחר מכן לפוליסת אינטל מדיק ההחזר יהיה 80% מהיתרה לתשלום. <u>יש להעביר לסוכנות הביטוח:</u> • צילום קבלה • מכתב מהרופא שמציין מה הבעיה הרפואית • אסמכתא לקבלת ההחזר מקופת חולים • צילום המחאה	טופס תביעה העתק קבלה + הצהרה לעניין קבלה סעיף ה' בטופס התביעה. סיכום יעוץ המפרט בקצרה את הבעיה הרפואית	נציגי השרות מבטח סיימון	יעוץ אצל רופא מומחה
ניתן להגדיל את סכום ההחזר ע"י העברת התביעה לקופת החולים ורק לאחר מכן לפוליסת אינטל מדיק ההחזר יהיה 80% מהיתרה לתשלום. <u>יש להעביר לסוכנות הביטוח:</u> • צילום קבלה • אסמכתא לקבלת ההחזר מקופת חולים • צילום המחאה	טופס תביעה העתק קבלה + הצהרה לעניין קבלה סעיף ה' בטופס התביעה	נציגי השרות מבטח סיימון	בדיקות הריון
ניתן להגדיל את סכום ההחזר ע"י העברת התביעה לקופת החולים ורק לאחר	טופס תביעה הפניה מרופא	נציגי השרות מבטח סיימון	בדיקות אבחנתיות

מכן לפוליסת אינטל מדיק . ההחזר יהיה 80% מהיתרה לתשלום. <u>יש להעביר לסוכנות הביטוח:</u> • צילום קבלה • הפניה לבדיקה • תוצאות הבדיקה • אסמכתא לקבלת ההחזר מקופת חולים • מסמך הצהרה שחותם המטפל • צילום המחאה	תוצאות הבדיקה		
	במידה והטיפול בוצע במכון של קופת חולים ונדרש מהמבוטח ה.ע. ההחזר בסך 80% מההוצאה בפועל ועד 108 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לשנת ביטוח באם בוצע הטיפול אצל מטפל או מכון שאינו קשור לקופ"ח ההחזר בסך 60% ועד 108 ₪ לטיפול עד ל-12 טיפולים לשנת ביטוח <u>יש להעביר לסוכנות הביטוח:</u>	נציגי שירות מבטח סימון יקבלו את פניית המבוטח ויתנו הייעוץ. יימסר נוהל הגשת תביעה	רפואה משלימה

	טופס תביעה דוח טיפולים העתק קבלה + הצהרה לעניין קבלה סעיף ה' בטופס התביעה אישור על הבעיה הרפואית בגינה מתבקש הטיפול מאת רופא שהבעיה הרפואית בתחום מומחיותו, תעודת הסמכה		
	טופס תביעה העתק קבלה + הצהרה לעניין קבלה סעיף ה' בטופס התביעה	נציגי שירות מבטח סימון	טיפולים פסיכולוגים
ניתן להגדיל את סכום ההחזר ע"י העברת התביעה לקופת החולים ורק לאחר מכן לאינטל מדיק. ההחזר יהיה 80% מהיתרה לתשלום. <u>יש להעביר לסוכנות הביטוח:</u> • צילום קבלה • הפניה לטיפול מרופא מטפל • אסמכתא לקבלת ההחזר מקופת חולים • צילום המחאה	טופס תביעה הפניה מרופא מטפל העתק קבלה + הצהרה לעניין קבלה סעיף ה' בטופס התביעה	נציגי השרות מבטח סיימון	פזיותרפיה

המטפל חייב להיות פיזיותרפיסט מוסמך. (במידה ולא מצוין על גבי הקבלה, יש לדרוש תעודת הסמכה)			
--	--	--	--

אופן הגשת תביעות בתכנית ביטוח שיניים קבוצתי לעובדי אינטל ישראל

לפניך הסבר על אופן הגשת תביעות במסגרת תכנית השתתפות בטיפול שיניים של אינטל מדיק, ודגשים עיקריים בפוליסה.

מידע כללי :

בהיודע לך על צורך בשירות רפואי כלשהו המכוסה על פי הפוליסה עליך לפנות למוקד תביעות לעובדי אינטל מדיק בטלפון: 076-8867900 המוקד פעיל בימים א' - ה' בין השעות 08:00-16:30 במקרים דחופים לאחר שעות העבודה, ניתן לפנות למוקד רפואי בטלפון 073-2049169 מוקד החירום פעיל בימים א'-ה' מהשעה 17:00 בערב ועד השעה 8:00 למחרת, ובימי שישי, שבת וחגים - 24 שעות ביממה.
בכל פניה למוקד שרות הטלפוני יש להזדהות כמבוטחי אינטל מדיק .
*עזרה ראשונה בשעות הלילה שלאחר תום העבודה או בימי שבת וחג, תכוסה באופן פרטי בלבד, בכפוף להגשת תביעה וקבלה עבור הטיפול, עד לתקרת ההחזר כפי המופיעה בלוח ההחזרים בפוליסה.

במסגרת התכנית, באפשרותך לקבל טיפול אצל רופא/מרפאה בהסדר, או רופא/מרפאה שאינם בהסדר.
רופא הסכם – רופא ו/או מרפאה שקשורה בהסדר התקשרות עם חברת הביטוח למתן שירותי רפואת שיניים למבוטחים.

רופא פרטי – רופא שיניים פרטי בעל רישיון לעסק בתחום רפואת השיניים.

להלן תמצית התהליך מול נותן השירות בהסדר (רופא/מרפאה בהסדר):

לצורך איתור מרפאה / רופא בהסכם לחץ כאן

<u>סוג הטיפול</u>	<u>אחריות הגשת בקשה לאישור מוקדם לחברת הביטוח</u>	<u>טפסים למילוי/חתימות נדרשות ע"י המבוטח</u>	<u>הסדרת תשלום</u>
טיפול ללא אישור מוקדם של המבוטח	לא נדרש מילוי טפסים	נדרשת חתימת המבוטח לאישור ביצוע הטיפולים על טפסי התביעה של נותן השרות	ללא תשלום, או לחלופין תשלום השתתפות עצמית, כנקוב בפוליסה.
טיפול המחייב אישור מוקדם של המבוטח	נותן השירות בהסדר	נדרשת חתימת המבוטח לאישור ביצוע הטיפולים על טפסי התביעה של נותן השרות	*המבוטח ישלם השתתפות עצמית, כנקוב בפוליסה. *המבוטח יסדיר את יתרת התשלום ישירות עם נותן השירות

להלן תמצית התהליך מול נותן שירות שאינו בהסדר:

<u>סוג הטיפול</u>	<u>אחריות הגשת בקשה לאישור מוקדם לחברת הביטוח</u>	<u>מסמכים להגשה ע"י המבוטח</u>	<u>הסדרת תשלום</u>
טיפול ללא אישור מוקדם של המבוטח	לא נדרש מילוי טפסים	טופס תביעה- באחריות המבוטח להביאו לרופא 1. על גבי טופס התביעה יש לציין, פרטי המבוטח מקבל הטיפול (שם מלא ות.ז.) והרופא המבצע (חתימה וחותמת). כמו כן, יש לציין לצדו של כל טיפול בנפרד את מחירו, תאריך ביצועו וכן חתימת המבוטח אשר מאשרת את ביצוע הטיפול. 2. לצרף קבלה/חשבונית תשלום עם חותמת וחתימת הרופא/מרפאה . 3. לצרף צילומים אבחנה ו/או סיום טיפול עבור הטיפולים בגינם נדרש הדבר. בעת הגשת התביעה הראשונה לחברת הביטוח יש למלא טופס העברה בנקאית (עם סימון check box לאישור תשלומי כל התביעות העתידיות בהעברה בנקאית) וצ'ק מבוטל לשם אימות פרטי	המבוטח ישפה את הוצאות המבוטח בקיזוז השתתפות העצמית מהתשלום ששולם במידה וקיימת ועד התקרה הנקובה בפוליסה, בכפוף להגשת מסמכי התביעה הנדרשים.

		המבוטח והחשבון. – כל שנה או במקרה ופרטי ח-ן משתנים	
<u>סוג הטיפול</u>	<u>אחריות הגשת בקשה לאישור מוקדם לחברת הביטוח</u>	<u>מסמכים להגשה ע"י המבוטח</u>	<u>הסדרת תשלום</u>
טיפול המחייב אישור מוקדם של המבטח	טופס הבקשה - באחריות המבוטח להביא לרופא 1. על גבי טופס הבקשה יש לציין, פרטי המבוטח מקבל הטיפול (שם מלא ות.ז.). והרופא המבצע (חתימה וחותמת). כמו כן, יש לציין את כל הטיפולים הנדרשים בתוכנית הטיפול שנקבעה. 2. יש לצרף צילומי	טופס תביעה- באחריות המבוטח להביא לרופא 1. על גבי טופס התביעה יש לציין, פרטי המבוטח מקבל הטיפול (שם מלא ות.ז.) והרופא המבצע (חתימה וחותמת). כמו כן, יש לציין לצדו של כל טיפול בנפרד את מחירו, תאריך ביצועו וכן חתימת המבוטח אשר מאשרת את ביצוע הטיפול. 2. לצרף קבלה/חשבונית תשלום עם חותמת וחתימת הרופא/מרפאה 3. לצרף צילומים אבחנה ו/או סיום טיפול עבור הטיפולים בגינם נדרש הדבר. בעת הגשת התביעה הראשונה לחברת הביטוח יש למלא טופס העברה בנקאית (עם סימון check box לאישור תשלומי כל התביעות העתידיות בהעברה בנקאית) וצ'ק מבוטל לשם אימות פרטי המבוטח והחשבון.	המבטח ישפה את הוצאות המבוטח בקיזוז השתתפות העצמית במידה וקיימת ועד התקרה הנקובה בפוליסה, בכפוף להגשת מסמכי התביעה הנדרשים.

		אבחנה (לפני טיפול).	
--	--	------------------------	--

הנחיות למילוי טפסים

לתשומת ליבך:

- המידע הבא רלוונטי לפניות בגין טיפולים הנדרשים/מבוצעים ע"י רופא פרטי (אשר אינו בהסכם עם חברתנו).
- בפניה לרופא הסכם אחריות מילוי הטופס חלה על הרופא, המבוטח יחתום בעמודת חתימת המבוטח ליד כל טיפול וטיפול לשם אישור ביצועו.

טופס הגשת פנייה לטיפול שנייים אצל רופא שאינו בהסכם:

טופס זה תוכנן מותאם לשמש את כל הליכי הביטוח, בכל פניה יש לסמן את מטרת הטופס בשורת המטרות בחלקו העליון של הטופס.

סמן ב-X את סיבת פנייתך.
ניתן לבחור מס' קטגוריות יחד למעט תביעה ובקשה לאישור תכנית טיפול.

☐ מיפוי פה ☐ התייעצות מוקדמת ☐ תביעה ☐ הפנייה למומחה ☐ בקשה לאישור תכנית טיפול ☐ ערעור / בירור

סוגי הפניות:

- התייעצות מוקדמת: הליך זה אינו חובה, הוא ניתן כשירות למבוטחים. ההתייעצות המוקדמת מיועדת למנוע חילוקי דעות ואי הבנות בשלב התביעה, לגבי טיפולים אשר לגביהם קיים ספק או אי בהירות בדבר הזכאות הביטוחית (האם הטיפול המבוקש אכן יכולה ע"י חברת הביטוח).
- יש לבדוק במחירון או בגילוי הנאות באם יש צורך בצורך צילום אבחנה קריא אשר מבהיר את הסיבה או הצורך בטיפול.
- בקשה לאישור תוכנית טיפול: הליך זה הינו חובה והינו נדרש בגין כל הטיפולים אשר לגביהם מפורט בנספחים הטיפולים, כי בגינם קיימת חובת הגשת בקשה לאישור מראש.
- חשוב להדגיש כי הליך זה מתייחס לטיפולים מורכבים ויקרים, כאשר כל אי הבנה או אי ידיעה בנוגע לזכאות עלולה לגרום למבוטח נזק כלכלי.

חובת האישור המוקדם הינה תנאי בסיסי ומהווה את אחד מעיקרי הסכם הביטוח.

תוקף האישור הינו לשנה מתאריך אישורו או תאריך סיום הביטוח המוקדם מביניהם.

יש לבדוק במחירון או בגילוי הנאות באם יש צורך בצרוף צילום אבחנה קריא אשר מבהיר את הסיבה או הצורך בטיפול.

- **מיפוי פה:** הינו ממצאי בדיקה – סטטוס מצב הפה בכתב מהרופא המטפל כפי שהיה בעת ביצוע הבדיקה. אותו יש להגיש בגין הטיפולים בהם מצוינת הדרישה למיפוי פה בגילוי הנאות או המחירון הטיפולים.
- **הפניה למומחה:** הליך זה הינו חובה והינו נדרש כהליך מקדים בעת ביצוע טיפולים משמרים ע"י מומחים לאנדודונטיה וכירורגית פה ולסת (כגון: טיפולי שורש, חידושי טיפולי שורש ועקירות כירורגיות המבוצעים ע"י מומחים) לצורך קבלת החזר גבוה יותר מתקרת ההחזר בגין הטיפול.
- יש לבדוק במחירון או בגילוי הנאות באם יש צורך בהגשת ההפניה לפני ביצוע לצורך קבלת החזר ובאם קיים צורך בצרוף צילום אבחנה קריא אשר מבהיר את הסיבה או הצורך בטיפול.**
- **ערעור:** בכל מקרה בו המבוטח סבור כי בתשובת חברת הביטוח לא נתמלאו זכויותיו כמבוטח, שמורה לו זכות הערעור ובקשה לדיון מחדש בפנייתו.
- ניתן להגיש ערעור לגבי כל פניה ולצרף הסברים, צילומים רלוונטיים ומסמכים התומכים במהות הערעור.
- **תביעה רופא שאינו בהסכם:** הליך זה מהווה אמצעי לדרישת תשלום של חברת הביטוח במימון הטיפולים אשר בוצעו. יש להקפיד למלא את הטופס ולצרף את החומרים הנלווים ע"פ ההנחיות להלן:
- **בכל תביעה יש לצרף חשבונית תשלום עם חותמת וחתימת הרופא/מרפאה ,**

ניתן להגיש את התביעה באופן דיגיטלי באתר הבריאות בכתובת:

www.mvs.co.il/health **סיסמה: intelmedic**

תחת מרכיבי הפוליסה והגשת תביעה או לכתובת דוא"ל thmvs@mvs.co.il

- בכל הגשת תביעה יש לציין לצידו של כל טיפול בנפרד את מחירו, תאריך ביצועו וכן חתימת המבוטח אשר מאשר את ביצוע הטיפול במקום המיועד לכך על גבי הטופס.
- יש לבדוק במחירון או בגילוי הנאות באם יש צורך בצרוף צילומי אבחנה ו/או סיום קריאים אשר מבהיר את הסיבה או הצורך בטיפול, עבור הטיפול הנתבע.
- לצורך ביצוע תשלום בהעברה בנקאית יש למלא את הסעיף המיועד לכך בטופס התביעה בכל תביעה ותביעה .

- בהגשת התביעה מעל 5,000 ₪ לחברת הביטוח יש לצרף בנוסף לטופס, תצלום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבון המבוטח.
 - במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש, בצירוף תצלום תעודת זהות.
- בכל פניה על המבוטח להקפיד על מילוי חלק א' של הטופס - פרטי מבוטח מלאים (שם ות.ז. של המבוטח אשר ביצע את הטיפול, כתובת וטלפון לביטוח).

א. פרטי המבוטח הראשי / ראש משפחה									
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני					
פרטי המבוטח / מטופל									
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה						
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)			מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד		
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס	סוג הסכם	מס' הסכם	שם מעסיק (קולקטיב)				
			פרט ☐ קולקטיב ☐						
האם יש לך ביטוח שיניים כלשהו נוסף במקום העבודה או ביטוח פרטי אחר? ☐ לא ☐ כן, פרט:									

ב. אופן קבלת הודעות ומסמכים יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עימך, לפי הפרטים שצינת לעיל	
☐ דואר אלקטרוני* (יש למלא גם מספר טלפון נייד) ☐ דואר ישראל ☐ פקס בהעדר תשובה, הודעות החברה ישלחו אליך באמצעות דואר אלקטרוני אם קיים בחברה.	* הצהרה למבקשים לקבל הודעות בדואר אלקטרוני: אני מסכים כי בכל מקום בו מכוון החוק ו/או הפוליסות שיש לי במגדל חברה לביטוח בע"מ, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שרשמה על ידי בטופס זה, במקום דואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.
תאריך	שם פרטי ושם משפחה
מספר תעודת זהות	חתימה ★

ג. הצהרות המבוטח - אני הח"מ מצהיר ומתחייב כי	
1. ידוע לי כי לא ניתן לתבוע חזר בגין אותם סכומים מגורמים שונים (כגון: חברות ביטוח אחרות או קופות חולים), וקבלת החזרים כפולים עומדת בניגוד להוראות הדין והפוליסה. כן הנני מתחייב לשפות ו/או לפצות את מגדל ו/או מי מטעמה, מיד עם דרישתה, ולהחזיר לה כל סכום ששולם על ידה בגין הקבלות, אם אקבל תשלום מגורם ו/או מקור אחר בגין ו/או בקשר עם הקבלות.	
2. ידוע לי כי הפוליסה בגינה הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי, במסגרתה הנני זכאי להחזר מלא ו/או חלקי בגין הוצאות שהוצאתי ו/או תשלומים ששילמתי בפועל, על פי הקבלות אשר העתקן מצורף לתביעה זו - הכל בהתאם לתנאי הפוליסה (להלן: "הקבלות").	
3. כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית. ידוע לי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כוזב או מטעה עלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות המבוטח להחזר על פי הפוליסה.	
4. ידוע לי שהדיווח על ביצוע ההעברה הבנקאית שיועבר אליי באחד מהאמצעים שרשמתי לעיל, יכול פרטים אישיים שלי ואני אחראי באופן בלעדי לכל חשיפה ו/או מסירה של הפרטים האישיים הנ"ל לגורם שלישי כלשהו.	
5. אני מאשר את תוכנית הטיפול שהביא לידיעתך הרפא.	
במקרה של קטין/חסיו, יצינו את שמם ויחתמו האפוטרופוסים על פי דין. במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו.	
תאריך	שם פרטי ושם משפחה
מספר ת.ז.	חתימה ★
חתימה ★	חתימת הורה נוסף במקרה של קטין ★
יחס הקרבה של החותם למבוטח (במידה והחיתום אינו המבוטח)	

ד. אופן ביצוע תשלום בהעברה בנקאית

במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית.

במידה ותביעתך להחזר כספי הינה מעל 5,000 ₪ יש לצרף צילום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך.

אני הח"מ:

מבקש ומאשר בזאת להעביר את סכום תגמולי הביטוח המגיעים לי בעקבות האירוע הביטוחי כמפורט בהודעת התביעה, ככל שיקבע על ידכם כי אני זכאי לתגמולים אלה, באמצעות העברה בנקאית ישירות אל חשבון הבנק שברשותי כמפורט להלן:

שם בעל החשבון	ת.ז בעל חשבון	שם הבנק	מספר הבנק	מספר הסניף	שם הסניף	מספר החשבון

אני מאשר, מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי העברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו עלי ידי.
- אני מצהיר בזאת שהחשבון על שמי ו/או משותף לי ולבן/ת זוגי.
- ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי על אחריותי בלבד.
- אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
- ידוע לי כי אם הפרטים על פי בדיקתכם אינם נכונים ו/או לא צורף צילום של המחאה מבטלת- יבוצע התשלום בהמחאה.
- ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח

לתשומת לבך,

במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש, בצירוף תצלום תעודת זהות.

חתימה ★

תאריך

ה. ויתור על סודיות רפואית וכללית

אני הח"מ נתן בזה רשות לכל מוסד רפואי למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ כל מידע רפואי ו/או צילומים הנחוצים למבטח לצורך ישוב פנייתי. אני מוותר על סודיות רפואית זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה כלפי המוסדות ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירות שלהם.

חתימה ★

תאריך

כמו כן, יש למלא את חלק ב' לטופס - ימולא על ידי רופא שיניים המטפל שאינו בהסכם (פרטי) :

חלק ב' – למילוי על ידי רופא השיניים המטפל
חלק זה ימולא על ידי רופא שיניים מקצועי המטפל במבוטח שאינו בהסכם (פרטי)

א. פרטי הרופא ואישורו לטיפול									
מספר זהות	שם הרופא	שם המרפאה	מספר רישיון	תאריך אישור ביצוע הטיפולים					
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס	דואר אלקטרוני						
מספר זהות המבוטח	שם המבוטח		שם משפחה של המבוטח						
הריני מאשר כי ביצעתי את הטיפולים המפורטים וקיבלתי בעבורם את הסכומים הנקובים בטופס זה.									
תאריך					חתימה וחזותמת רופא / המרפאה ★ תאריך				

ב. מצב השיניים									
נבקשך לרשום בטבלה את קודי הטיפול ותיאור הטיפול כמפורט בהתאם לטבלת קודי טיפול (סעיף ה')									
L מספר השן	קוד הטיפול	תיאור הטיפול	מחיר טיפול	תאריך ביצוע טיפול	R מספר השן		קוד הטיפול	תיאור הטיפול	מחיר טיפול
					מבוגר	ילד			
28					18				
27					17				
26					16				
25					15	55			
24					14	54			
23					13	53			
22					12	52			
21					11	51			
31					41	81			
32					42	82			
33					43	83			
34					44	84			
35					45	85			
36					46				
37					47				
38					48				

ג. טיפולים אחרים בהתאם לטבלת קודי טיפול סעיף ה' (צילומי רנטגן, בדיקה, הסרת אבנית, טיפולי חניכיים, טיפול אורטודנטי וכו')				
מספר השן	קוד הטיפול	פרטי הטיפול	מחיר הטיפול	תאריך גמר טיפול

ד. הערות

טופס להגשת פניה בגין טיפולי שיניים פריודנטאלים:

טופס זה שתוכנו מותאם לשמש את כל הליכי הביטוח בגין טיפולים פריודונטלים (חניכיים), כגון: הקצעות שורשים וניתוחי חניכיים **אצל רופא שאינו בהסכם**.

בכל פניה יש לסמן את מטרת הטופס בשורת המטרות בחלקו העליון של הטופס.

חלק א' – למילוי בידי המבוטח

סמן ב- X את סיבת פנייתך.

ניתן לבחור מס' קטגוריות יחד למעט תביעה ובקשה לאישור תכנית טיפול.

☐ מיפוי פה ☐ בדיקה פריודונטלית ☐ תביעה ☐ בקשה לאישור תכנית טיפול פריודונטלית ☐ ערעור / בירור

סוגי הפניות:

- **בקשה לאישור תוכנית טיפול:** הליך זה הינו חובה והינו נדרש בגין כל אשר לגביהם מפורט בנספחים הטיפולים, כי בגין טיפולים אלו קיימת חובת הגשת בקשה לאישור מראש.
חשוב להדגיש כי הליך זה מתייחס לטיפולים מורכבים ויקרים, כאשר כל אי הבנה או אי ידיעה בנוגע לזכאות עלולה לגרום למבוטח נזק כלכלי.
חובת האישור המוקדם הינה תנאי בסיסי ומהווה את אחד מעיקרי הסכם הביטוח.
תוקף האישור הינו לשנה מתאריך אישורו או עד תאריך סיום הביטוח המוקדם מביניהם.
 - **יש לבדוק במחירון או בגילוי הנאות באם יש צורך בצרוף צילום אבחנה קריא אשר מבהיר את הסיבה או הצורך בטיפול.**
 - **בדיקה פרידונטלית:** הליך זה מהווה אמצעי לדרישת תשלום של חברת הביטוח במימון בדיקה ע"י פרידונט (מומחה לחניכיים) אשר בוצעה ע"י רופא שאינו בהסכם.
- וזאת בכפוף להצגת חשבונית עם חותמת וחותמת הרופא/מרפאה**

- ערעור: בכל מקרה בו המבוטח סבור כי בתשובת חברת הביטוח לא נתמלאו זכויותיו, שמורה לו זכות הערעור ובקשה לדיון מחדש בפנייתו.
- ניתן להגיש ערעור לגבי כל פניה, ולצרף הסברים, צילומים רלוונטיים ומסמכים התומכים במהות הערעור.
- מיפוי פה (צ'ארט – רישום כיסים): הינו ממצאי בדיקה של סטטוס מצב הפה בהתאם לפירוט של הרופא הפריודונט.
- תביעה לא בהסכם: הליך זה מהווה אמצעי לדרישת תשלום של חברת הביטוח במימון הטיפולים אשר בוצעו. יש להקפיד למלא את הטופס ולצרף את החומרים הנלווים ע"פ ההנחיות להלן:
 - **בכל תביעה יש לצרף חשבונית תשלום עם חותמת וחתימת הרופא/מרפאה.**
 - בכל הגשת תביעה יש לציין לצידו של כל טיפול בנפרד את מחירו, תאריך ביצועו וכן חתימת המבוטח אשר מאשרת את ביצוע הטיפול במקום המיועד לכך על גבי הטופס.
 - יש לבדוק במחירון או בגילוי הנאות באם יש צורך בצרוף צילומי אבחנה ו/או סיום קריאים אשר מבהיר את הסיבה או הצורך בטיפול, עבור הטיפול הנתבע.

בכל פניה על המבוטח להקפיד על מילוי סעיף א' של הטופס - פרטי מבוטח מלאים
(שם ות.ז. של המבוטח אשר ביצע את הטיפול, כתובת וטלפון לבירורים).

א. פרטי המבוטח הראשי / ראש משפחה						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני		
פרטי המבוטח / מטופל						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי		תאריך לידה		
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)			מס' בית	מס' דירה	ת"ד
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס	סוג הסכם	מס' הסכם	שם מעסיק (קולקטיב)	מיקוד
			פרט ☐ קולקטיב ☐			

האם יש לך ביטוח שניים כלשהו נוסף במקום העבודה או ביטוח פרטי אחר? ☐ לא ☐ כן, פרט:

ב. אופן קבלת הודעות ומסמכים יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עימך, לפי הפרטים שצינת לעיל	
☐ דואר אלקטרוני* (יש למלא גם מספר טלפון נייד) ☐ דואר ישראל ☐ פקס בהעדר תשובה, הודעות החברה ישלחו אליך באמצעות דואר אלקטרוני אם קיים בחברה.	* הצהרה למבקשים לקבל הודעות בדואר אלקטרוני: אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי במגדל חברה לביטוח בע"מ, מדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שגרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.
תאריך	שם פרטי ושם משפחה
מספר תעודת זהות	חתימה ★

ג. הצהרות המבוטח - אני הח"מ מצהיר ומתחייב כי	
1. ידוע לי כי לא ניתן לתבוע החזר בגין אותם סכומים מגורמים שונים (כגון: חברות ביטוח אחרות או קופות חולים), וקבלת החזרים כפולים עומדת בניגוד להוראות הדין והפוליסה. כן הנני מתחייב לשפות ו/או לפצות את מגדל ו/או מי מטעמה, מיד עם דרישתה, ולהחזיר לה כל סכום ששולם על ידיה בגין הקבלות, אם אקבל תשלום מגורם ו/או מקור אחר בגין ו/או בקשר עם הקבלות. 2. ידוע לי כי הפוליסה בגינה הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי, במסגרתה הנני זכאי להחזר מלא ו/או חלקי בגין הוצאות שהוצאתי ו/או תשלומים ששילמתי בפועל, על פי הקבלות אשר העתקן מצורף לתביעה זו - הכל בהתאם לתנאי הפוליסה (להלן: "הקבלות"). 3. כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנמכרת. ידוע לי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כוזב או מטעה עלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות המבוטח להחזר על פי הפוליסה. 4. ידוע לי שהדיווח על ביצוע ההעברה הבנקאית שיועבר אליי באחד מהאמצעים שרשמתי לעיל, יכלול פרטים אישיים שלי ואני אחראי באופן בלעדי לכל חשיפה ו/או מסירה של הפרטים האישיים הנ"ל לגורם שלישי כלשהו. 5. אני מאשר את תוכנית הטיפול שהביא לידיעתך הרופא. במקרה של קטין/חסוי, יצינו את שמם ויחתמו האפוטרופוסים על פי דין. במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו.	
תאריך	שם פרטי ושם משפחה
מספר ת.ז.	חתימה ★
יחס הקרבה של החותם למבוטח (במידה והחותם אינו המבוטח)	חתימה ★
חתימת הורה נוסף במקרה של קטין ★	

סעיף העברה בנקאית:

- סעיף זה הינו חובה עבור כל תביעה כספית בגין טיפולים אשר בוצעו ע"י רופא שאינו בהסכם, במידה והינך מעוניין בקבלת החזר התביעה לחשבון הבנק של העובד (ראש המשפחה).
- לצורך ביצוע תשלום בהעברה בנקאית יש למלא את הסעיף המיועד לכך בטופס התביעה בכל תביעה ותביעה.

- בהגשת התביעה מעל 5,000 ₪ לחברת הביטוח יש לצרף בנוסף לטופס, תצלום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבון המבטח.

ד. אופן ביצוע תשלום בהעברה בנקאית						
במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית.						
במידה ותביעתך להחזר כספי הינה מעל 5,000 ₪ יש לצרף צילום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך.						
אני הח"מ:						
מבקש ומאשר בזאת להעביר את סכום תגמולי הביטוח המגיעים לי בעקבות האירוע הביטוחי כמפורט בהודעת התביעה, ככל שיקבע על ידכם כי אני זכאי לתגמולים אלה, באמצעות העברה בנקאית ישירות אל חשבון הבנק שברשותי כמפורט להלן:						
שם בעל החשבון	ת.ז בעל חשבון	שם הבנק	מספר הבנק	מספר הסניף	שם הסניף	מספר החשבון
אני מאשר, מצהיר ומתחייב כדלקמן:						
1. כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי העברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.						
2. אני מצהיר בזאת שהחשבון על שמי ו/או משותף לי ולבן/ת זוגי.						
3. ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי על אחריותי בלבד.						
4. אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.						
5. ידוע לי כי אם הפרטים על פי בדיקתכם אינם נכונים ו/או לא צורף צילום של המחאה מבטלת- יבוצע התשלום בהמחאה.						
6. ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.						
לתשומת לבך,						
במידה והמבטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש, בצירוף תצלום תעודת זהות.						
חתימה ★				תאריך		

ה. ויתור על סודיות רפואית וכללית	
אני הח"מ נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ כל מידע רפואי ו/או צילומים הנחוצים למבטח לצורך ישוב פנייתי. אני מוותר על סודיות רפואית זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה כלפי המוסדות ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירות שלהם.	
חתימה ★	תאריך

- יש לשים לב כי פרטי החשבון וממלא הטופס הינם של המבטח.
 - במידה והמבטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש, בצירוף תצלום תעודת זהות.
- מאחר ומדובר בפרטים רגישים של חשבון בנק, מס' בנק וסניף, אנא כתבו את הפרטים באופן ברור וודאו כי הנתונים הינם קריאים וניתנים להבנה.

כמו כן, יש למלא את חלק ב' לטופס -
 ימולא על ידי רופא פריודונט מומחה שאינו בהסכם (פרטי).

א. פרטי הרופא ואישורו לטיפול									
מספר זהות	שם הרופא	שם המרפאה	מספר רישיון	תאריך אישור ביצוע הטיפולים					
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס	דואר אלקטרוני						
מספר זהות המבוטח	שם המבוטח	שם משפחה של המבוטח							

הריני מאשר כי ביצעתי את הטיפולים המפורטים וקיבלתי בעבורם את הסכומים הנקובים בטופס זה.

חתימה וחזותמת
 רופא / המרפאה ★

תאריך

[illegible][illegible]

פוליסה "אינטל מדיק" 2021

פוליסת ביטוח רפואי לעובדי אינטל ובני משפחותיהם

פרק א' – הגדרות כלליות

בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצידם:

בכל מקרה בו מנוסחת הפוליסה ונספחיה בלשון זכר, הכוונה היא גם ללשון נקבה, ולהיפך.

1. **אביזר רפואי:** כל מכשיר או אביזר לשימוש פנימי או חיצוני אשר נועד לאבחון, ניטור, הקלה, טיפול, שיקום או מניעה של מחלה, ניתוח, פציעה או נכות, כלי עזר לבעל מוגבלות פיזית או תחליף של איבר אנטומי, לרבות פיאה נוכרית לחולה אונקולוגי.

2. **אחות/אח:** אחות או אח בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות, ובמקרה של טיפול בחו"ל – אח או אחות מוסמכים לפי חוקי המדינה בה מתבצע הטיפול.

3. **אלמן/ה:** בן/ת זוג של עובד שנפטר אשר היה מבוטח בפוליסה בטרם פטירת העובד.

4. **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, בישראל או בחו"ל, כבית חולים כללי (לרבות מחלקות שיקום בבית חולים), להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום (בית החלמה/הבראה).

5. **בית חולים פרטי – אחד מאלה:**

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

5.2 בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות הרשוהו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

6. **בית חולים ציבורי:** מוסד רפואי בישראל המוכר ע"י הרשויות המוסמכות כבית חולים, ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או יינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד. (כגון בית חולים הדסה או שערי צדק).

7. **בית חולים שבהסכם:** בית חולים כמוגדר לעיל, ואשר למבטח הסכם התקשרות עמו לצורך ביצוע ניתוחים וטיפולים למבוטחים כמפורט בפוליסה זו בעת הגשת התביעה על ידי המבוטח.

8. **בן/בת זוג:** בן/בת זוג של עובד. כבני/ות זוג יחשבו גם ידועה/ בציבור, בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם העובד, בכפוף להצהרה בכתב של העובד על כך.
9. **בני משפחה:** בן/בת זוג ו/או ילדי העובד.
10. **בעל פוליסה:** אינטל.
11. **דמי הביטוח / הפרמיה:** הסכום שעל המבוטח או בעל הפוליסה לשלם למבטח בגין פוליסה זו, על פי תנאי הפוליסה, כמפורט בהסכם הביטוח.
12. **הטסה רפואית:** הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל.
13. **המבוטח:** עובד/ה, אלמן/ה, בן או בת זוגם וילדיהם אשר הצטרפו לביטוח, **הכול בכפוף לתנאי ההצטרפות שבהסכם הביטוח כמפורט להלן.**
14. **המבטח:** מגדל חברה לביטוח בע"מ.
15. **הסכם הביטוח/הפוליסה:** הסכם שנערך בין בעל הפוליסה לבין המבטח, לעריכת פוליסה לביטוח רפואי ושיניים לעובדיו ובני משפחותיהם, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו, כמפורט להלן.
16. **הצמדה למדד:** התאמת הסכומים (לרבות פרמיה, השתתפות עצמית, תקרת חבות, תגמולי ביטוח) ביחס שבין המדד הידוע לבין מדד הבסיס. התאמת הסכומים תיעשה בכל חודש ביום הראשון של החודש.
17. **חו"ל:** כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.
18. **חוק הביטוח:** חוק חוזה הביטוח תשמ"א – 1981.
19. **חוק הבריאות:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.
20. **טופס אישור אלקטרוני לניכוי שווי מס משכרו של עובד:** טופס אלקטרוני אשר באמצעותו מאשר העובד את ניכוי שווי המס משכרו בגין ביטוח הבריאות לעובד ו/או לבני משפחתו.
21. **טופס הצטרפות:** טופס הצטרפות המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו, כשהוא מלא על כל פרטיו, וחתום על ידי העובד בשמו ובשם כל אחד מיחיד משפחתו, הכול בכפוף לתנאי ההצטרפות שבהסכם הביטוח.

22. טיפול מחליף ניתוח בחו"ל: טיפול רפואי, בכל טכניקה או טכנולוגיה מוכרת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות, שאינה כלולה בהגדרת ניתוח, אשר צפוי להביא למטרה דומה לזו שהניתוח נועד לו, ובלבד שהטיפול הרפואי אושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא מבוצע. מובהר בזאת כי סדרת טיפולים או מספר סדרות טיפולים, אשר יחדיו או במצטבר צפויות להביא לתוצאות דומות לתוצאות ניתוח, תחשבנה למקרה ביטוח אחד של טיפול מחליף ניתוח. **הגדרה זו לא תחול על פרק ט' - ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.**

23. טיפול ניסיוני: טיפול רפואי (ניתוח, השתלה, טיפול תרופתי, טיפול רפואי כלשהו) שאינו מאושר ע"י הרשות המוסמכת בישראל או ע"י הרשות המוסמכת לאישור תרופות בארה"ב (F.D.A.) או במדינות האיחוד האירופי-E.M.E.A, קנדה או אוסטרליה או ניו-זילנד או יפן או נורווגיה או שווייץ או איסלנד (להלן "מדינות מוכרות"), לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. מובהר כי תרופה המוגדרת כ"תרופת יתום" ע"י E.M.E.A או F.D.A לא ייחשבו לטיפול ניסיוני. אישור הרשויות למתן טיפול רפואי לצורך מחקר או טיפול הדורש אישור ועדת הלסינקי ייחשב כטיפול ניסיוני לעניין פוליסה זו.

24. טיפול תרופתי: נטילת תרופה באורח חד פעמי או מתמשך. **ההגדרה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות בחוזר המפקח על הביטוח 18 – 1 – 2015 – "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות".**

25. יום/יממה: יום ולילה המהווים יחדיו וברצף 24 שעות.

26. יום אשפוז: אשפוז למשך יממה ברציפות. אשפוז למספר שעות לצורך ביצוע ניתוח ייחשב כיום אשפוז לעניין פוליסה זו. (להלן "אשפוז יום").

27. יועץ ביטוח: ש.לוטינגר ושות' בע"מ או כל יועץ אחר אשר יגדיר בעל פוליסה.

28. ילדים: ילדי עובד ו/או ילדי בן/בת זוג לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים עפ"י חוק ו/או ילדי אומנה. מובהר בזאת כי ילדים יהיו זכאים לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו, בתנאי שבמועד הצטרפותם לביטוח טרם מלאו להם 24 שנים ובכפוף לתשלום דמי ביטוח כמפורט בפוליסה.

29. ילד בוגר: ילדו של עובד כאמור שמלאו לו 24 שנה ואשר הצטרף לפוליסה בהיותו ילד כמוגדר לעיל.

30. ישראל: מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.

31. **מדד:** מדד המחירים לצרכן (כולל פרוט וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, אשר יהיה שימושי ע"י המבטח ואושר ע"י המפקח על הביטוח.

32. **מדד בסיס:** מדד חודש אוגוסט אשר פורסם ב- 15.12.2017.

33. **מדד ידוע:** המדד האחרון הידוע ביום תשלום כלשהו, עפ"י פוליסה זו.

34. **מוטב:** הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שניתנה על ידי המבטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, ובמקרה פטירתו של המבטח, יורשיו החוקיים של המבטח. **בנוסף לאמור לעיל, יובהר כי במקרה של תביעה של קטין המוטב יהיה העובד אצל בעל הפוליסה. במקרה שבו שני בני הזוג עובדים אצל בעל הפוליסה, המוטב יהיה האם של הקטין אשר עובדת אצל בעל הפוליסה.**

35. **מועד קרות מקרה הביטוח:** כאשר מקרה הביטוח מוגדר כמצבו הרפואי המחייב או המצריך טיפול רפואי (כגון טיפול תרופתי), יהיה המועד הקובע המועד בו נקבע לראשונה, על פי אבחנה ו/או חו"ד רפואית ו/או המלצה מתועדת, ע"י רופא מומחה מטעם המבטח, כי מצבו הרפואי של המבטח מחייב את הטיפול. המועד הקובע לגבי מקרי הביטוח האחרים יהיה המועד בו בוצע השירות או הטיפול הרפואי.

36. **מנתח:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או במקום מתן הטיפול, כרופא מומחה מנתח.

37. **מנתח הסכם:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים במקום ביצוע הניתוח, ואשר למבטח הסכם התקשרות עמו לצורך ביצוע ניתוחים וטיפולים למבטחים במועד הגשת התביעה על ידי המבטח.

38. **מצב רפואי המחייב טיפול הנזכר בהגדרת מקרה ביטוח (כגון טיפול תרופתי):** לצורך הסכם זה, מקרה ביטוח מוגדר כמצבו הרפואי של המבטח המחייב טיפול, משמעו שישינה קביעה או המלצה מתועדת לפיה על המבטח לקבל את הטיפול הרפואי.

39. **מצב רפואי קודם:** מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

40. **מקרה הביטוח:** מערכת עובדות ונסיבות, כמוגדר בכל אחד מפרקי הפוליסה ו/או הנספחים, אשר קיומה מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה.

41. **מרשם:** מסמך רפואי החתום על ידי רופא מומחה אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי, קבע את אופן השימוש בו, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. המרשם ירשם לכל תרופה בנפרד ובמינון של טיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.

42. **נותן שירות שבהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשור או יתקשר המבטח בהסכם, במועד הגשת התביעה, לצורך ביצוע ניתוחים, טיפולים, בדיקות ואבחונים או שירותים רפואיים אחרים המכוסים בפוליסה זו, בישראל ובחו"ל. פרטי נותני השירותים שבהסכם והדרך להתקשר עימם מופיעים באתר המבטח ובאתר הביטוח הייעודי שיפורסם למבוטחים.

43. **ניתוח:** כל פעולה פולשנית חודרנית (INVASIVE) החודרת דרך רקמות, בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד, לרבות ומבלי למצות באמצעות לייזר, גלי קול או רדיו, אשר מטרתה טיפול במצב רפואי ו/או ריפוי ו/או מניעה ו/או אבחון מחלה או פגיעה, ו/או תיקון פגם או עיוות של המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות – חודרניות לאבחון או לטיפול, כגון: הראית אברים פנימיים (ENDOSCOPY למיניהן), צנתור, אנגיוגרפיה, ריסוק אבני כליה או מרה.

הגדרה זו נוסחה באופן שייטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות". הגדרה זו לא תחול על פרק ט' - ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

44. **ניתוח אלקטיבי:** ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע ניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא המבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה, לרבות מרפאת חוץ של בית החולים.

45. **סייג בשל מצב רפואי קודם:** סייג כללי בחוזה ביטוח הפוטר את המבטח מחבותו, או המפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם הממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם אשר מתועד במסמכים רפואיים, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

46. **סכום ביטוח:** הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.

47. **עובד:** עובד אצל בעל הפוליסה.

48. **פרישה מוקדמת (לפי קריטריונים של אינטל):** עובד פורש הוא כל עובד המוגדר ככזה על פי הגדרות אינטל (פרישה מוקדמת חוק 75 וכדומה).

49. **צירוף אוטומטי:** צירוף אובליגטורי ע"י בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא.

50. **צירוף בהסכמה:** צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).

51. **רופא מומחה:** רופא אשר הוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי משרד הבריאות במדינת ישראל לפי תקנה 2 לקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג – 1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות ו/או ע"י הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.

52. **רופא מומחה בכיר:** רופא מומחה, מנהל או סגן מנהל מחלקה, או מנהל מכון/יחידה בבית חולים או מי שכיהן בעבר במשרה זו, ו/או רופא בעל תואר אקדמי של פרופסור ממוסד אקדמי המוכר בישראל, או מי שמוכר כרופא מומחה ע"י הביטוח המשלים של קופות חולים.

53. **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים במקום ביצוע פעולת ההרדמה, בישראל או בחו"ל, כרופא מרדים.

54. **רצף ביטוחי מלא:** מעבר בין ביטוח רפואי קודם (פרטי או קבוצתי), לביטוח רפואי חדש (פרטי או קבוצתי), באותה חב' ביטוח או גם בין חב' ביטוח שונות, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות. לאמור, תנאי החיתום לגבי הביטוח החדש יהיו כפי שנקבע לגבי הצטרפותו לביטוח הקודם, ולעניין מצב רפואי קודם יראו את מועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח את הצטרפותו לביטוח הקודם, והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודם. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח יראו את מועד הצטרפותו לביטוח החדש כמועד הצטרפותו לביטוח הקודם. מובהר כי רצף ביטוחי מלא יחול לגבי כיסויי וסכומי ביטוח חופפים בלבד.

55. **שב"ן:** תכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות הניתנים על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים ו/או מי מטעמה בה חבר המבוטח, ו/או על ידי אישיות משפטית שהוקמה על ידי קופת חולים ו/או על ידי כל גורם אחר על פי דין ו/או בשם ו/או עבור קופת החולים, לרבות שירותי בריאות במסגרת תוכנית לשירותי בריאות נוספים כהגדרתה בחוק הבריאות ו/או בכל הסדר חוקי שיבוא במקומו.

56. **שנת ביטוח:** תקופה בת 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח לגבי אותו מבוטח, והמתחדשת כל 12 חודשים.

57. **שתל, אביזר מושל, תותב:** כל אביזר או איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי (או חלק מהם) ובכלל זה משתלים מיוחדים רגילים או מפרשי תרופות, המושללים או המורכבים בגופו של המבוטח, במהלך ו/או תוך כדי ביצוע ניתוח או פעולה פולשנית אחרת המכוסים על פי פוליסה זו, או אחריה. מובהר כי תותבת שיניים או שתל דנטלי או איבר המושלל בהליך של השתלה כמצוין בסעיף 35 לעיל, אינם נכללים בהגדרת שתל לעניין פוליסה זו.

58. **תאונה:** אירוע פתאומי, בלתי צפוי וחד פעמי שאירע בתקופת הביטוח, ואשר גרם באמצעות גורם חיצוני, לפגיעה במבוטח שמהווה את הסיבה העיקרית לקרות מקרה הביטוח. מובהר בזאת כי פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרוטראומה) אינה בגדר תאונה עפ"י פוליסה זו. למרות האמור מובהר ומוצהר כי יכוסו על פי פוליסה זו מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח ואשר הוכרו ע"י המוסד לביטוח לאומי כתאונת עבודה. במקרה כזה ישא המבטח בתגמולי הביטוח לפי החלק היחסי שבין התקופה שבה היה המבוטח כלול בביטוח לבין התקופה שתחילתה המועד בו נקבעה הנכות.

59. **תאריך תחילת הסכם הביטוח:** 01.07.2021

60. **תכנית שב"ן מוכרת:** תכניות "כללית מושלם" / "פליטנום", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף" / "שיא", "מגן זהב", "מכבי שלי" או כל תכנית שב"ן אחרת הקיימת באותה קופת חולים בה חבר המבוטח, והמבטיחה כיסוי ביטוח וזכויות נרחבות יותר מהמוצע בתכנית המוזכרות לעיל.

61. **תקופת אכשרה:** תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך תחילת הביטוח, ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.

תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבוטח לביטוח מחדש. מובהר בזאת כי הארכת תקופת ההסכם או חידושו יחשבו כתקופה רציפה אחת. מבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע במהלך תקופת האכשרה. מובהר בזאת כי לגבי מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח לא תחול תקופת אכשרה.

יובהר כי תקופת אכשרה, ככל שנקובה לגבי כיסוי ביטוחי מסוים בפוליסה להלן, תחול אך ורק לגבי מבוטחים אשר ביקשו לגרוע את עצמם מהביטוח ולהצטרף מחדש.

פרק ב' – חריגים כלליים אשר יחולו על כל פרקי הפוליסה ורובדי הביטוח השונים

1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 1.1 מקרה הביטוח לגבי מבוטח שגילו מעל 18 שנים נובע כתוצאה משימוש בסמים, למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראות רופא.
- 1.2 מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של פעילות פלילית של המבוטח מסוג פשע או עוון.
- 1.3 יובהר כי חריג זה לא כולל מקרה ביטוח שאירע עקב שחיה באיזור שאסור לשחות, שביתה, או רכיבה על אופניים ללא קסדה.
- 1.4 מקרה ביטוח שהוחרג במפורש ע"י המבטח במסגרת תנאי החיתום ונמסר למבוטח על כך מראש ובכתב.
- 1.5 טיפול רפואי או סדרה של טיפולים שבוצעו או החל בביצועם טרם מועד ההצטרפות לביטוח.
- 1.6 מקרה הביטוח אירע לפני מועד הצטרפות המבוטח לביטוח.
- 1.7 מקרה הביטוח אירע אחרי תום תקופת הביטוח.
- 1.8 לגבי כיסוי ביטוחי המקנה שיפוי, לא יכוסה מקרה הביטוח שנגרם תוך כדי שירותו של המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם, ובתנאי שהמבוטח זכאי לשיפוי מלא מגורם ממשלתי בגין הטיפולים הכלולים בפוליסה זו. במקרים בהם השיפוי חלקי ישא המבטח ביתרת העלות ועד חבותו על פי כל פרק.
- 1.9 מקרה ביטוח שאירע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי.
- 1.10 מקרה הביטוח נגרם מביקוע/היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.

2. סייג בשל מצב רפואי קודם:

- 2.1 המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שהגורם הממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. דהיינו מערכת נסיבות רפואיות

שאובחנו במבוטח לראשונה במהלך 3 (שלוש) השנים שקדמו למועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיימו בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל בזמן עפ"י גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

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

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

2.2 מובהר ומוצהר כי חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי מבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקודם נכון ל- 30.7.2021. ולגבי עובדים חדשים ובני משפחותיהם שיצטרפו לביטוח בתקופת ההצטרפות.

2.3 יובהר, כי המבוטח יהיה זכאי למלוא תגמולי הביטוח כמצוין בכל פרק בפוליסה זו, בגין טיפול רפואי שבוצע אחרי התקופות הנקובות בסעיף 2.1 (א) ו-(ב), לפי העניין.

2.4 חריג או סייג למצב רפואי קודם יחול לגבי מצב רפואי שעליו המבוטח לא נשאל בטופס שאלון הרפואי ובתנאי שהסייג כאמור יופיע בטופס ההצטרפות לביטוח.

2.5 סייג לחבות המבטח או לגבי היקף הכיסוי הביטוחי בשל מצב רפואי מסוים עליו הצהיר המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, יהיה תקף לתקופה שצוינה ע"י המבטח בדף פרטי הביטוח. אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה. סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

2.6 דחה המבטח תביעתו של מבוטח בשל מצב רפואי קודם יפרט בהחלטתו את המצב הרפואי הקודם ויפנה בהודעתו למסמכים רפואיים עליו הסתמכה החלטתו.

הגדרה זו נוסחה באופן המיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות שקבע המפקח על הביטוח.

3. המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים, ו/או עקב מעשה מחדל של נותן שירותים.

פרק ג' – תנאים כלליים אשר חלים על כל רובדי הביטוח

1. מהות הביטוח

הביטוח על פי פוליסה זו הינו ביטוח קבוצתי. תנאי פוליסה זו יחולו על עובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, שהצטרפו לביטוח על פי כללי ההצטרפות המפורטים להלן.

2. חובת בעל פוליסה בהתאם לסעיף 3 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

2.1. לפני תחילת תקופת הביטוח ימסור בעל הפוליסה למבטח הצהרה כמתחייב על פי סעיף 3 א' 1 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט, 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.

2.2. בעל הפוליסה ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי דין ולפי תקנות לביטוח בריאות קבוצתי.

3. תקופת הסכם הביטוח

3.1. תקופת ביטוח זו הינה בת 53 חודשים החל מ- 1.8.2021 ועד 31.12.2025 הפוליסה הקבוצתית תתחדש לתקופה נוספת בת עד 60 חודשים בכפוף להסכמת בעל הפוליסה והמבטח לגבי תנאי הפוליסה וההסכם החדשים.

3.2. בתום תקופת הביטוח תעמוד לבעל הפוליסה הזכות להורות למבטח על הארכת תקופת הביטוח לתקופה נוספת של עד 90 יום, לצורך בחינת חידוש הסכם הביטוח. תנאי הביטוח בתקופת הארכה יהיו זהים לתנאים הקבועים בפוליסה זו. בתקופת ההארכה המבוטח יהיה זכאי למכסות טיפולים וסכומי ביטוח נוספים באופן יחסי לתקופת הארכה.

3.3. אם תחודש תקופת הביטוח אצל המבטח, הזכאות לתגמולי ביטוח ומניין מכסות הביטוח יקומו מחדש כאילו הצטרף המבוטח לביטוח לראשונה.

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

4. היקף הביטוח

4.1. הביטוח כולל את רובדי הביטוח כמפורט להלן:

4.1.1 רובד בסיסי

רובד ביטוחי זה כולל את הכיסויים הבאים:

- 4.1.1.1 ביטוח השתללות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל כאמור בפרק ד'.
- 4.1.1.2 ביטוח ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל כאמור בפרק ה'.
- 4.1.1.3 ביטוח תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות כאמור בפרק ו'.
- 4.1.1.4 ביטוח הוצאות רפואיות מיוחדות כאמור בפרק ז'.
- 4.1.1.5 ביטוח בדיקות אבחוניות והתייעצות עם מומחים כאמור בפרק ח'.
- 4.1.1.6 ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, במסלול "משלים שב"ן" עם השתתפות עצמית, כאמור בפרק ט'.
- 4.1.1.7 שירותים רפואיים במהלך אשפוז או לאחר ניתוח כאמור בפרק י'.
- 4.1.1.8 שירותים רפואיים נוספים וטיפולים בטכנולוגיות מתקדמות כאמור בפרק י"א.
- 4.1.1.9 הוצאות טיפולי שיניים - משמר מורחב כאמור בפרק י"ב.

4.1.2 רובד רשות

מבוטח שצורף לרובד הביטוח הבסיסי, רשאי לרכוש רובד רשות - השתתפות בהוצאות טיפולי שיניים - פרוטטיים כאמור בפרק י"ג.

5. דמי הביטוח (הפרמיה) התשלום החודשי עבור ביטוח בריאות וביטוח שיניים לא כולל עמלת

הסכנות הינו כדלקמן

5.1. הפרמיה החודשית בשקלים חדשים עבור כל מבוטח הינה כמפורט להלן: (למדד אשר פורסם ב- 15.12.2017):

גיל המבוטח	דמי ביטוח עבור ביטוח בריאות
ילד עד גיל 24 *	25.79
החל מילד שלישי - חינוך	
21-40	86.47
41-50	104.98
51-64	177.14
+65	356.02

גיל המבוטח	דמי הביטוח עבור פרק ביטוח השיניים
ילד עד גיל 24 *	20.41
החל מילד שלישי - חינוך	
21-40	38.49
41-50	50.88
51-64	74.66
+65	102.98

חובד הרשות המורחב	ילד עד גיל 24	גיל 21 - 40	גיל 41 - 50	גיל 51 - 65	גיל +65
פרמיה חודשית עבור רובד רשות טיפולי שיניים פרוטטיים	82.38	110.34	168.40	267.37	396.10

3.1 הפרמיה תהיה צמודה למדד אשר פורסם ב- 15.12.2017

3.2 דמי הביטוח לכל מבוטח לא ישתנו מכל סיבה שהיא (למעט הצמדה או עדכון פרמיה כמפורט להלן), והם כוללים את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות מכל מין וסוג.

3.3 דמי הביטוח יהיו על בסיס חודשי וישולמו במישרין ע"י המבוטח.

4. התאמת דמי הביטוח

הפרמיה (דמי הביטוח) תעודכן בחלוף 36 חודשים ממועד תחילת ההסכם, בהתאם לתוצאות חישוב רווח והפסד שיבוצעו על פי התנאים הקבועים בהסכם הביטוח. בכל מקרה שיעור עדכון הפרמיה לא יעלה על 10% מהפרמיה החודשית האחרונה לגביה נערך החישוב.

5. קביעת דמי ביטוח תקנה 5 תק' תשע"ה-2015

(א) דמי ביטוח המשתלמים בעד סכום ביטוח מסוים או בעד תקרת תגמולי ביטוח מסוימת יהיה שווים לכל מבטח מקבוצת המבטחים או יחושבו לפי גיל, מין או תבחין אחר הקשור לסיכון הביטוחי או לפי שילוב של תבחינים כאמור.

(ב) מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטחים – המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח" –

- (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבטח;
- (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה;
- (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- (4) במהלך תקופת הביטוח – בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבטח ערב מועד חידוש הביטוח.

(ג) על אף האמור בתקנה זו, המפקח רשאי לאשר למבטח מסוים כי לגבי תכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבטח לפי תקנה זו, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבטחים.

6. ההצטרפות לביטוח

הצטרפות העובדים בני/בנות זוגם של העובדים ו/או ילדיהם לרובד הביטוח הבסיסי ולכל אחד מרובדי הרשות הינה וולונטרית, על פי הסכמה מפורשת ובכתב של העובד מראש, בכפוף לאמור להלן:

6.1 **המשכיות הביטוח למבוטחים שהיו כלולים בהסדר בביטוח הקבוצתי הקודם**

6.1.1 **מבוטחים שהיו כלולים ברובד הבסיסי במסגרת הביטוח הקבוצתי הקודם. כל המבוטחים**

שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקודם נכון ל- 30.07.2021 יצורפו לרובד הבסיס בביטוח זה ברצף ביטוחי מלא, ותוקף הביטוח לגביהם יחל ב- 01.08.2021. ההצטרפות תהיה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, על מבוטחים אלה לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי הביטוחי לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת או קודם למועד הצטרפותם לביטוח, כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. לגבי מבוטחים אלה תבוטל כל החרגה או סייג לחבות המבטח בשל מצבו הרפואי של המבוטח, ככל שנקבעה כזו בהסכם הביטוח הקודם, ולא תחול תקופת אכשרה כלשהי, אלא אם נקבעה תקופת אכשרה באופן מפורש בכיסוי ביטוחי מסוים.

6.1.2 יובהר כי כל המכסות להן זכאי המבוטח יקומו מחדש במועד תחילת ביטוח זה, ללא תלות בכך שהמבוטח מיצה את זכאותו בתקופת הביטוח הקודמת.

6.1.3 המבטח יהיה חייב בתגמולי ביטוח עבור טיפול רפואי שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח הקודמת עפ"י תנאי הפוליסה הקודמת.

6.1.4 **מבוטחים שהיו כלולים ברובד הרשות במסגרת הביטוח הקבוצתי הקודם**

6.1.4.1 כל המבוטחים שהיו כלולים ברובד הרשות על פי הסדר הביטוח הקודם נכון

ל- 30.07.2021 יצורפו לרובד הרשות בביטוח זה ותוקף הביטוח לגביהם יחל ב- 01.08.2021. ההצטרפות תהיה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, על מבוטחים אלה לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, ולא תחול תקופת אכשרה כלשהי.

6.1.4.2 על אף האמור לעיל, מבוטחים אלה אשר יודיעו למבטח על רצונם לבטל את הביטוח על פי רובד הרשות, תוך 90 ימים מתחילת מועד תוקף הביטוח על פי פוליסה זו, לא יחול התנאי בדבר ההחזר הכספי הקבוע בסעיף 4 אשר בפרק י"ב ובכפוף לכך שלא הוגשה תביעה על פי פרק י"ב במהלך תקופת ההצטרפות

6.1.4.3 יובהר כי כל המכסות להן זכאי המבוטח במסגרת רובד הרשות יקומו מחדש במועד תחילת ביטוח זה, ללא תלות בכך שהמבוטח מיצה את זכאותו בתקופת הביטוח הקודמת.

6.1.4.4 המבטח יהיה חייב בתגמולי ביטוח עבור טיפול רפואי שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח הקודמת עפ"י תנאי הפוליסה הקודמת.

6.2 הצטרפות לביטוח של עובד חדש ובני משפחתו

הצטרפות לביטוח של עובד חדש אצל בעל הפוליסה ובני משפחתו כפופה למילוי טופס אישור אלקטרוני לניכוי שווי מס משכרו של עובד המהווה אישור הצטרפות לביטוח. הביטוח עבורם יכנס לתוקפו במועד תחילת עבודתו.

6.3 תנאי הצטרפות לביטוח של עובדים זמניים / סטודנטים ובני משפחותיהם:

תנאי ההצטרפות של עובדים זמניים / סטודנטים ובני משפחותיהם הינם כמו של עובד מן השורה, בכפוף למילוי טופס ההצטרפות של חברת הביטוח. גביית דמי הביטוח תיעשה באמצעי גביה אישי. לעניין סעיף זה:

6.3.1 **עובד זמני:** - ICE - עובד בחוזה העסקה זמני לפרק זמן מוגדר מראש בין שנה לעד 3 שנים.

6.3.2 **סטודנט** - הינו סטודנט על פי נהלי והגדרות אינטל העובד במשרה חלקית.

6.4 צירוף בן/בת זוג חדש

6.4.1 בן/בת זוג אשר ת/ינשא לעובד מבוטח, וילדיו/ה, יהיו זכאים להצטרף לביטוח בתוך 90 יום ממועד הנישואין או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור של העובד (בהתאם להצהרת העובד). ההצטרפות מותנית במילוי טופס אישור לניכוי מס המהווה אישור הצטרפות לביטוח, ללא מילוי הצהרת בריאות. על מבוטחים אלה יחול סייג מצב רפואי קיים כאמור בס' 2 לפרק ב' - חריגים כלליים.

6.4.2 הביטוח עבור בן/בת זוג וילדי בן/ בת הזוג שנישאה/ לעובד במהלך תקופת הביטוח, והעובד הגיש בשמו/ה בקשת הצטרפות במהלך תקופת ההצטרפות, יכנס לתוקפו במועד מילוי בקשת ההצטרפות. התאריך הקובע הוא יום העדכון במערכות אינטל. הביטוח יחול ב-1 לחודש בו הוגש טופס ההצטרפות בגין בן/בת הזוג.

6.4.3 בחלוף תקופה זו (90 יום ממועד הנישואין או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור כאמור), הצטרפות בן/ת זוג וילדיו/ה מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. הביטוח עבור מבטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

6.5 צירוף תינוק לביטוח, צירוף ילד מאומץ/אומנה:

6.5.1 תינוק של עובד מבטח שנולד במהלך תקופת הביטוח, ואשר תוגש בקשה לצרפו לביטוח במהלך 180 יום מיום היוולדו (באמצעות עדכון של התינוק במערכות אינטל), לא יידרש למלא בגינו הצהרת בריאות, וזכאותו לתגמולי ביטוח הינה ללא תקופת אכשרה, וללא כל סייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם. תוקף הביטוח עבורו יהיה במועד היוולדו. בחלוף תקופה זו הצטרפות התינוק מותנית במילוי הצהרת בריאות ואישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיו ו/או סייגיה.

מובהר כי ההצטרפות לביטוח הינה לרובדי הביטוח בהם היו מבטחים הוריו לפני מועד הלידה. יובהר כי התשלום בגין התינוק ישולם למפרע מיום הולדתו.

6.5.2 ילד מאומץ/אומנה אשר תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח במהלך 180 יום מיום אימוצו/קבלתו לאומנה, לא יידרש למלא בגינו הצהרת בריאות, וזכאותו לתגמולי ביטוח הינה ללא תקופת אכשרה, וללא כל סייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם. תוקף הביטוח עבורו יהיה במועד בו הוכר כילדו של העובד על פי החוק, או קבלתו לאומנה, לפי העניין.

6.6 תנאי ההצטרפות של ילדי עובדים

6.6.1 ילדים של עובדים יהיו רשאים להצטרף לביטוח זה בכפוף לתנאי ההצטרפות המצוינים לעיל, ובתנאי שבמועד הצטרפותם טרם מלאו להם 24 שנים.

6.6.2 ילדיו של מבטח יוכלו להמשיך להיות מבטחים גם לאחר שמלאו להם 24 שנים, ובתנאי שבמועד הצטרפותם טרם מלאו להם 24 שנים. מובהר כי הביטוח עבור ילדים מעל גיל 24 כרוך בתשלום על חשבון העובד באמצעי גביה ישיר מול המבטח, וכי דמי הביטוח עבורו הינם דמי הביטוח עבור מבטח מבוגר.

6.7 תנאי הצטרפות של עובד ובני משפחתו לאחר תקופת ההצטרפות

6.7.1 עובד שיצטרף לביטוח לאחר 90 יום ממועד תחילת הביטוח ("תקופת חלון ההזדמנויות"), קרי, לאחר תקופת ההצטרפות, יהיה חייב במילוי טופס הצטרפות, מילוי הצהרת בריאות וחיתום. למרות האמור, עובד ו/או בני משפחתו של עובד המבטחים בביטוח פרטי או

קולקטיבי אצל המבטח יהיו זכאים להצטרף לביטוח ברצף ביטוחי מלא. מובהר ומוצהר כי האמור הינו לגבי הכיסויים וסכומי הביטוח החופפים להם היו זכאים, אם היו זכאים, במסגרת הביטוח הקודם.

6.7.2 הביטוח עבור מבטח שהצטרף לביטוח לאחר תקופת ההצטרפות המפורטות לעיל, יכנס לתוקפו באחד לחודש העוקב מהמועד בו אישר המבטח את קבלתו של המבטח לביטוח.

6.8 תנאי הצטרפות לרובד הרשות- ביטוח שיניים פרוטטיים.

6.8.1 עובדים ובני משפחתם שלא היו מבטחים ברובד הרשות במסגרת הסדר הביטוח הקבוצתי הקודם, יהיו זכאים להצטרף לביטוח הרשות בתנאי שהגישו בקשת הצטרפות תוך 90 ימים ממועד תחילת הביטוח. לאחר מועד זה לא ניתן להצטרף לביטוח.

6.8.2 עובדים חדשים ובני משפחתם, יהיו זכאים להצטרף לביטוח הרשות בתנאי שהגישו בקשת הצטרפות תוך 90 ימים ממועד תחילת העסקתם אצל בעל הפוליסה. לאחר מועד זה לא ניתן להצטרף לביטוח.

6.8.3 בני/זוג אשר נישאו לעובדים המבטחים ברובד הרשות או אשר הוכרו כבני/זוג של העובד המבטח במהלך תקופת הביטוח, יהיו זכאים להצטרף לביטוח הרשות בתנאי שהגישו בגינם בקשת הצטרפות תוך 90 ימים ממועד בו נישאו או הוכרו כבני זוגם, לפי העניין. לאחר מועד זה לא ניתן להצטרף לביטוח.

6.8.4 יובהר כי תנאי ההצטרפות לרובד הרשות הינם בכפוף לתנאי ההצטרפות הקבועים בפרק י"ב.

6.8.5 בן/בת הזוג של העובד וילדיו יהיו מבטחים באותם רבדי ביטוח של העובד.

6.9 ביטול של מבטח מהביטוח וצירופו בשנית

מובהר בזאת כי מבטחים אשר מסיבה כלשהי פרשו מביטוח זה או מכל רובד ממנו, וחזרו בהם, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות. הצטרפותם מחדש לביטוח מותנית בהסכמה ובאישור מפורש של המבטח, וכפופה לתהליך חיתום רפואי לרבות מילוי שאלון בריאות. מבטחים אלה יהיו זכאים לתגמולי ביטוח לאחר תקופת האכשרה הנקובות בכל פרק, אם ישנן.

6.10 תשובת המבטח לבקשת הצטרפות לביטוח

6.10.1 המבטח ישיב על בקשת ההצטרפות לביטוח הכפופה למילוי **הצהרת בריאות, בתוך 14**

ימי עבודה מהמועד בו התקבלו במשרדי המבטח כל המסמכים שדרש על מנת לקבוע את החלטתו לגבי תנאי ההצטרפות. אם לא תינתן תשובת המבטח למבוטח במהלך תקופה זו, יחשב המבוטח כאילו אושרה הצטרפותו לביטוח ללא תנאי או סייג.

6.10.2 אם אישר המבטח את בקשת ההצטרפות, יודיע למבוטח בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח, ה-1 בחודש העוקב לבקשתו.

7. צירוף מבטחים בהתאם לסעיף 4 בתקנות ביטוח קבוצתי התשס"ט

(א) מוטלת על מבטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

(1) במועד תחילת תקופת הביטוח, לשלם 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;

(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 (בסעיף קטן זה פרקי הכיסוי) 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 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.

(ב) האמור בסעיף (א) לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

(1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

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

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

- (א) ניתוחים;
- (ב) תרופות;
- (ג) השתלות;
- (ד) מחלות קשות;
- (ה) שיניים;
- (ו) תאונות אישיות.

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

8. מתן מסמכים למבוטח תקנה 6 תק' תשע"ה-2015

(א) מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח.

(1א) על אף האמור בתקנת משנה (א), חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין –

(1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;

(2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;

(3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

(ב) דף פרטי הביטוח יכלול את הפרטים כמפורט להלן לפחות, אם לא נכללו בטופס הגילוי הנאות:

(1) שם המבטח, שם בעל הפוליסה, שם סוכן הביטוח, אם קיים, ושם פוליסת הביטוח הקבוצתי החלה לגבי המבוטח;

(2) סכום הביטוח שרכש מבוטח מסוים, אם ניתן לרכוש סכומי ביטוח שונים לגבי אותו כיסוי במסגרת אותה פוליסה;

(3) הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסוים, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של אותו מבוטח;

(4) תוספת חיתומית לגבי מבטח מסוים וכן פירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשללהם

נקבעה התוספת האמורה;

(5) אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולבירור זכויות וחובות לפי הפוליסה;

(6) פרטים נוספים שיורה עליהם המפקח.

(ג) חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבטח, לפי דרישתו, העתק מהחובה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטח.

(ד) נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבטח, לפי דרישתו, העתק מן החובה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבטח הוראות בחובה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

9. מתן הודעות והודעות למבטח - סעיפי 7 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשע"ה – 2015

(א) חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו – מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

(א1) חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש – ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

(א2) הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויצוין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות

היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

(א3) פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

10. תביעות

המבוטח מתחייב לפעול על פי הקבוע בחוזר ישוב תביעות האחרון והמעודכן אשר יפורסם מעת לעת ע"י הממונה על שוק ההון והביטוח. מבלי לגרוע מהאמור, המבוטח מתחייב לפעול על פי הכללים המפורטים להלן:

מבלי לפגוע בזכויות המבוטח על פי פוליסה זו, על פי כל דין, המבוטח יודיע למבוטח על מקרה הביטוח מהר ומוקדם ככל האפשר, על מנת לאפשר למבוטח לברר את חבותו ולטפל בתביעה. למען הסר ספק הודעה לסוכנות הביטוח אשר מונתה ע"י אינטל, הינה כהודעה למבוטח לכל דבר ועניין. המבוטח ישלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו, או יעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם בכפוף לאמור להלן:

10.1 במקרי ביטוח השתלות וטיפולים בחו"ל, ניתוחים בארץ או בחו"ל, תרופות וטיפולים שלא בסל הבריאות, הוצאות רפואיות מיוחדות, יפנה המבוטח למבוטח מראש, בכדי לקבל אישור לחבותו על פי פוליסה זו. קבלת אישור המבוטח לקיום מקרי ביטוח כאמור הוא תנאי מהותי לאחריות המבוטח.

10.2 על אף האמור לעיל, אם היה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי, או באשפוז ממושך בלתי מתוכנן, ישלם המבוטח תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותו, גם אם המבוטח ו/או מי מטעמו לא הודיעו למבוטח מראש על מקרה ביטוח, ו/או לא קיבלו אישור מאת המבוטח לחבותו על פי הפוליסה טרם קבלת הטיפול הרפואי.

10.3 על אף האמור לעיל, אם בוצע במבוטח טיפול רפואי כאמור טרם קבלת אישור המבוטח מראש, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, בכפוף לזכאותו לתגמולי ביטוח ובסכום חבות המבוטח, ובכפוף להוראות פוליסה זו, אם היה מבקש אישור מראש והאישור היה ניתן ע"י המבוטח.

10.4 המבטח יחתום על כתב ויתור סודיות רפואית (אם נדרש לעשות כן), וימסור למבטח את כל הפרטים והמסמכים הרפואיים המתייחסים לתביעתו, אישור מאת השב"ן לגבי זכאותו ומסמכים הדרושים למבטח לבירור חבותו, והכול אם מסמכים אלה מצויים ברשותו של המבטח ו/או ביכולתו להשיג אותם.

פרטים על אופן הגשת התביעה והמסמכים הנדרשים ניתן למצוא באתר הייעודי לעובדי בעל הפוליסה.

10.5 המבטח ישיב למבטח תוך 7 ימי עבודה על החלטתו לגבי התביעה, או לגבי הצורך במסמכים נוספים הדרושים לו לשם בירור חבותו. במקרים דחופים יטופלו הפניות באופן מיידי.

10.6 המבטח יהיה זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה לשם בדיקת אמיתות העובדות המשמשות יסוד לתביעה, ולבדוק את המבטח על ידי רופא מטעמו, ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות הענין ועל חשבון המבטח, שהבדיקה אינה מסכנת את בריאותו של המבטח, ו/או עלולה לגרום לו היזק רפואי ו/או אינה בדיקה פולשנית, ומקום ביצועה של הבדיקה יהיה במרחק סביר ממקום מגוריו של המבטח, ותוך התחשבות ככל הניתן במין הרופא הנובעים מטעמי דת או צניעות. מובהר כי המבטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.

10.7 מובהר ומוצהר בזאת כי הוראות קופת החולים ו/או השב"ן לא יחולו על פוליסה זו.

11. תגמולי ביטוח

11.1 תשלומי תגמולי ביטוח ע"י המבטח

עם אישור התביעה על ידי המבטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח ישירות לנותן השירות או למבטח, ו/או ימציא התחייבות כספית לנותן השירות, בהתאם לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, כמפורט להלן:

11.1.1 התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם

אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ימציא המבטח לנותן השירות כתב התחייבות כספית. כתב ההתחייבות יינתן לנותן השירות ו/או למבטח תוך 7 ימי עבודה ממועד קבלת התביעה במשרדי המבטח, בכפוף לקבלת כל המסמכים הדרושים למבטח לצורך קביעת חבותו. במקרים דחופים, יומצא כתב ההתחייבות מיידיית בכדי לאפשר את קבלת הטיפול במועד, בכפוף לכך שהתביעה אושרה ע"י המבטח.

11.1.2 השתתפות המבטח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם

אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתאום מראש עם המבטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותני השירות, או לשלם למבטח כנגד קבלות. תגמולי הביטוח ישולמו תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת הקבלות הנוגעות לאותה תביעה במשרדי המבטח, ובכפוף לאישור התביעה. מובהר כי המבטח יאפשר למבטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטלי, בדואר אלקטרוני, במסרון, ובחשבון האישי המקוון של המבטח.

11.1.3 הגשת קבלות למבטח

תשלום תגמולי ביטוח ישירות למבטח מותנה בכך שהמבטח המציא למבטח קבלות המאשרות ששילם את התשלום בפועל. במקרה של אובדן הקבלות, או אם הן נדרשות לשם קבלת תגמולי ביטוח במסגרת השב"ן או מגורם אחר, יהיה המבטח רשאי להגיש למבטח העתקים של הקבלות בצירוף הצהרת המבטח ו/או מי מטעמו בדבר אובדן הקבלות או לגבי השימוש בהן, ו/או אישור לגבי סכום ההחזר שהתקבל מהשב"ן או מגורם אחר, לפי העניין. מובהר בזאת כי המבטח יאפשר למבטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטלי, בדואר אלקטרוני, במסרון, ובחשבון האישי המקוון של המבטח.

11.2 טיפולים רפואיים בחו"ל

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

11.3 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר

תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל, ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק פועלים בע"מ ביום הכנת התשלום על ידי המבטח, ובלבד שהתשלום הועבר לחשבון המבטח או נשלח בדואר רשום תוך שני ימי עסקים ממועד ההכנה.

11.4 פטירת מבטח

נפטר מבטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייב המבטח לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם את היתרה לעיזבונו של המבטח או ליורשיו, על פי צו קיום צוואה או על פי צו ירושה.

11.5 המבטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.

11.6 עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מהמבטח את בירור חבותו, לא יהיה המבטח חייב בתגמולי הביטוח. אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו הדבר.

12. זכות שיבוב כלפי צד שלישי

12.1 אם בגין מקרה הביטוח הייתה למבוטח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי (לרבות זכות שיפוי במסגרת חוק הבריאות הממלכתית ו/או תכנית השב"ן), שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבוטח תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילם, ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו.

12.2 קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח.

12.3 בכל מקרה של פשרה, ויתור, או פעולה אחרת של המבוטח, הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך בסכום שלא יעלה בכל מקרה על הסכום עליו ויתר המבוטח, ועל התגמולים אותם קיבל מן המבטח.

12.4 המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.

12.5 מובהר כי הוראות סעיף לא יחולו אם מקרה הביטוח הוא תוצאה של מעשה ו/או מחדל שלא בכוונה בידי אדם שהינו קרוב של המבוטח או מעבדו.

13. הוראות לעניין כפל ביטוח -סעיף 10 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט - 2015

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

13.2 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.

14. הצמדה

14.1 כל הסכומים הנקובים בפוליסה זו, לרבות סכומי הביטוח, ההשתתפות העצמית ודמי הביטוח שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי המבטח ו/או המבוטח הכול פי העניין, יהיו צמודים למדד.

14.2 חישוב הצמדה יעשה עפ"י היחס שבין המדד הידוע האחרון אשר פורסם לפני מועד התשלום בפועל על ידי המבטח לגבי תגמולי הביטוח בקורות מקרה הביטוח, או על-ידי המבטח לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין המדד הבסיסי של הפוליסה.

14.3 מועד התשלום לעניין פוליסה זו הינו המועד הנקוב בהמחאה או מועד ההעברה הבנקאית, לפי העניין, ובלבד שהתשלום נשלח בדואר רשום תוך שני ימי עסקים מהמועד הנקוב בה.

15. ביטול הפוליסה על ידי המבטח

המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הפוליסה במהלך תקופת הביטוח, ובכפוף לכל דין, למעט במקרה שהמבטח אינו משלם או לא שילם דמי ביטוח כסדרם. במקרה זה יבוטל הביטוח לאותו מבטח שעבורו לא שולמו דמי הביטוח, על פי הוראת חוק חוזה הביטוח. או במקרה של אי קבלת הסכמה מפורשת של המבטח לחידוש הביטוח עד למועד החידוש כאמור בתקנה 5 (ב) ו 7 (א), לא יחודש הכיסוי הביטוחי לפי תכנית ביטוח לגביה נדרשה הסכמה מפורשת כאמור לתקופה נוספת ויטתיים הביטוח על פיה.

16. ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבטח

16.1 מבלי לגרוע מכל זכות ו/או סעד אחרים של בעל הפוליסה, בעל הפוליסה רשאי לבטל את התקשרותו עם המבטח בהסכם הביטוח בהודעה בכתב למבטח בכל עת, מכל סיבה שהיא. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 90 יום מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח. ביטול הפוליסה ע"י בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה אצל המבטח לגבי כל המבוטחים, ובלבד שנערך הסכם ביטוח חלופי אצל מבטח אחר.

16.2 ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה לגבי כל המבוטחים.

16.3 המבטח רשאי לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבטח בכל עת.

16.4 ביטול הפוליסה על ידי מבטח שהינו עובד, משמעו ביטול הפוליסה גם לגבי המבוטחים שהינם בן/בת זוג ו/או ילדיו. ביטול הביטוח של בן/בת זוגו של העובד או ילדיו לא יהווה ביטול הפוליסה של מבטח שהינו עובד, אלא אם ביקש זאת העובד במפורש.

16.5 יובהר כי ביטול הפוליסה משמעותה ביטול כל הפרקים הקבועים בפוליסה לרבות רובד ביטוח הרשות. במקרה כזה יחולו התנאים הקבועים בפרק י"ב ו- וי"ג, בדבר החזר כספי למבטח.

17. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשע"ה-2015.

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

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

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

18. תום הביטוח ו/או הפסקתו

18.1 תום תקופת הביטוח עבור כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי **המוקדם** מבין המועדים הבאים:

18.1.1 יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח.

18.1.2 היום האחרון בחודש בו סיים המבוטח את עבודתו אצל בעל הפוליסה.

18.1.3 תוך 3 ימים מהמועד בו הודיע המבוטח למבטח בכתב, על הפסקת הביטוח לגביו.

18.1.4 לגבי בן/בת זוג וילדי בת הזוג שאינם ילדי העובד – היום האחרון בחודש בו הודיע המבוטח למבטח בכתב על גירושיו. לעניין זה "גירושין" לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין בני זוג – ידועים בציבור.

18.2 מובהר כי פוליסה זו לא תפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 17.1, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבטח בשל פוליסה זו.

19. המשכיות

19.1 סיום ההסכם או ביטולו ע"י בעל הפוליסה

19.1.1 עם סיום ההסכם או ביטולו בכפוף למועדי תום תקופת הביטוח המצויינים בסעיף 17.1 לעיל, יהיו רשאים המבוטחים לרכוש אצל המבטח ביטוח בריאות פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים לאלה בהם היו מבוטחים לפני מועד סיום ההסכם או ביטולו. דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור 15% מהתעריף שיהיה בתוקף במועד המעבר לפוליסת הפרט, אלא אם כן שונה התעריף לכלל המבוטחים הקיימים אצל המבטח באישור המפקח על הביטוח, בכפוף לגיל המבוטח בעת מימוש זכות זאת. יובהר כי עמלת הסוכן לגבי ההמשכיות בפוליסות הפרט לא תעלה על 10%.

19.1.2 המבטח יפנה בכתב לכל מבטח, או לחלק מהמבוטחים, אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם, ויציע להם את אפשרות המעבר לפוליסה פרטית בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסה הפרטית תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח בתנאי שהמבוטח הצטרף לפוליסה הפרטית בתוך התקופה של ה- 90 יום כאמור.

19.1.3 המעבר לביטוח רפואי פרטי אצל המבטח יהיה ברצף ביטוחי מלא.

19.1.4 מובהר בזאת כי האמור בס"ק 21.1.1 מתייחס לכיסויי ביטוח ועד לסכומי ביטוח הנכללים בפוליסה זו. אם יוסיף המבוטח כיסויים ו/או יבקש להגדיל את סכומי הביטוח מעבר לאלו שבפוליסה זו, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.

19.1.5 המשך הביטוח מותנה בכך שהמבוטחים יסדירו את תשלומי דמי הביטוח במישרין מול המבטח.

19.2 המשכיות הביטוח עקב סיום עבודתו אצל בעל הפוליסה

19.2.1 בוטל ביטוחם של העובד ו/או בן/ת זוגו וילדיו עקב סיום עבודתו אצל בעל הפוליסה, יהיו רשאים מבוטחים אלו לרכוש ביטוח בריאות פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים לאלה בהם היו מבוטחים עובר למועד סיום עבודתו, המוצעים לכלל האוכלוסיה באותה עת,

ברצף ביטוחי מלא, בתנאי שהתקבלה במשרדי המבטח בקשה לרכישת ביטוח בריאות עד 90 ימים מיום סיום עבודתו של המבטח אצל בעל הפוליסה.

19.2.2 המבטחים יהיו זכאים להנחה כדלקמן:

19.2.2.1 מבטחים אשר יפרשו פרישה מוקדמת עפ"י קריטריונים של אינטל או פורשים לפי חוק, יהיו זכאים להנחה בשיעור 15% מהתעריף שיהיה בתוקף במועד המעבר לפוליסת הפרט, לכל חיי פוליסת הפרט.

19.2.2.2 עובדים מבטחים שתמה העסקתם יהיו זכאים להנחה בשיעור 15% לכל חיי פוליסת הפרט, מהתעריף שיהיה בתוקף במועד המעבר לפוליסת הפרט, אלא אם כן שונה התעריף לכלל המבטחים אצל המבטח באישור המפקח על הביטוח, בכפוף לגיל המבטח בעת מימוש זכות זאת.

19.2.3 עם היוודע למבטח על סיום עבודתו של המבטח אצל בעל הפוליסה, יודיע למבטח בכתב על אפשרותו להמשיך את הביטוח בפוליסת המשך כאמור לעיל, תוך 90 יום ממועד שליחת ההודעה. מבטח אשר יבחר להמשיך את הביטוח בפוליסת המשך ישא בעלות הפרמייה מיום בו הסתיים תוקף הביטוח עבורו במסגרת הביטוח הקבוצתי.

19.2.4 תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

19.2.5 המשך הביטוח כאמור מותנה בכך שתשלומי דמי הביטוח הוסדרו במישרין מול המבטח.

19.3 המשכיות הביטוח עקב גירושין

בוטל ביטוחו של בן/ת זוגו של עובד עקב גירושין מעובד, יהיה רשאי הגרוש וילדיו (שאינם ילדי העובד) להמשיך את הביטוח, ברצף ביטוחי מלא, על פי התנאים המצוינים בסעיף 21.2.2.

19.4 פטירתו של עובד

מובהר כי שאריו של עובד שנפטר ימשיכו להיות מבטחים על פי תנאי פוליסה זו עד 90 ימים לאחר פטירתו בתעריפים הנהוגים בפוליסה. במהלך תקופה זו יהיו רשאים השארים להצטרף לביטוח בריאות פרטי ברצף ביטוחי מלא, על פי התנאים המצוינים בסעיף 21.2.2.

19.5 מובהר בזאת כי המעבר לפוליסת פרט עשוי להיות כרוך בהעלאת דמי הביטוח.

19.6 זכויות המבוטחים בתקופת חל"ת

עובד שיצא לחופשה ללא תשלום (להלן "חל"ת") שלא לאחר חופשת לידה, בין אם מיוזמתו ובין אם מכוח חוק, ופרטיו הועברו למבטח, יהיה זכאי להמשיך את הביטוח למשך תקופת החופשה בתעריף הנהוג לכלל העובדים.

20. ערעור על החלטת המבטח

- 22.1 במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לתגמולים, ו/או לגבי סכום התגמולים, יוכלו המבוטח או בעל הפוליסה לפנות ליועץ הביטוח.
- 22.2 בפנייתו של המבוטח יפרט לגבי המסמכים אותם מסר למבטח, ויעביר ליועץ כל חומר שיידרש על ידו.
- 22.3 המבטח יעביר ליועץ את כל החומר הנוגע לתביעה המצוי בידיו, בין אם החומר נמסר על ידי המבוטח ובין אם הגיע לידיהם שלא באמצעות המבוטח ובכפוף להוראות הדין.
- 22.4 יועץ הביטוח יהיה מוסמך לדון עם המבטח לגבי התביעה, לקבלה או לדחותה.
- 22.5 החלטתו של היועץ תחייב את המבטח ותיחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.
- 22.6 אם המחלוקת נוגעת לעניין רפואי, יהיה היועץ מוסמך למנות רופא מומחה ואם המחלוקת נוגעת לעניין שאינו רפואי, יהיה היועץ מוסמך למנות מומחה אחר בתחום לו נוגעת המחלוקת. (להלן בסעיף זה "המומחה"). יובהר כי שכרו של המומחה ישולם ע"י המבטח.
- 22.7 למען הסר ספק, אין בהחלטת היועץ ו/או המומחה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

23. גבול אחריות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל

חבות המבטח הינה לגבי שירותים רפואיים הכלולים בפוליסה זו, המבוצעים במדינת ישראל, למעט: השתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים אשר המבוטח בחר לבצעם בחו"ל בהתאם לתנאי הפוליסה להלן. יובהר מעבר לכל ספק אפשרי, כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

24. שינויים בנספחי הפוליסה

24.2. בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע בכל עת למבטח על רצונו לנהל משא ומתן כדי לערוך שינויים/שיפורים בתנאי הפוליסה, ו/או להאריך או לקצר את תקופת הסכם הביטוח, ו/או לעדכן את תנאי הביטוח בהתאם להנחיות או תקנות המפקח על הביטוח כפי שיהיו מעת לעת (להלן "תיקון הפוליסה"). במקרה כזה ינהלו הצדדים משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה.

24.3. לא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי התיקון המבוקש ו/או לגבי העלויות הכרוכות בכך, יהיו הצדדים רשאים להביא את הסכם הביטוח לסיומו, אף אם טרם חלפה במלואה תקופת הביטוח, בהודעה בכתב שייתן למבטח 90 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה, במקרה כזה יחולו התנאים הקבועים בסעיף 18.1 ו- 18.2 לעיל.

24.4. אם במהלך תקופת הביטוח חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי וכל זאת בכפוף להסכמה שבין המבטח לבעל הפוליסה, יחולו סעיפים 7 (א) ו- 5 (ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, לפי העניין.

25. גבייה מיסים והיטלים

מובהר בזאת כי מיסים ממשלתיים ואחרים החלים ו/או יחולו עפ"י דין ישיר על המבטח בין אם בגין הפוליסה ובין אם לאו, ישולמו ע"י המבטח ללא זכות קיזוז מהמבוטח או מבעל הפוליסה. עוד יובהר כי לא יהיה בהוראות סעיף זה כדי לשלול מן המבטח זכות, תרופה או סעד כלפי המבוטח, להם יהיה זכאי לפי כל דין.

26. התיישנות

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

27. חוק הביטוח

הוראות חוק הביטוח התשמ"א- 1981 יחולו על פוליסה זו בכל אותם עניינים אשר לא הוסדרו בפוליסה עצמה.

28. הודעות

על המבוטח להודיע למבטח באמצעות בעל הפוליסה על כל שינוי בכתובתו בהתאם לנהלי הארגון. הודעה שתישלח על ידי המבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של המבוטח תיראה כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה. אם חזרה ההודעה ששלח המבטח בדואר, ישלח המבטח הודעה בדואר לכתובתו הרשומה במרשם האוכלוסין וזו האחרונה תחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה.

29. מקום שיפוט

מקום השיפוט בכל הקשור או הנובע מהסכם ביטוח זה יהיה בכל בית משפט בישראל המוסמך לכך.

30. שונות

30.2. בכל מקרה בו מנוסחת הפוליסה ונספחיה בלשון זכר הכוונה היא גם ללשון נקבה, ולהיפך.

30.3. המבטח ישלח למבוטח לפי דרישתו, העתק מההסכם שבינו לבין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

30.4. במקרה של סתירה בין הוראות פרק זה (תנאים כלליים) לבין הוראות כל פרק או נספח, או בין כל פרק או נספח אחד למשנהו, או אם תהיה אי בהירות לגבי הפירוש הנכון של הוראה כלשהי, יפורש הדבר לטובת המבוטח.

רובד בסיסי

פרק ד' – השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות

1.1 **הוצאות אשפוז:** סך ההוצאות הממשיות בגין אשפוזו של המבוטח, לרבות הוצאות בגין שהייה בבית החולים, כולל בי"ח שיקומי, הוצאות בגין תרופות ופיזיותרפיה בעת אשפוז, הוצאות בגין בדיקות אבחון, בדיקות מעבדה, וכל הוצאה אחרת הקשורה ישירות לניתוח.

1.2 **הוצאות חדר ניתוח:** כל הוצאה עבור שימוש בחדר ניתוח, לרבות עלות הצוות הרפואי, הציוד והחומרים הנדרשים לביצוע הניתוח, לרבות אביזרים ו/או רכיבים שנעשה בהם שימוש חיצוני או פנימי במהלך ביצוע הניתוח, על פי חיוב של בית החולים.

1.3 **הטסה רפואית:** הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שרופא המבוטח קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי המותאם לעניין, משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

1.4 השתלה:

1.4.1 הגדרת השתלה המתייחסת לאיברים הבאים, ואליהם בלבד: ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם, וכל שילוב ביניהם (להלן: איבר/איברים). כריתה והוצאה מגוף המבוטח של אחד או יותר מהאיברים לעיל, והשתלה של איבר שלם במקומם, או הוספת איבר שלם, לאחר שנלקחו מגופו של אדם אחר, ו/או ממקור אחר, לרבות ומבלי למצות איבר מלאכותי, ו/או איבר מבעל חי, ו/או איבר שגודל או פותח או הודפס באמצעים טכנולוגיים אחרים. כמו כן תכוסה עפ"י פרק זה השתלת אונה של כבד או אונה של ריאות שנלקחו מאדם אחר. במקרה בו יושלת לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח.

1.4.2 השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או דם טבורי שמקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח.

הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות'.

1.5 טיפול מחליף ניתוח: טיפול רפואי, בכל טכניקה או טכנולוגיה מוכרת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות שאינה כלולה בהגדרת ניתוח, אשר צפוי להביא למטרה דומה לזו שהניתוח נועד לו, ובלבד שהטיפול הרפואי אושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא מבוצע.

מובהר בזאת כי סדרת טיפולים או מספר סדרות טיפולים, אשר יחדיו או במצטבר צפויות להביא לתוצאות דומות לתוצאות ניתוח, תחשבנה למקרה ביטוח אחד של טיפול מחליף ניתוח.

1.6 טיפול מיוחד בחו"ל: כל טיפול רפואי, ניתוח, טיפול מחליף ניתוח, או טיפול רפואי המשלב ביניהם, בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד, המבוצע בחו"ל ועונה לפחות על אחד מהתנאים הבאים:

1.6.1 אי ביצוע הטיפול הרפואי עלול לגרום סכנה לחיי המבוטח.

1.6.2 אי ביצוע הטיפול עלול לגרום לנכות צמיתה העולה על 50% עפ"י המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי.

1.6.3 הטיפול נועד להצלת אובדן מלא של השמיעה באחת או שתי האוזניים, או הראייה באחת או שתי העיניים.

1.6.4 הטיפול הרפואי נועד לטיפול במחלת הסרטן, או במחלה המטולוגית או מחלה גידולית אחרת.

1.6.5 על פי חו"ד של רופא מומחה בישראל מטעם המבוטח, זמן ההמתנה לביצוע הטיפול הרפואי בישראל מהווה סיכון לחיי המבוטח, או מהווה סיכון להחמרה במצב הרפואי של המבוטח.

1.6.6 הטיפול הרפואי נועד לטפל בבעיה רפואית שאינה מצוינת לעיל בהתקיים אחד מהתנאים הבאים:

1.6.6.1 הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול אינו ניתן לביצוע בישראל מסיבה כלשהי, ורופא מומחה בתחום בישראל המליץ על ביצוע הטיפול במרכז רפואי בעל התמחות ייחודית בתחום הטיפול הרפואי.

1.6.6.2 טרם נצבר ניסיון מוכח בביצוע הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול בישראל, ורופא מומחה בתחום בישראל מטעם המבוטח המליץ לבצע את הטיפול במרכז רפואי בחו"ל אשר מתמחה בביצוע הטיפול המסוים.

1.6.6.3 לעניין בחינת הניסיון בביצוע הטיפול, יבואו בחשבון מספר הטיפולים שבוצעו במרכזים רפואיים בישראל, מול מספר הטיפולים שבוצעו במרכז הרפואי בחו"ל, במהלך 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח.

1.6.6.4 על פי הניסיון שנצבר במהלך ה 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח נראה כי סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול הרפואי בחו"ל גבוהים מביצוע הטיפול בישראל.

1.7 **ניתוח:** כל פעולה פולשנית חודרנית (INVASIVE) החודרת דרך רקמות, בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד, לרבות ומבלי למצות באמצעות לייזר, גלי קול או רדיו, אשר מטרתה טיפול במצב רפואי ו/או ריפוי ו/או מניעה ו/או אבחון מחלה או פגיעה, ו/או תיקון פגם או עיוות של המבטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות – חודרניות לאבחון או לטיפול, כגון: הראית אברים פנימיים (ENDOSCOPY למיניהן), צנתור, אנגיוגרפיה, ריסוק אבני כליה או מרה.

הגדרה זו נוסחה באופן שייטיב עם המבטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות"

2. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבטח המחייב ביצוע השתלה בחו"ל, או טיפול מיוחד בחו"ל.

2.1. לעניין סעיף זה, "מצב רפואי המחייב ביצוע השתלה או טיפול רפואי מיוחד": הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבטח, המבוססת על אבחון רפואי מתועד, על המבטח לעבור השתלה או לקבל טיפול רפואי מיוחד, לפי העניין.

2.2. לעניין סעיף זה - המועד הקובע לחבות המבטח הינו המועד בו נמסרה לראשונה למבטח המלצה בכתב מאת רופא מומחה על הצורך בהשתלה או הטיפול המיוחד.

3. חבות המבטח

3.1 סכום הביטוח במקרה של השתלה:

המבטח יהיה זכאי לבחור באחד מבין 2 המסלולים החלופיים הבאים:

3.1.1 מסלול שיפוי:

3.1.1.1 ביצוע השתלה בתיאום עם המבטח

אם ההשתלה בוצעה בתיאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים המפורטים בסעיף 3.3 להלן (למען הסר ספק, התקרות הקבועות בסעיף 3.3 להלן, אם נקבעו, לא יחולו במקרה זה).

לעניין סעיף זה "בתיאום עם המבטח" - המבוטח הודיע למבטח מראש על הצורך בביצוע השתלה, ביצוע ההשתלה אושר מראש על ידי המבטח, וההתקשרות עם נותני השירות הרפואי, תיאום ההשתלה, והתשלום עבור ביצוע ההשתלה נעשו ישירות על ידי המבטח. (להלן "בתאום עם המבטח").

3.1.1.2. ביצוע השתלה שלא בתיאום עם המבוטח

במקרה של ביצוע ההשתלה שלא בתיאום עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי בגין הוצאות ביצוע ההשתלה יהיה עד 4,000,000 ₪ לכל מקרה ביטוח, ובהתאם לאמור בסעיף 3.3 להלן, ולתקרות הקבועות בו אם נקבעו.

3.1.1.3. תנאי לחבות המבטח

חבות המבטח עפ"י ס' 3.1.1. לשיפוי המבוטח בגין ביצוע השתלה מותנית

בהתקיים כל התנאים שלהלן:

3.1.1.3.1. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.

3.1.1.3.2. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

3.1.2. מסלול פיצוי חד פעמי מיוחד בגין מחלה קשה:

המבוטח יהיה זכאי לבחור במסלול חלופי המקנה פיצוי כספי במקרה של מצבו הרפואי המחייב ביצוע השתלה במפורט להלן:

3.1.2.1. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 350,000 ₪ בגין מצבו הרפואי המחייב ביצוע ההשתלה.

3.1.2.2. על אף האמור לעיל, הפיצוי לפי סעיף קטן 3.1.2.1 לא יחול על השתלת קרנית והשתלת מח עצם או תאי אב שמקורם בתרומה עצמית ו/או מתורם זר.

3.1.2.3. למען הסר ספק, מובהר כי מבוטח שבחר במסלול פיצוי לפי סעיף זה, לא יהיה זכאי לכל שיפוי בגין הוצאה אחרת המפורטת בסעיף 3.3 להלן.

3.2. סכום ביטוח במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל:

3.2.1. אם הטיפול המיוחד בוצע בתיאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים המפורטים בסעיף 3.3 להלן.

3.2.2. במקרה של ביצוע הטיפול המיוחד לא בתיאום עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי הינו 1,000,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

3.3. תגמולי הביטוח עבור שירותים הכרוכים בביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל

3.3.1. הוצאות הערכה רפואית:

המבטח יישא בתשלום לרופא ולמוסדות הרפואיים בישראל ו/או בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד. למען הסדר הטוב, יובהר כי תכוסה בדיקת ההערכה וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

3.3.2. הוצאות בגין טיפול רפואי:

המבטח יישא בהוצאות עבור טיפול רפואי שניתן למבוטח בין במסגרת אשפוז ובין במסגרת אחרת, לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל.

3.3.3. הוצאות השגת ושימור איבר להשתלה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לאיתור האיבר המושטל, קצירת האיבר המושטל, ו/או ביצוע פעולות אחרות הנדרשות לשם השגת האיבר, האיבר המלאכותי או האיבר המגודל, לרבות ומבלי למצות רכישתו (איבר מלאכותי), הכנתו, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה ורישום במאגרים בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל. מובהר כי חבותו של המבטח לאיתור מח עצמות לא תעלה על 200,000 ₪ למקרה ביטוח.

3.3.4. הוצאות שהות בבית חולים והוצאות אשפוז:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הכרוכות באשפוזו ושהותו בבית החולים, לרבות בית חולים שיקומי, ובכלל זה שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה, טיפול תרופתי, שתלים, אביזרים רפואיים וכל טיפול אחר הנדרש לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, או לצורך שיקומו, בהתאם להוצאות בפועל, בין אם האשפוז החל לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, בין אם אחריו, לתקופה מרבית שלא תעלה על 365 ימים.

3.3.5. הוצאות שימוש בלב מלאכותי:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שימוש של המבוטח בלב מלאכותי עד לביצוע ההשתלה, בהתאם להוצאות בפועל.

3.3.6. הוצאות הצוות המנתח וחדר ניתוח:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור עלות הצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, בהתאם להוצאות בפועל.

3.3.7. הוצאות הטסת המבוטח והמלווה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות רכישת כרטיסי טיסה עבור המבוטח ומלווה אחד במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, פעם אחת בלבד, בהתאם להוצאות בפועל. אם גילו של המבוטח נמוך מ- 18 שנה, המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאה של כרטיסי טיסה עבור המבוטח ושני מלווים.

3.3.8. הוצאות הטסת רופא:

בנוסף לאמור בסעיף 3.3.7 לעיל, המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שכר רופא מלווה, הוצאות רכישת כרטיסי טיסה לרופא מלווה במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, אם נסיעה של רופא מלווה נדרשת על ידי שלטונות התעופה, ו/או אם הטסת הרופא נדרשת לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, על פי המלצה מאת הרופא המטפל במבוטח בישראל (שאינו הרופא המלווה), והכול בהתאם להוצאות בפועל. בנוסף המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של הרופא המלווה, בתנאי שהשהייה בארץ הטיפול הינה חיונית מבחינה רפואית.

3.3.9. הוצאות הטסה רפואית:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות הטסה רפואית, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, בהתאם להוצאות בפועל.

3.3.10. הוצאות העברה יבשתית:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח ומלווה אחד, ובמקרה שהמבוטח קטין-שני מלווים, בליווי צוות רפואי

המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר משדה התעופה לבית החולים ובחזרה, בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח, עפ"י ההוצאות בפועל. למען הסר ספק, יובהר כי המבטח יכסה גם הוצאות הנובעות מהעברה באמבולנס, אם הדבר נדרש לפי צורך רפואי.

3.3.11. הוצאות מגורים וכלכלה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור הוצאות מגורים וכלכלה של המבוטח ומלווה אחד, בהיותם בהמתנה לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה על ידי רופאו של המבוטח כחיונית מבחינת רפואית, בהתאם להוצאות בפועל ועד לסכום של 800 ₪ ליום. אם גיל המבוטח נמוך מ- 18 שנה ונמצא מלווה נוסף, תקרת ההוצאה תהיה 1,500 ₪ לכל יום. מובהר כי חבות המבטח לא תעלה על 20% מסכום הביטוח המרבי להשתלה או טיפול המיוחד, כמצוין בס"ק 3.1.1.2 ו- 3.2.2 לפי העניין.

3.3.12. הוצאות המשך טיפולים בחו"ל:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאה הכרוכה בהמשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה, או הטיפול המיוחד, או לצורך בקרה עליהם, בהתאם להוצאות בפועל. חבות המבטח לשיפוי הוצאות המבטח עבור המשך טיפול בחו"ל הינה במסגרת החבות הכוללת של המבטח הקבועה בסעיף 3.1 ו- 3.2 לפי העניין. חבות המבטח על פי סעיף זה הינה בתנאי שלא ניתן לבצע את המשך הטיפול או הבקרה בישראל, ו/או אם ישנה חו"ד של רופא מומחה בכיר בישראל הקובעת כי אי ביצועו בחו"ל עלול לסכן את בריאות המבוטח.

3.3.13. המשך טיפול בישראל:

המבטח יישא בעלות הוצאות רפואיות הנדרשות עבור המשך טיפול בארץ, לרבות טיפול תרופתי, טיפול שיקומי מכל סוג שהוא, וטיפול סיעודי, שניתנו למבוטח במהלך 24 חודשים ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד, עד לסכום של 250,000 ₪.

3.3.14. הוצאות הטסת גופה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאות העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ל בעת שהותו בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל.

3.3.15. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה בישראל או לביצוע טיפול

מיוחד:

עלות הבאת מנתח ו/או מומחה רפואי על פי העניין, לרבות שהותו בארץ והוצאות טיסה. בנוסף יישא המבטח בעלות שכר המנתח ובכל עלות הכרוכה בביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

3.3.16. בנסיבות שבהן המבטח יצא לחו"ל לצורך השתלה, וההשתלה לא בוצעה, יהיה זכאי המבטח לתגמולי הביטוח הקבועים לעיל, ובתנאי שהוצגו למבטח כל המסמכים המעידים כי מטרת הנסיעה היתה לצורך ביצוע השתלה

3.4. גמלת החלמה לאחר השתלה בארץ או בחו"ל:

3.4.1. לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל, יהיה זכאי המבטח, לגמלה חודשית בסכום של 4,500 ₪ למשך תקופה בת 24 חודשים.

3.4.2. נפטר המבטח וטרם שולמו לו מלוא תשלומי הגמלה, יתרת תשלומי הגמלה ישולמו ליורשיו החוקיים בתשלום אחד לאחר פטירתו.

3.4.3. אם אושרה תביעתו של המבטח לבצע השתלה על פי תנאי פוליסה זו, יהיה זכאי מבטח שגילו מעל 21 שנים לקבל תשלום גמלה עוד בטרם בוצעה ההשתלה, למשך 6 חודשים, ובתנאי שתקופת תשלום הגמלה לא תעלה על 24 חודשים בסך הכול. **תנאי לתשלום הגמלה כאמור בס"ק זה הוא כי המבטח המציא אישור כי הוא נרשם במרכז הלאומי להשתלות בישראל.**

3.4.4. מבטח יהיה זכאי לגמלת החלמה לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כדלקמן:

3.4.4.1. מבטח שבמועד ביצוע הטיפול גילו מעל 21 שנים יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 3,500 ₪ לחודש לתקופה מרבית בת 6 חודשים. גמלת ההחלמה תשולם החל ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המיוחד.

3.4.4.2. מבטח שבמועד ביצוע הטיפול טרם מלאו לו 21 שנים, יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 1,750 ₪ לחודש לתקופה מרבית בת 6 חודשים. גמלת ההחלמה תשולם ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המיוחד.

4. תנאי לחבות המבטח

יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 6 בפרק ג' - תנאים כלליים.

5. חריגים לפרק זה

בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק ב', המבטח לא יכסה על פי פרק זה:

5.1. השתלות וטיפולים ניסיוניים.

5.2. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים, ובלבד שמקורם דנטלי, וכן בהשתלת שתלים דנטליים.

5.3. על פי פרק זה לא יכוסו בדיקות הריון וניתוח הקשור בהריון ו/או לידה.

5.4. לא תכוסה השתלה של איבר שאינו מנוי ברשימת האיברים המצוינת בס' 1.4 בפרק זה. למען הסר ספק, השתלת מסתמים (כגון מסתם לב) או קוצב לב, או השתלת עצם או רקמה (כגון מפרק ברך או ירך) לא תיחשב כהשתלה לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י פרק זה.

5.5. לא יכוסו טיפולים עקב השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית או צבאית, במסגרת היותו בשירות סדיר, שירות מילואים, או שירות קבע בצה"ל, ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבוטח על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.

5.6. ניתוחים לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים: על אף האמור יכוסו ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, או ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים שיש סיבה רפואית לביצועם, על פי המלצה מאת רופא מומחה, לרבות לצורך מניעה להיווצרות בעיה רפואית בעתיד, וכן ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים לצורך תיקון פגם או עיוות מולד אצל תינוק שנולד במהלך תקופת הביטוח, וצורך לביטוח על פי הכללים המצוינים בתנאים הכלליים.

פרק ה'- ניתוחים בחו"ל וטיפול מחליפי ניתוח בחו"ל

בקורות מקרה הביטוח, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן, בכפוף לתנאים להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים.

1. הגדרות

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:

1.1 טיפול מחליף ניתוח בחו"ל: טיפול רפואי, בכל טכניקה או טכנולוגיה מוכרת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות, שאינה כלולה בהגדרת ניתוח, אשר צפוי להביא למטרה דומה לזו שהניתוח נועד לו, ובלבד שהטיפול הרפואי אושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא מבוצע. מובהר בזאת כי סדרת טיפולים או מספר סדרות טיפולים, אשר יחדיו או במצטבר צפויות להביא לתוצאות דומות לתוצאות ניתוח, תחשבנה למקרה ביטוח אחד של טיפול מחליף ניתוח.

1.2 ניתוח: כל פעולה פולשנית חודרנית (INVASIVE) החודרת דרך רקמות, בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד, לרבות ומבלי למצות באמצעות לייזר, גלי קול או רדיו, אשר מטרתה טיפול במצב רפואי ו/או ריפוי ו/או מניעה ו/או אבחון מחלה או פגיעה, ו/או תיקון פגם או עיוות של המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות – חודרניות לאבחון או לטיפול, כגון: הראית אברים פנימיים (ENDOSCOPY למיניהן), צנתור, אנגיוגרפיה, ריסוק אבני כליה או מרה.

הגדרה זו נוסחה באופן שייטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפאיות בביטוח בריאות"

1.3 שירותי ניתוח ואשפוז: שכר יעוץ עם המנתח לפני ואחרי הניתוח, שכר מנתח בבית חולים, שכר יעוץ עם רופא מרדים, עלות רופא מרדים בבית חולים, כיסוי הוצאות חדר ניתוח ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז לרבות שירותי שיקום ושירותי אחות במהלך האשפוז, עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח.

2. מקרה הביטוח

2.1. ניתוח בחו"ל

2.1.1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח, והמבוטח בחר לבצעו בבית חולים בחו"ל, **ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעת המבוטח לחו"ל.**

לעניין סעיף זה, "מצב רפואי המחייב ניתוח": הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח המבוסס על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לעבור ניתוח.

2.1.2. תגמולי הביטוח

המבטח יישא בעלויות עבור ביצוע ניתוח בחו"ל כדלקמן:

2.1.2.1. שירותי ניתוח ואשפוז:

2.1.2.1.1. ניתוח שתואם עם המבטח - המבטח ישפה את המבוטח במלוא

עלות שירותי ניתוח ואשפוז. לעניין זה "תיאום עם המבטח": התקשרות המבטח עם נותני השירות הרפואי, תיאום מועד מתן הטיפול, ותשלום לנותן השירות ישירות ע"י המבטח.

2.1.2.1.2. ניתוח אשר לא תואם מראש עם המבטח - המבטח ישפה את

המבוטח בגין שירותי ניתוח ואשפוז, בשיעור ההוצאה בפועל ועד 1,200,000 ₪. יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת הודעה מראש למבטח על מנת לאפשר לו לתאם את הניתוח עם נותן השירות בחו"ל.

2.1.2.2. שירותי אמבולנס לבתי חולים ובתי חולים

המבטח ישפה את המבוטח עבור העברתו של המבוטח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי החולים בחו"ל.

2.1.2.3. שכר יעוץ עם המנתח לאחר שובו של המבוטח לישראל

המבטח ישפה את המבוטח עבור התייעצות עם הרופא מבצע הניתוח בחו"ל לאחר שובו של המבוטח לישראל, בשיעור 80% ועד 2,500 ₪ להתייעצות. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת על פי סעיף זה.

2.2. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

2.2.1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח המחייב טיפול מחליף ניתוח, והמבוטח בחר לבצעו בחו"ל. לעניין סעיף זה, "מצב רפואי המחייב טיפול מחליף ניתוח" הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, המבוססת על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לקבל טיפול מחליף ניתוח.

2.2.2. תנאי לחבות המבטח

המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול מחליף ניתוח בכפוף לקיום התנאים המצטברים הבאים:

2.2.2.1. רופא מומחה בישראל או בחו"ל המליץ על ביצוע ניתוח.

2.2.2.2. הטיפול מחליף ניתוח בוצע ע"י רופא מומחה, המורשה על פי חוק במדינה בה מתבצע הטיפול לבצע במבוטח את הטיפול מחליף ניתוח.

2.2.2.3. הטיפול מחליף ניתוח בוצע בבית חולים או במרפאה בחו"ל, המורשים לבצע את הטיפול המחליף ניתוח על פי חוקי המדינה בה הם פועלים.

2.2.3. תגמולי הביטוח

2.2.3.1. טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל ואושר מראש ותואם עם המבטח - המבטח ישפה את המבוטח במלוא עלות שירותי ניתוח ואשפוז.

2.2.3.2. טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל ואשר לא אושר ותואם מראש עם המבטח - השיפוי המרבי בגין הטיפול ו/או סדרת טיפולים, יהיה בשיעור 200% מעלות ביצוע ניתוח, כמצוין באתר האינטרנט של המבטח, אותו בא הטיפול המחליף ניתוח להחליף, אם היה מבוצע בישראל.

2.2.3.3. עלות טיפול מחליף ניתוח יכלול את ההוצאות הבאות:

2.2.3.3.1. שכר נותן הטיפול המחליף ניתוח.

2.2.3.3.2. הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים בבית חולים או במרפאה.

2.2.3.3.3. הוצאות אשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המחליף ניתוח, עד לתקרה של 30 ימי אשפוז.

3. הוצאות נוספות הכרוכות בביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל

בנוסף לאמור בסעיפים 2.1 ו 2.2 לעיל, יישא המבטח בעלות עבור השירותים הבאים:

3.1. **כיסוי להוצאות הטסה:**

במקרה שתקופת האשפוז והשהייה בחו"ל עקב מצבו הרפואי של המבוטח תעלה על 5 ימים, יישא המבטח בתשלום הוצאות טיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ושל מלווה אחד לחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח וחזרתם ארצה לאחר הניתוח מחו"ל, בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד. היה המבוטח קטין שגילו נמוך מ-18 שנה, יכסה המבטח הוצאות טיסה כאמור, עבור שני מלווים שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים.

3.2. **כיסוי להוצאות הטסה רפואית:**

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית מישראל לחו"ל ומחו"ל לישראל, בהתאם לצורך, עד סכום ביטוח מרבי בסך 80,000 ₪.

3.3. **כיסוי להוצאות שהייה של מלווה:**

במקרה שתקופת השהות בחו"ל תהיה מעל 5 ימים רצופים, ישתתף המבטח בשיעור 80% מהוצאות השהייה של מלווה אחד שהוצאו בפועל, ועד לסך 700 ₪ ליום, ועד תקרה של 30 ימים. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ-18 שנה, ישתתף המבטח בהוצאות שהייה עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, ליום לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים, ועד 1050 ₪, והכול בהתאם לאמור בסעיף זה.

3.4. **כיסוי להוצאות שהייה של המבוטח לאחר ניתוח:**

המבטח יישא בעלות השהייה של המבוטח בחו"ל, בכפוף לצורך רפואי ולאישור בית החולים בו בוצע הניתוח כי מצבו של המבוטח מחייב את המשך שהייתו בחו"ל. הכיסוי יהיה עד לסך של 800 ₪ ליום, ועד 10 ימי שהייה בחו"ל מיום ששוחרר המבוטח מבית החולים.

3.5. **כיסוי להוצאות הטסת גופה:**

המבטח יישא בעלות הוצאות הטסת גופה לישראל, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל.

4.

5. תנאי לחבות המבטח על פי פרק זה

- 5.1. תנאי לחבות המבטח לביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, כי המבוטח הינו תושב ישראל, והתגורר בישראל כדרך קבע למעלה מ- 180 ימים במהלך השנה הקודמת לקרות מקרה הביטוח.
- 5.2. יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 6 בפרק ג' - תנאים כלליים.
- 5.3. למען הסר ספק מובהר כי תכנית ביטוח זו אינה באה במקום, ואינה כוללת, ביטוח נסיעות לחו"ל.

6. חריגים מיוחדים

- בנוסף לאמור בתנאים הכלליים, המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, על פי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים :
- 6.1. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שאינו נובע מצורך רפואי, ונועד במישרין או בעקיפין למטרות יופי ו/או אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, ולמעט: ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד שאושרה על ידי המבטח, או ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם BMI גבוה מ- 40.
- 6.2. בדיקות מכל סוג אלא אם כן נעשו לצורך ביצוע ניתוח או במהלכו, זריקות/ הזרקות או הזלפות אלא אם בוצעו בחדר ניתוח או במרפאה כירורגית או תחת שיקוף או תחת הרדמה, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפותרמי.
- 6.3. בדיקת מי שפיר ובדיקות אחרות הקשורות בהריון, בדיקת עוברים, בדיקות ופעולות הדמייה לרבות CT ו- MRI שאינן במהלך ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, ובדיקות סקר למיניהן.
- 6.4. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים, ובלבד שמקורם דנטלי, וכן בהשתלת שתלים דנטליים.
- 6.5. ניתוחים או טיפולים כתוצאה ישירה מפעילות ספורטיבית מקצוענית של המבוטח במסגרת אגודת ספורט, ששכר כספי בצדה.
- 6.6. השתלות בישראל או בחו"ל ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל כהגדרתם בפרק ד'.
- 6.7. לא יכוסו טיפולים עקב השתתפות פעילה של מבוטח בפעולה מלחמתית או צבאית, במסגרת היותו בשירות סדיר, שירות מילואים, או שירות קבע בצה"ל ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי

על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.

פרק ו'- תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות לפרק זה

- 1.1. **טיפול תרופתי:** נטילת תרופה באורח חד פעמי או מתמשך על פי מרשם.
- 1.2. **מרשם:** מסמך רפואי החתום על ידי רופא מומחה אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי, קבע את אופן השימוש בו, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. המרשם ירשם לכל תרופה בנפרד, ובמינון של טיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 1.3. **תרופה:** חומר כימי או ביולוגי או תכשיר ביוטכנולוגי או תכשיר אחר כהגדרתו בפקודת הרוקחים התשנ"ב -1981 (תיקון 24 - ההתשע"ו 2016) לרבות תכשיר משולב המכיל אביזר רפואי אחד או יותר (Combination product) אשר מטרתו לרפא או לטפל במצב רפואי או ליקוי בריאותי, עקב מחלה או תאונה למניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה, או להקל על הסימפטומים הרפואיים (כולל כאב). מובהר תרופות הומאופטיות או טיפולים מתחום הרפואה משלימה או תוספי תזונה כהגדרתם בתקנות בריאות הציבור (מזון)(תוספי מזון) התשנ"ז - 1997, אינם נכללים בהגדרת תרופה לעניין פוליסה זו.
- 1.4. **ההגדרות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 2015-1-18 – "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופתי."**

2. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב, טיפול תרופתי, באמצעות תרופה העונה בלפחות באחד מהתנאים הבאים:

2.1. תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות

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

2.2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות

כל תרופה (בין אם ניתנת כתרופה בודדת או בשילוב עם תרופה/ות נוספות) הכלולה בסל שירותי הבריאות, שאינה ממומנת באופן מלא ע"י קופת החולים בה חבר המבוטח, או אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי כי התרופה אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות בישראל לא תחשב כתרופה ניסיונית.

2.3. תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL

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

1. פרסומי ה- FDA

2. American Hospital Formulary Service Drug information

3. US Pharmacopoeia Drug Information Drugdex Micromedex ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):

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

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

3.3 יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או II a

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

4.1 NCCN

4.2 ASCO

4.3 NICE

4.4 ESMO Minimal Recommendation

2.4. **תרופת יתום** – מוצר כימי או ביולוגי, המשמש לטיפול במחלה נדירה שמספר החולים בה בארה"ב על פי חוק תרופות היתום האמריקאי (ORPHAN DRUG ACT) אינו עולה על 200,000 נפש (שכיחות של 7.5 חולים לכל 10,000 תושבים), או תרופה לצורך טיפול במחלה בשכיחות גבוהה יותר שהחוק האמריקאי הכיר בה כתרופת יתום מכיוון שהייצור ושיווק התרופה בתחומי ארה"ב אינו מכסה את עלויות המחקר והפיתוח שלה, או על פי חוק המחלות היתומות של האיחוד האירופי (EU Orphan Medicine Regulations) אינו עולה על 190,000 (5 חולים לכל 10,000 תושבים).

2.5. טיפול תרופתי מיוחד וטיפול תרופתי בהתאמה אישית

מבלי לפגוע בזכויותיו של המבוטח לתגמולי ביטוח עבור טיפול תרופתי באמצעות תרופה הכלולה בקריטריונים המצוינים בסעיף 2.1-2.4 לעיל, המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח עבור טיפול תרופתי באמצעות תרופה העונה על אחד או יותר מהתנאים הבאים:

2.5.1. תרופה שאושרה לשימוש על פי הוראת רופא מומחה כתכשיר שאינו רשום במוסד רפואי לחולה בודד עפ"י תקנה 29 א (3).

2.5.2. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, בהסתמך על לפחות שני פרסומים מדעיים מקובלים לפיהם התרופה נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

2.5.3. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, והנמצאת בהליך רישום באחת מהמדינות המוכרות, לרבות במסלול אישור בעדיפות ("Priority Review"), במסלול אישור מהיר ("Fast Track Designation"), או מסלול אישור מואץ ("Accelerated Approval"), או שסווגה ע"י ה-FDA כ"תרופה פורצת דרך" ("Breakthrough Designation").

2.5.4. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, ובחלוף שלושה חודשי טיפול נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. יובהר כי תגמולי הביטוח עבור נטילת התרופה ישולמו למבוטח החל מתום שלושה חודשי טיפול ואילך.

2.5.5. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר בהסתמך על אבחון גנטי או גנומי שבוצע במעבדה או מכון מורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בו המעבדה או המכון פועלים.

2.5.6. תרופה שאושרה לביצוע ניסויים רפואיים קליניים בבני אדם - Investigational IND (New) Drug, או ע"י CAT (Committee for Advanced Therapies) של סוכנות התרופות האירופאית - EMA או ע"י ועדת הלנסקי בישראל.

3. **מועד קרות מקרה הביטוח:** המועד הקבוע במרשם לפיו על המבוטח ליטול את הטיפול התרופתי. יובהר כי מבוטח שקיבל טיפול תרופתי המכוסה על פי פרק זה טרם הצטרפותו לביטוח, וחלפו לפחות 3 שנים מהמועד בו הפסיק המבוטח ליטול את התרופה, ובמועד הצטרפותו לביטוח לא נטל את הטיפול התרופתי, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין אותו טיפול תרופתי בחלוף התקופות הנקובות בסעיף 2 אשר בפרק ב' "חריגים כלליים" בפוליסה, לפי העניין.

4. תגמולי ביטוח

4.1 סכום ביטוח מרבי עבור טיפול תרופתי

4.1.1. הסכום המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח המנויים בסעיפים 2.1-2.4, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, יהיה בסך 4,000,000 ₪ עבור כל מקרי הביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח.

4.1.2. הסכום המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח המנויים בסעיפים 2.5.1-2.5.6, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, יהיה בסך 800,000 ₪ עבור כל מקרי הביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח.

4.1.3. יובהר כי המבטח יישא בתגמולי ביטוח כל עוד מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול, אף אם תקופת הביטוח תסתיים, או לא תחודש, בין אם אצל המבטח או מבטח אחר.

4.2 השתתפות עצמית

4.2.1. המבוטח ישא בהשתתפות עצמית בסך 250 ₪ בגין כל מרשם. ההשתתפות העצמית תהיה עבור שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מההשתתפות העצמית.

4.2.2. למרות האמור, בנסיבות בהן זכאי המבוטח להשתתפות השב"ן בעלות הטיפול התרופתי, יישא המבטח ביתרת עלות התרופה, ללא השתתפות העצמית.

4.2.3. אם עלות מנה חודשית של תרופה תעלה מעל 5,000 ₪, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.

4.2.4. המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיה.

5. תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן

המבטח יישא בשיעור של 80% מעלות תוספי מזון ויטמינים ומינרלים הניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי לטיפול במחלת הסרטן שהתגלתה במהלך תקופת הביטוח, ועד 1,000 ₪ לכל חודש, ולתקופה מרבית בת 36 חודשים ממועד גילוי המחלה.

6. תנאי לחבות המבטח

יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 12 בפרק ג' - תנאים כלליים.

7. חריגים מיוחדים

בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק ב', המבטח לא יהיה אחראי לכל תשלום עבור:

- 7.1. תרופות הניתנות במסגרת ניסוי קליני. יובהר כי תרופות המכוסות על פי סעיף 2.5 על סעיפי המשנה בו, לא יחשבו כתרופות נסיוניות לעניין פרק זה.
- 7.2. תרופות לטיפול באין אונות, או תרופות לטיפול שניניים.
- 7.3. טיפולים וחומרים לצורך טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאין לגביהם הוראה רפואית מובהקת, וכן תרופות לטיפול אנטי אייג'ינג, תרופה למטרות דיאטה או מניעת עישון.
- 7.4. לא יכוסו טיפולים עקב השתתפות פעילה של מבטח בפעולה מלחמתית או צבאית, במסגרת היותו בשירות סדיר, שירות מילואים, או שירות קבע בצה"ל, ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבטח על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.
- 7.5. הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל:

המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח עבור טיפול תרופתי בזמן היות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל. חזר המבטח לגבולות המדינה, יוכיח את זכאותו לתגמולים, והמבטח ישלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה. למרות האמור לעיל, במקרה בו המבטח שוהה בחו"ל לתקופה שלא עולה על 90 יום, יהיה המבטח זכאי לתגמולי ביטוח בגין תרופה, על פי תעריפי עלות התרופה במדינת ישראל.

פרק ז' – הוצאות רפואיות מיוחדות

המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות רפואיות הנדרשות על פי הוראת רופא מומחה עקב אחד או יותר ממקרי הביטוח המפורטים להלן שאירעו למבוטח במהלך תקופת הביטוח.

1. מקרה הביטוח

- אחד המקרים המפורטים להלן שאירע למבוטח במהלך תקופת הביטוח, ובהיות פרק זה בתוקף:
- א. **איבוד גפיים (Loss of Limbs)** – איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.
 - ב. **אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech)** – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.
 - ג. **אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure)** – אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים:

1. הקטנה חדה בנפח הכבד;

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

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

4. צהבת, מעמיקה;

ד. **אי ספיקת כליות כרונית**–END STAGE RENAL FAILURE חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליות.

ה. **אנמיה אפלסטית**–SEVERE APLASTIC ANEMIA כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

1. עירוי מוצרי דם;

2. מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;

3. מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);

4. השתלת מוח עצם.

1. **גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor)** – תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.

2. **דלקת חיידיקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)** – דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת נוירולוג מומחה יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך

3. **דלקת מוח (Encephalitis)** – דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות שלושה חודשים, ואשר לדעת נוירולוג מומחה יותירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם נקבעה למבוטח נכות קבועה של 40% לפחות.

4. **השתלת איברים (Organ Transplantation)** – לב, ריאה, לב-ריאות, کلیה, לבלב, כבד, מוח עצמות – קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר.

5. **התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome)** – נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

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

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

7. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** – דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות 2 חודשים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

8. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension)** – עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימיות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה

בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ"כ או לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

יד. **כוויות קשות (Severe Burns)** – כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

טו. **מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) (Terminal Liver Disease)** – מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

1. צהבת;

2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;

3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;

4. אנצפלופטיה כבדית;

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

טז. **מחלת ריאות כרונית – CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARARY DISEASE** מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:

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

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

יז. **ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis)** – עדות לפגיעה משולבת בניוון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית, הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נויורולוג מומחה.

יח. **ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב OPEN HEART Surgery for Valve (Replacement or Repair)** – ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

יט. **ניתוח אבי העורקים (Aorta)** – ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן. לרבות מקרים בהם הפרוצדורה מבוצעת באמצעות צנתור אם קיימת מפרצת בגודל 5 ס"מ או יותר

כ. **ניתוח מעקפי לב (CABG)** – ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי. למען הסר ספק, מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.

כא. **סוכרת נעורים מסוג ELLITUS-DIABETES** - סוכרת נעורים מתמשכת שנמשכה לפחות 6 חודשים ובגינה זקוק המבוטח לטיפול במרפאה מיוחדת לטיפול בסוכרת, או ע"י אנדוקריןולוג. הכיסוי הביטוחי מוגבל למבוטח שבמועד גילוי המחלה שטרם מלאו לו 18 שנה.

כב. **סרטן (CANCER)**

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.

מחלת הסרטן תכלול גם לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

מקרה הביטוח אינו כולל:

1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של CARCINOMA IN SITU כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים.

2. מלנומה ממאירה בעובי פחות מ- 0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות);

3. מחלות עור מסוג:

3.1 Hyperkeratosis ו Basal Cell Carcinoma ;

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

4. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל- T2 No TNM Classification Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל- 6 (כולל);

5. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ $10,000 \text{ B cell ul}$ lymphocytes ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;

6. סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה;

7. פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית;

8. גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;

9. T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור

בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל - T CELL LY.

למרות האמור יובהר כי המבטח יכסה כל מקרה של גידול ממאיר גם אם אינו מכוסה בסעיפים 1-9 לעיל, אך המבטח מקבל טיפול קרינתי או טיפול כימותרפי. סכום הביטוח במקרה זה יהיה בשיעור של 50% מהסכום הנקוב בסעיף 3.1 להלן.

כג. **עיוורון (Blindness)** – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.

כד. **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis)** – מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.

כה. **פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage BY ACCIDENT)** – פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר אירעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה על ידי רופא נירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).

כו. **פוליו (שיתוק ילדים) (Poliomyelitis)** – שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.

כז. **פרקינסון (Parkinson's Disease)** – האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.

כח. **צפדת (טטנוס) (Tetanus)** – מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.

כט. **קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy)** – מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.

ל. **שבץ מוחי (CVA)** – כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נירולוגיות או חוסר נירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 6 שבועות והנקבע על ידי נירולוג מומחה.

לא. **שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis)** – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).

לב. **תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS)** – נוכחות של נגיף HIV בגופו של מבטח

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

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

לה. **נכות רפואית מוחלטת ותמידית** - נכות בשיעור של 75% או יותר (על פי המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי- למעט תקנה 15), שנגרמה כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, או ממחלה שאינה נמנית על רשימת המחלות או האירועים המוזכרים לעיל, והתגלתה לראשונה בתקופת הביטוח. המבטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה אף אם נקבעה לו נכות זמנית בשיעור העולה של 75% לתקופה העולה על 3 חודשים

2. מועד קרות מקרה הביטוח

מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו התגלתה המחלה או בוצע הטיפול הרפואי, לפי העניין.

3. זכאות לתגמולי ביטוח

מבטח יהיה זכאי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות הנדרשות לטיפול במחלתו, או לטיפול במצבו הרפואי הנובע ממנה, עפ"י חוות דעת של רופא מומחה שהבעיה בתחום מומחיותו, בנוסף לשיפוי או פיצוי להם הוא זכאי עפ"י כל פרק בפוליסה זו.

מובהר כי במקרה בו ניתן כיסוי להוצאות המפורטות בפרק זה בפרקים אחרים שבפוליסה, הכיסוי על פי פרק זה יינתן לאחר מיצוי הזכאות בפרקי הפוליסה השונים. הכיסוי על פי פרק זה אינו כפל כיסוי אלא כיסוי מצטבר.

4. הוצאות רפואיות:

לעניין סעיף זה, הוצאות רפואיות יוגדרו: כל טיפול או שירות רפואי לטיפול במצב הרפואי של המבוטח, מניעת הישנות המחלה או החמרתה וכן טיפול הנובע ממצבו הרפואי של המבוטח, שניתן למבוטח בישראל או בחו"ל, לרבות ומבלי למצות: עלות אשפוז בבית חולים והוצאות בגין שירותים אותם קיבל המבוטח במהלך האשפוז ועבורם נדרש המבוטח לשלם ישירות לבית החולים, שירותי סיוע והשגחה, ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, טיפולים פסיכולוגיים, הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה, אביזרים רפואיים לרבות מושטלים, חיצוניים או מתכלים, התאמת הדיור לצרכי המבוטח, טיפולים הנובעים ממצב רפואי המכוסה על פי פרק זה כגון הקפאת/ שאיבת זרע / ביצית עקב גילוי מחלת הסרטן, וכן הוצאות העברה הנדרשות לצורך קבלת השירותים כאמור עקב המצב הרפואי, הוצאות עבור שירותים וטיפולים סיעודיים לרבות הוצאות אשפוז במוסד סיעודי, הוצאות טיפול סיעודי בבית המבוטח, הוצאות לאמצעי טיפול מתכלים, והוצאות להתאמת הדיור לצרכיו של המבוטח במקרה של סיעוד.

5. סכום הביטוח

בקורות מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח במלוא ההוצאה בפועל עבור כל הטיפולים הרפואיים כאמור, אותם שילם המבוטח במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח, ולאחר מיצוי זכאותו על-פי כל אחד מפרקי הפוליסה לפי הענין. חבות המבטח הינה עד לתקרה של 100,000 ₪ לכל מקרי הביטוח יחד.

עבור תוספי מזון וויטמינים, או עבור שימוש בקנאביס רפואי, על פי הוראת רופא מומחה בלבד ישתתף המבטח בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 400 ₪ בחודש.

מובהר כי אם המבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה בגין אחד האירועים ו/או המחלות שנמנו לעיל, ואירע מקרה ביטוח נוסף במהלך תקופת הביטוח, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר. בכל מקרה, סה"כ השיפוי בגין כל מקרי הביטוח יחדיו לא יעלה על 100,000 ₪.

6. תקופת האכשרה לפרק זה הינה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח (למבוטחים שביטלו את השתתפותם בביטוח והצטרפו מחדש – ראה פרק א' הגדרות כלליות: תקופת אכשרה)

פרק ח' – בדיקות אבחוניות והתייעצות עם מומחים

1. בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א', תהיה למומחים הבאים המשמעות המפורשת בצידם:

1.1 בדיקה פתולוגית: כל בדיקה אשר תורמת לחקר תהליך המחלה במטרה להבין את אופייה ואת הסיבות הגורמות לה, לרבות ומבלי למצות, באמצעות בדיקות דם, שתן, צואה, נוזלי גוף, תאים ורקמות מן החי או מן המת, בכל טכנולוגיה או אמצעי שהוא.

1.2 בדיקות רפואיות אבחנתיות: בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג, בדיקות הדמיה –אולטרסאונד (U.S), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I) מכל סוג שהוא, מיפוי, PET, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמוסת וידיאו, כל פעולה חדירתית ופולשנית לצורך אבחון, בדיקה פתולוגית, וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי המלצה של רופא מטעם המבוטח לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, בכל טכניקה או טכנולוגיה שתהיה ידועה במועד ביצועה אף אם אינן נכללות בסל הבריאות במועד קבלתן, לרבות בדיקות גנטיות, בדיקות אונקוגנטיות, בדיקות גנומיות, וכן בדיקות גנטיות המבוצעות בקרובו של המבוטח הנדרשות לאבחון מניעה או אבחון מצבו הרפואי של המבוטח. על פי הגדרה זו תכוסה גם כל בדיקה המבוצעת בישראל ונשלחה לפענוח ע"י מומחה או מעבדה בחו"ל, או בדיקות רפואיות אבחנתיות שעל פי חו"ד של רופא מומחה מטעם המבוטח מומלץ לבצען בחו"ל. כמו כן יכוסו בדיקות לצורך מניעת מחלה, מניעת הישנות המחלה או החמרתה, שבוצעו על פי הפניה או המלצה מאת רופא מטעם המבוטח, בהסתמך על הפרופיל הרפואי של המבוטח (גורמי סיכון, גיל, מגדר, מצב רפואי וכו'). יובהר כי על פי הגדרה זו לא יכוסו בדיקות הריון מכל סוג שהוא. כמו כן לא יכוסו בדיקות סקר רפואי שלא על פי הוריה רפואית, ולא יכוסו בדיקות מניעה מכל סוג שלא על פי המלצה בכתב מאת רופא אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

2. בדיקות אבחון

2.1 מקרה הביטוח:

בדיקות אבחוניות שביצע המבוטח במהלך תקופת הביטוח.

2.2 תגמולי ביטוח

המבטח ישתתף בעלות ביצוע בדיקות אבחנתיות, בניכוי השתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 20% מהעלות או 150 ₪ לכל בדיקה, לפי הגבוה מביניהם

2.3 תנאי לחבות המבטח

חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית בכך שניתנה למבוטח המלצה מאת רופא שהבעיה הרפואית הנבדקת הינה בתחום מומחיותו.

2.4 חוות דעת נוספת

מבוטח אשר עבר בדיקת אבחון, יהיה זכאי לשיפוי הוצאותיו בשיעור 80% ועד 800 ₪, עבור חוות דעת נוספת מאת רדילוג מומחה או רופא מומחה שהבעיה הרפואית היא בתחום מומחיותו.

2.5. חריגים

מובהר בזאת כי סעיף זה אינו כולל בדיקות לנשים בהריון ובדיקות גנטיות הקשורות בהריון, ובדיקות סקר תקופתית.
תקופת אכשרה לסעיף זה 3 חודשים.

3. בדיקות סקר לעובדים מעל גיל 40

המבטח ישתתף בעלות ביצוע בדיקת סקר תקופתית (בדיקת סקר מנהלים), אשר כוללת בין היתר את הבדיקות הבאות: בדיקת רופא מקיפה, בדיקות דם ובדיקות מעבדה, בדיקת תפקודי ריאות, תפקודי כליות ותפקודי כבד, בדיקת לחץ דם, בדיקת ראייה ושמיעה, בדיקת לחץ תוך עיני, צילום חזה ובדיקת לב- א.ק.ג. ו/או ארגומטריה, הכול עד לסך של 500 ₪ בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור 30%. הזכאות לביצוע בדיקות סקר הינה אחת בכל 2 שנות ביטוח.

4. אבחון מהיר:

- 4.1 מבוטח יהיה זכאי להחזר הוצאות תהליך אבחון במסגרת שירות אבחון מהיר אצל ספק שבהסכם עם המבטח, פעם אחת בשנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית בסכומים הבאים:
 - עבור תהליך אבחון בסיסי (תוך 3 ימי עסקים): 180 ₪
 - עבור תהליך אבחון מקיף: (תוך 7 ימי עסקים): 380 ₪
- 4.2 בסעיף זה תהיה למונחים הבאים המשמעות המפורשת לצידם:
 - 4.2.1 רופא ממין – רופא מומחה עימו קשור הספק בהסכם תקף כרופא ממין בקשר למתן שירות אבחון מהיר במועד קבלת השירות בפועל
 - 4.2.2 תהליך אבחון: תהליך רפואי שעובר מבוטח לפי החלטת הרופא הממין, כדי לקבוע את אופי המחלה או ההפרעה על פי סימנים ותסמינים.

4.2.3 תהליך אבחון בסיסי: פגישה ראשונית עם רופא ממין אשר יקבע את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הראשוניות (דם, שתן, רנטגן) הנדרשות לביצוע במסגרת תהליך האבחון, הפניה לרופא מומחה שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

4.2.4 תהליך אבחון מקיף: בדיקות רפואיות אבחנתיות נוספות על פי הוראת הרופא הממין או רופא מומחה שהבעיה הרפואית בתחום מומחיותו, בנוסף לאלו הקיימות בתהליך האבחון הבסיסי.

4.3 חריגים:

המבוטח לא יהיה זכאי לקבלת השירותים במקרים בהם השירות המבוקש נובע ממצב רפואי שהינו תוצאה ישירה ו/או עקיפה של:

4.3.1 מצב רפואי ו/או פרוצדורה הקשורה בפוריות או פריין ו/או סיבוכי היריון או לידה מכל סיבה שהיא, למעט מצב רפואי בעקבות לפחות 3 הפלות רצופות.

4.3.2 פרוצדורה הקשורה באופן ישיר ו/או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה ובכלל זה טיפול בהשמנת יתר. מובהר כי חריג זה לא יחול בגין ניתוח שיחזור שד לאחר כריתת שד.

4.3.3 מצב רפואי בתחום רפואת שיניים פה ולסת.

4.4 יובהר כי שירות זה כולל אך ורק בדיקות עפ"י הפניה של הרופא הממין, או עפ"י הפניה של רופא מומחה אליו הופנה המבוטח ע"י הרופא הממין.

4.5 יובהר כי שירות זה אינו מחליף פנייה לחדר מיון בהתאם לצורך הרפואי.

5. התייעצות עם רופא מומחה

5.1 מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור התייעצות עם רופא מומחה, וכן יעוץ ברפואה ראשונית הניתנים ע"י רופא משפחה מומחה או רופא ילדים מומחה.

5.2 עבור התייעצות עם רופא מומחה יהיה זכאי המבוטח להשתתפות המבטח בשיעור 80% ועד 1,000 ₪ לכל התייעצות, ועד 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח אחת.

5.3 מובהר בזאת כי התייעצות עם רופא מומחה לה זכאי המבוטח בפרק או סעיף אחר בפוליסה זו, לא תבוא במניין ההתייעצויות על פי סעיף זה.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח (למבוטחים אשר ביטלו את השתתפותם בביטוח והצטרפו מחדש- ראה פרק א' הגדרות כלליות: תקופת אכשרה)

6. חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים

המבטח ישתתף בעלות חוות דעת שניה של רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו מאושפז המבוטח, בעת שהותו באשפוז, בשיעור של 80% ועד 2,500 ₪, פעם אחת בכל אשפוז.

7. חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל

7.1 מקרה הביטוח

התייעצות של המבוטח במהלך תקופת הביטוח עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי הנמצאים בחו"ל, לאחר שניתנה חו"ד רפואית בישראל.

7.2 חבות המבטח

7.2.1 המבוטח יהיה זכאי לתשלום תגמולי ביטוח עבור קבלת חוות דעת רפואית נוספת מרופאים מומחים בחו"ל, ממרכזים רפואיים המוכרים ע"י הרשויות במדינות בהם הם פועלים.

7.2.2 תגמולי הביטוח יינתנו גם לתשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל.

7.2.3 חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית באישורו המוקדם לבקשת חוות הדעת כאמור.

7.3 תגמולי הביטוח

7.3.1 המבטח ישפה את המבוטח בגין התייעצות כאמור, בשיעור של 80% מהסכום אותו שילם המבוטח בפועל עבור ההתייעצות, אך לא יותר מ- 7,000 ₪ בכל תקופת הביטוח.

7.3.2 במקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבוטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה המבטח את המבוטח בסכום של עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה, וסכום של 1,000 ₪ לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.

8. שירות "רופא מלווה"

8.1 בנוסף לזכאותו של המבוטח על פי סעיף 5-7 לעיל, המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% מעלות עבור שירותי "רופא מלווה" ועד 2,500 ₪, פעם אחת בתקופת הביטוח.

לעניין סעיף זה "רופא מלווה": רופא מומחה או צוות מומחים אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותם, המנהלים את תהליך הטיפול הרפואי, ובכלל זה: אבחון ומתן מידע ראשוני לאחר בדיקה רפואית ובחינת מסמכים ובדיקות רפואיות קודמות, הכוונה והפניה לרופאים מומחים ובדיקות אבחוניות המתאימים למצבו הרפואי של המבוטח, מעקב אחר תהליך הבירור או הטיפול הרפואי, יעוץ וליווי המבוטח בתהליך, ריכוז הממצאים, הסבר למבוטח לגבי הממצאים, מסקנות, כתיבת דו"ח מסכם, והמלצות להמשך טיפול.

8.2 שירות רופא מלווה יכלול לפחות 2 פגישות יעוץ פרונטליות עם הרופא המלווה במהלך 3

חודשים מתחילת השירות.

8.2.1 חריגים

עפ"י סעיף זה לא יכוסו:

8.2.1.1 בעיות בהתפתחות הילד.

8.2.1.2 טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי.

8.2.1.3 יעוץ במהלך אשפוז של המבוטח בבית חולים.

8.2.1.4 טיפולים למטרות יופי ואסתטיקה.

8.2.1.5 פוריות, הריון או עקרות.

8.2.1.6 טיפולים ברפואה משלימה.

8.2.2 יובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח על פי סעיף 5-7 לצורך מיצוי זכאותו

כי על פי סעיף זה.

פרק ט' – ניתוחים וטיפול מחליפי ניתוח בישראל – משלים שב"ן

הכיסוי יינתן בהתאם לאמור בתנאי פרק זה - תנאי הפוליסה האחידה - בעת ניתוח אצל נותני שירות שבהסכם בלבד.

1. על אף האמור בהגדרות הכלליות שבפרק א', לצורכי פרק זה יחולו ההגדרות שלהלן.

1.1. בית חולים פרטי:

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

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

1.2. הסדר התייעצות: הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994

- הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי החברה או על ידי המטופל.

1.3. הסדר ניתוח: הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם

בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

1.4. התייעצות: התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה

לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.

1.5. 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.

1.6. מרפאה כירורגית פרטית: מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה

רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.

1.7. ניתוח: פעולה פולשנית – חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה,

תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת

באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור,

אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

- 1.8. **קופת חולים:** על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994
- 1.9. **רופא מומחה:** על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.10. **שתל:** על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

- בקורות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד:
- 3.1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.
- 3.2. שכר מנתח.
- 3.3. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית: כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.
- 3.4. טיפול מחליף ניתוח – כיסוי עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
- לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קורות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של המבטח בכתובת <https://www.migdal.co.il>. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

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

4. תגמולי ביטוח:

בקורות מקרה ביטוח החברה המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

4.1 בקורות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר עבור ניתוחים פרטיים בישראל, ובלבד שבוצע באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

4.2 במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן או שאינו חבר בשב"ן או מכל סיבה אחרת), או אם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן), או אם הניתוח בוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסדר ניתוח עם השב"ן (רופא, מוסד רפואי, ספק ציוד, אביזרים, או שתלים בהם נעשה שימוש במהלך הניתוח), או בחר שלא לפנות לשב"ן למיצוי זכאותו, יישא המבטח במלוא הכיסוי הביטוחי, בניכוי השתתפות עצמית בשיעור 20% ועד 3,000 ₪ לכל ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, אשר ישולם ע"י המבוטח לנותן השירות, ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

4.3 במקרה שבו ישנה סכנה להחמרה במצב בריאותו של המבוטח ועל פי חוות דעת של רופא מומחה מטעם המבוטחאי ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח עלול לסכן את חיי המבוטח, או לגרום לו נכות רפואית או תפקודית קבוע, או כאשר השב"ן דחה תביעתו של המבוטח מכיוון שהניתוח או הטיפול מחליף ניתוח מבוצע בטכנולוגיה רפואית שאינה כלולה בהסדר עם השב"ן יינתן כיסוי ביטוחי מלא בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 3 לעיל.

4.4 במקרים שבהם במקרה שהמבוטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי ביטוחי מלא בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 3 לעיל.

5. ברות ביטוח:

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת השב"ן"), יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת השב"ן, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג בחברה באותה עת, עם הגשת בקשה בכתב, ותשלום דמי ביטוח מלאים כנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ללא כל תקופת אכשרה ולא תידרש הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים תהא למפרע על פי מועד הפסקת השב"ן.

6. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

המבוטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

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

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

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

6.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

6.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

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

6.5 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.

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

- 6.7 מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;

פרק י' -שירותים במהלך אשפוז או לאחר ביצוע ניתוח

המבטח ישתתף בעלות עבור השירותים הרפואיים המפורטים להלן, לפני ו/או במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח, כמפורט להלן:

1. שכר אח/אחות פרטית

1.1 המבטח ישתתף בעלות הוצאות שירותי שמירה וסיוע בעת שהותו של המבוטח בבית"ח, עד 550 ש"ח לכל יום אשפוז, מהיום שלאחר יום ביצוע הניתוח, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.

1.2 בנוסף, ישתתף המבטח בעלות שירותי אח/אחות מוסמכת לטיפול במבוטח בביתו לאחר השחרור מבית החולים, בשיעור של 80% מההוצאה ועד 200 ש"ח ליום, לתקופה מרבית בת 30 יום, שתחילתה במועד השחרור מבית החולים.

2. עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי בישראל

המבטח יישא בעלות העברתו של המבוטח לבית החולים וממנו בקשר עם ביצוע הניתוח, לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום, או לפי התעריף הנהוג לגבי טיסות פנים ארציות בחברת תעופה סדירה.

3. טיפול שיקומי בעת אשפוז

המבטח יישא בעלות שירותי פיזיותרפיה ושיקום שניתנו למבוטח בעת אשפוז בבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, עד 320 ש"ח לכל יום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז. **יובהר כי על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים שניתנו בעת אשפוזו של המבוטח בבית חולים שיקומי.**

4. החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, בבית החלמה מוכר

אם בוצעו במבוטח: ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח בעמוד השדרה או השתלת איבר או לאחר אירוע לב, או ניתוח אחר או אירוע רפואי אחר אשר כתוצאה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה של 3 ימי אשפוז מלאים ורצופים, ישתתף המבטח בהוצאות ההחלמה ו/שיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי, בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 1000 ש"ח לכל יום החלמה, לתקופה שלא תעלה על ארבע עשרה ימים, בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.

5. טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום לאחר ניתוח

5.1 המבטח ישתתף בעלות עבור טיפול פיזיותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפול שיקום, שניתנו למבטח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, בשיעור 80% ועד 200 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים.

5.2 הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

6. התעמלות שיקומית לאחר ניתוח

המבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור הוצאותיו בגין התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח, בשיעור 80% ועד לסכום מרבי של 200 ₪ לחודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.

7. סיוע וטיפול סיעודי לאחר ניתוח

בוצע במבטח ניתוח במהלך תקופת הביטוח, והמבטח זקוק לסיוע בביצוע אחת מפעולות ה - A.D.L על פי הערכה תפקודית שבוצעה ביום השחרור מבית החולים או בבית המבטח ע"י גורם מוסמך מקופת החולים, יהיה זכאי להשתתפות המבטח בסכום של 200 ₪ לכל יום עבור שרותי סיוע או טיפול סיעודי, לתקופה מרבית בת 60 ימים שתחילתה במועד השחרור מבית החולים.

8. פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה

מבטח שגילו נמוך מ- 65 שנים ואושפז בבית חולים לתקופה רציפה של 4 ימים, יהיה זכאי לפיצוי בסך 250 ₪ עבור כל יום אשפוז, החל מיום האשפוז החמישי ולמשך 4 ימי אשפוז לכל היותר. למרות האמור לעיל, עובד פעיל אצל בעל הפוליסה יהיה זכאי לפיצוי ללא הגבלת גיל. יובהר כי הפיצוי כאמור ישולם אף אם לא בוצע ניתוח במהלך האשפוז.
המבטח יהיה זכאי לפיצוי בעד 2 תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.

פרק י"א – שירותים רפואיים נוספים וטיפולים בטכנולוגיות מתקדמות

1. בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א' תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדם:
 - 1.1 **אביזר רפואי:** כל מכשיר או אביזר לשימוש פנימי או חיצוני אשר נועד לאבחון, ניטור, הקלה, טיפול, שיקום או מניעה של מחלה, ניתוח, פציעה או נכות, כלי עזר לבעל מוגבלות פיזית או תחליף של איבר אנטומי, לרבות פיאה נוכרית לחולה אונקולוגי.
 - 1.2 **בדיקה פתולוגית:** כל בדיקה אשר תורמת לחקר תהליך המחלה במטרה להבין את אופייה ואת הסיבות הגורמות לה, לרבות ומבלי למצות, באמצעות בדיקות דם, שתן, צואה, נוזלי גוף, תאים ורקמות מן החי או מן המת, בכל טכנולוגיה או אמצעי שהוא.
 - 1.3 **טיפול שיקומי:** כל טיפול שמטרתו שיפור, שיקום ומיומנות המאפשרת תפקוד יומיומי תקין לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכלול בין היתר טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים או בעלי חיים. הטיפולים ניתנים לביצוע ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי אחר, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.
 - 1.4 **טכנולוגיות רפואיות מתקדמות:** כל פרוצדורה רפואית בכל טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד, המאושרת לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות (ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA)), אשר מטרתן אבחון מצב רפואי, טיפול, ריפוי, של מחלה או פגיעה, ו/או תיקון פגם או עיוות, טיפול בסימפטומים של מחלה או פגיעה.
 - 1.5 **טיפול בכאב:** טיפולים לצורך הקלה בכאב, באמצעות טכנולוגיות מכל סוג שהוא, לרבות ומבלי למצות: באמצעות תכשיר או תרופה, הזרקות או הזלפות חומרים משככי כאב, או נוגדי דלקת, טיפולים באמצעות השתלת קוצב או משאבה, הזרקות תוך מפרקית של חומרי סיכה או גורמי ריפוי כדוגמת PRP או אורטוקין, לרבות תחת רנטגן או טומוגרפיה, טיפולים באמצעות גלי הלם רדיו או לייזר מכל סוג שהוא.
 - 1.6 או כל טיפול אחר או שילוב של טיפולים, עפ"י המלצת רופא נירולוג או מומחה לכאב, או מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח על פי פרק זה הינו ביצוע אחד או יותר מהטיפולים הנמנים בסעיף 4 להלן, המבוצעים בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. תגמולי ביטוח

המבטח יישא בתגמולי ביטוח עבור הטיפולים המכוסים על פי פרק זה, בשיעורים הנקובים להלן, אלא אם צוין במפורש אחרת באותו סעיף:

3.1 המבטח ישלם למבוטח 60% מההוצאות ששילם בפועל בגין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה, אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול כמפורט בסעיפים להלן.

3.2 אם פנה המבוטח לשב"ן בו הוא מבוטח בכדי למצות את זכאותו (שיפוי, פיצוי, הנחה או השתתפות), יהיה זכאי ל- 80% מההפרש שבין ההוצאה בפועל להחזר שקיבל מהשב"ן, אך לא יותר מהסכומים הנקובים בכל טיפול.

3.3 מובהר כי אם השירותים המבוקשים אינם כלולים בסל השירותים לגבי כלל החברים בשב"ן, או במקרה בו המבוטח מיצה את מכסת הטיפולים להם הוא זכאי במסגרת השב"ן, יהיה זכאי המבוטח ל- 80% מההוצאה בפועל אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול.

4. רשימת הטיפולים המכוסים על פי פרק זה

4.1 רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי

4.1.1 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור יעוץ דיאטטי ושירותי רפואה משלימה כמפורט להלן:

- 4.1.1.1 הומיאופטיה
- 4.1.1.2 אוקופונקטורה
- 4.1.1.3 כירופרקטיקה
- 4.1.1.4 אוסטיאופטיה
- 4.1.1.5 רפלקסולוגיה
- 4.1.1.6 שיאצו
- 4.1.1.7 ייעוץ דיאטטי
- 4.1.1.8 שיטת פלדנקרייז
- 4.1.1.9 ביו-פידבק

4.1.1.10 נטורופתיה

4.1.1.11 הרבולוגיה

4.1.1.12 שיטת פאולה

4.1.1.13 שיטת אלכסנדר

4.1.1.14 טווינא

4.1.1.15 שיטות נוספות שיהיו מקובלות במכוני קופת חולים מעת לעת

4.1.2 אם הטיפול בוצע במכון של קופת חולים, ונדרש מהמבוטח לשלם השתתפות עצמית, סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בשיעור 80% מההוצאה בפועל, ועד לסכום של 108 ₪ לטיפול או התייעצות שבוצעו במהלך תקופת הביטוח. המבוטח יהיה זכאי לעד 16 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח.

4.1.3 אם הטיפול בוצע אצל מטפל או מכון שאינו קשור לקופת חולים, סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בשיעור 60% מההוצאה בפועל, ועד לסכום של 108 ₪, לטיפול או התייעצות שבוצעו במהלך תקופת הביטוח. המבוטח יהיה זכאי לעד 12 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח.

4.1.4 לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל, או עבור התחייבות לנותן שירות לטיפול עתידיים.

4.1.5 השתתפות המבטח עבור שירותי הרפואה המשלימה המבוצעים אצל מטפלים או מכונים שאינם קשורים לקופת החולים, כפופה לאישור על הבעיה הרפואית בגינה מתבקש הטיפול, מאת רופא שהבעיה הרפואית הינה בטיפולו או בתחום מומחיותו.

4.1.6 המבטח לא ישפה את המבוטח בגין טיפולים או ייעוץ בתחומים הבאים:

4.1.6.1 היפנוזה, היפנוטרפיה.

4.1.6.2 טיפולים ו/או ייעוץ לצורך הרזיה הינם מסיבות רפואיות ועל פי המלצה מאת הרופא המטפל.

4.1.6.3 טיפולים ו/או ייעוץ הקשורים בגמילה מהרגלים ו/או התמכרות (כגון סמים, עישון, אלכוהוליזם וכו'). סייג זה לא יחול על מבטח שטרם מלאו לו 21 שנים בעת מקרה הביטוח.

4.1.6.4 טיפולים ו/או ייעוץ שאינם כלולים בסעיף 4.1.1.

4.1.6.5 הוצאות עבור תרופות ו/או חומר מרפא ו/או תוספות מזון ו/או ויטמינים ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך הטיפול.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

4.2 אביזרים רפואיים

4.2.1. המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור רכישת אביזרים רפואיים, עד לסך מצטבר של 4,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. מובהר כי הזכאות להשתתפות המבטח עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים, וסכום ההחזר לא יעלה על 400 ₪ בכל פעם.

4.2.2. רכישת האביזר הרפואי מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה.

4.2.3 חריגים

4.2.3.1. לא יכוסו אביזרים הקשורים לטיפול שיניים, אביזרי ספורט ורהיטים.

4.2.3.2. לא יכוסו עדשות מגע, למעט עדשות מגע ניידות במקרה של מחלות: קרטוקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7.

4.2.3.3. לא יכוסו משקפיים, למעט במקרה של מחלה כרונית מהמחלות הבאות: קוצר ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד). כמו כן יכוסו משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.

4.2.3.4. לא יכוסו נעליים, למעט נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת בהתאם לכללים שנקבעו, לחולים במחלה ראומטית עם עיוות ניכר של כף הרגל, או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים. כמו כן יכוסו נעליים המיועדות לטיפול או שיקום כדוגמת נעלי אפוס.

4.2.3.5. לא יאושר אביזר לצורך טיפול ניסיוני או המבוסס על טכנולוגיות ניסיוניות.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

4.3. יעוץ פסיכולוגי

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור יעוץ ו/טיפול פסיכולוגי שניתנו למבוטח ע"י רופא פסיכיאטר ו/או פסיכולוג ו/או עובד סוציאלי מורשה במהלך תקופת הביטוח, עד 180 ש"ח לכל טיפול, ועד 18 טיפולים במצטבר לכל תקופת הביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

4.4. מנוי למשדר קרדיולוגי

4.4.1. המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בתשלום עבור דמי מנוי לשירות משדר קרדיולוגי עד לסכום של 160 ש"ח לחודש, לתקופה מרבית בת 24 חודשים.

4.4.2. הזכאות לפי סעיף זה מותנית בכך שמצבו הבריאותי של המבוטח המחייב שימוש בשירותי מנוי למשדר קרדיולוגי הינו אחד מאלה:

4.4.2.1. המבוטח אובחן כסובל ממחלת לב איסכמית, או עבר אוטם שריר הלב במהלך שלושה חודשים בטרם רכש מנוי לשירות.

4.4.2.2. אובחן במבוטח הצורך בניתוח לב או השתלת לב.

4.4.2.3. המבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו.

4.5. שמירת אחות ופיצוי באשפוז (לא ניתוח).

4.5.1. מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בסכום של עד 320 ש"ח לכל יום, עבור שירותי אחות לשמירה ו/או טיפול, במקרה של אשפוז רצוף בבית חולים בישראל מחמת מחלה או תאונה (לא ניתוח), החל מהיום שלאחר יום האשפוז ולמשך תקופה מרבית בת 14 ימים.

4.5.2. בנוסף, מבוטח שגילו בעת קרות מקרה הביטוח מתחת ל- 18 שנים, ואשר אושפז בבית חולים בישראל שלא לצורך ניתוח, יהיה זכאי לפיצוי של 200 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מהיום שלאחר יום האשפוז ולתקופה מרבית בת 14 ימים.

תקופת אכשרה לסעיף זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

4.6. טיפולי שיקום (שלא לאחר ניתוח)

4.6.1. טיפול פיזיותרפי ו/או ריפוי בעיסוק:

4.6.1.1. המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבוטח עבור טיפולים פיזיותרפיים, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפול שיקומי אחר שביצע המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל. השתתפות המבוטח תהיה לא יותר מ- 180 ש"ח לכל לטיפול ולא יותר מ- 12 טיפולים בכל שנת ביטוח.

4.6.1.2. הטיפול ינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה בתחום מומחיותו.

4.6.2. שיקום דיבור

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות עבור טיפול לשיקום הדיבור עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור בעקבות אירוע מוחי (C.V.A), ניתוח, מחלה או תאונה שאירעו במהלך תקופת הביטוח בשיעור של 80% ולא יותר מסך מרבי של 180 ש"ח לכל טיפול, ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

4.6.3. התעמלות שיקומית:

4.6.3.1. לאחר אירוע רפואי המצוין להלן שאירע במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי המבוטח להשתתפות עבור התעמלות שיקומית על פי הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו, עד לסכום מרבי של 180 ש"ח לחודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים המסתיימת לכל המאוחר בתום 18 חודשים ממועד האירוע.

4.6.3.2. אירוע לב: ניתוח לב, אוטם שריר הלב, צנתור לב.

4.6.3.3. ניתוח אורתופדי או נוירולוגי.

4.6.3.4. אירוע רפואי אחר המצריך התעמלות שיקומית על פי הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

4.6.4. התייעצות עם רופא שיקומי

המבטח ישתתף בעלות התייעצות שיקומית עם מומחה שיקומי, שניתנה למבטח במהלך תקופת הביטוח, לצורך קביעת תכנית טיפול שיקומי כגון שיקום מוטורי, שיקום ניורולוגי, שיקום נשימתי, שיקום הלב ושיקום הדיבור והקול, בשיעור 80% מעלות ההתייעצות ועד 1000 ₪ לכל התייעצות, פעם אחת בכל שנת ביטוח.

4.7. כיסוי מיוחד לילדים

4.7.1. פיצוי בגין היעדרות מלימודים

מבטח שגילו נמוך מ- 21 שנה ושנעדר מלימודיו בבית ספר כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעו במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי לפיצוי בסך של 200 ₪ ליום לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה- 21 להיעדרות רציפה ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי).

תקופת אכשרה לסעיף זה – 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

4.7.2. בעיות הרטבה לילדים

המבטח יהיה זכאי להשתתפות עבור 2 טיפולים למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5 שניתנו למבטח במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום מרבי של 700 ₪ לכל טיפול.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

4.7.3. אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה

4.7.3.1. מבטח שגילו עד 18 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בהוצאות אבחון ע"י רופא ילדים, או רופא מומחה שהליקוי בתחום מומחיותו או ע"י פסיכולוג, מאבחן או מכון אבחון מוכר המתמחה בין השאר בתחום קלינאות תקשורת, באבחון דידיקטי, פסיכו - דידיקטי ו/או אבחון הפרעות קשב וריכוז מכל סוג שהוא כדוגמת, BRC MOXO, TOVA, (להלן "מאבחן מוכר") עד לסך 1,200 ₪.

4.7.3.2. הזכאות הינה אחת לכל תקופת ביטוח. למרות האמור, המבטח יהיה זכאי להשתתפות אחת נוספת ועד לסך של 1,200 ₪, עבור אבחון נוסף, ובתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה, והילד מטופל תרופתית.

תקופת אכשרה לסעיף זה 12 חודשים מיום תחילת ביטוח זה.

4.7.4. טיפול בבעיות התפתחות בילדים

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור טיפול בבעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו אצל ילד עד גיל 18, ע"י מאבחן מוכר, וטופלו ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק או קלינאי תקשורת או פסיכולוג או טיפול באמצעות שיטת ריפוי אחרת, אך לא יותר מ-180 ש"ח לטיפול, ולא יותר מ-30 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף זה 12 חודשים מיום תחילת הביטוח.

4.8. בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות

4.8.1. בדיקות גנטיות טרום הריון

המבוטח/ת יהיה זכאי להשתתפות עבור ביצוע בדיקות גנטיות טרום הריון למבוטח/ת לשלילת מומים מולדים, במקרים בהם הבדיקה אינה ממומנת ע"י הסל הבסיסי או משרד הבריאות. הזכאות הינה עד 1,200 ש"ח, פעם אחת בתקופת הביטוח.

4.8.2. בדיקות לנשים בהריון

המבוטחת תהיה זכאית להשתתפות עבור בדיקות לנשים בהריון שבוצעו במהלך תקופת הביטוח כמפורט להלן: בדיקה וסריקה על קולית מורחבת של עובר הנישא ברחמה של המבוטחת, בדיקת שקיפות עורפית, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת מי שפיר או סיסיליה, בדיקת חלבון עוברי, בדיקת כרומוזומים לשלילת תסמונת דאון וטרזומיה 18 ו/או כל בדיקה לצורך אבחון מצבה הרפואי של המבוטחת, תקינות ההריון, או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר, עד 4,000 ש"ח עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון.

במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 5,000 ש"ח לכל הריון.

4.8.3. טיפול פוריות והפריה חוץ גופית

4.8.3.1. מבטחת תהיה זכאית להשתתפות בשיעור 60% בעבור ביצוע טיפולי פוריות או הפריה שבוצעו במהלך תקופת הביטוח בגופה של המבוטחת, עקב אי יכולת להרות מסיבה רפואית.

4.8.3.2. חבות המבטח הינה עד לסכום של 10,000 ש"ח לכלל הניסיונות להרות (כל הטיפולים עד היוולדו של תינוק), עבור כל הריון, עד הולדת ילד ראשון ו/או שני ו/או שלישי בלבד. אם בוצע הטיפול בחו"ל, חבות המבטח תהיה עד לסכום של 20,000 ש"ח. המבוטחת תהיה זכאית לטיפול אחד בחו"ל בכל תקופת הביטוח.

4.8.3.3. הכיסוי על פי סעיף זה כולל את כל המרכיבים והשלבים בביצוע טיפול הפוריות או ההפריה, לרבות: בדיקה אבחונית, עלות טיפול תרופתי, הזרעה תוך רחמית או שאיבת ביציות, ביצוע ההפריה, והחזרת עוברים לגופה של המבוטחת, וכן עלות השגת תרומת ביצית לצורך ביצוע ההפריה.

4.8.3.4. המבטח ישתתף בעלויות עבור טיפולים לפריון הגבר, לרבות פרוצדורות כירורגיות להוצאת תאי זרע מגופו של המבוטח והשבחתם, שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, ובתנאי שהטיפול אינו מכוסה על פי פרק ז' - ניתוחים וטיפולי מחליפי ניתוח בישראל, ובוצע באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח.

4.8.3.5. יובהר כי הזכאות לתגמולי ביטוח הינה עבור טיפול שבוצע בגופו/ה של המבוטח/ת בלבד במהלך תקופת הביטוח, עבור הולדת ילד ראשון ו/ או שני ו/או שלישי בלבד. יובהר כי שני בני זוג מבוטחים יהיו זכאים לסכום ביטוח של 10,000 ₪ יחדיו.

4.8.3.6. המבוטחת תהיה זכאית לטיפול אחד בחו"ל בכל תקופת הביטוח.

4.8.4. יובהר כי הזכאות על פי סעיף 4.8 - בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות, תחול גם לגבי אם פונדקאית.

תקופת אכשרה לסעיף 4.8 רבתי הינה 9 חודשים.

4.9. טיפולים בטכנולוגיה מתקדמת

4.9.1. המבטח יישא במלוא העלויות הכרוכות בביצוע טיפול או סדרת טיפולים באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות, לרבות שכר מבצע הטיפול, הוצאות חדר ניתוח/טיפול, הוצאות אשפוז וכל הוצאה אחרת הדרושה לביצוע הטיפול. חבות המבטח עבור טיפול רפואי שבוצע באמצעות טכנולוגיות מתקדמות בחו"ל לא יעלה על 200,000 ₪.

4.9.2. חבות המבטח בגין מקרה הביטוח מותנית בהתקיים התנאים הבאים במצטבר:

4.9.2.1. הפרוצדורה הרפואית אינה מכוסה על פי פרק או סעיף אחר בפוליסה למעט פרק ז'-הוצאות רפואיות מיוחדות.

4.9.2.2. רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח המליץ על ביצוע טיפול רפואי באמצעות טכנולוגיה רפואית מתקדמת.

4.9.2.3. הטיפול הרפואי מבוצע באישור מראש ובכתב של המבטח.

4.9.2.4. הטיפול הרפואי באמצעות טכנולוגיות מתקדמות יבוצע בבתי חולים, מרפאות, או מרכזים רפואיים, בעלי רישיון ואישור תקף מהרשויות המוסמכות בישראל.

4.9.3. ההגבלות לאחריות המבטח לפי פרק זה.

בנוסף לחריגים הכלליים אשר בפרק ב', המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה בכל אחד מן המקרים הבאים:

4.9.3.1. טיפולים במסגרת רפואה משלימה, טיפולי פיזיותרפיה או שיקום, טיפול בכאב או טיפול בתא לחץ.

4.9.3.2. טיפול תרופתי, תרופה הומאופטית, ויטמינים תוספי מזון.

4.9.3.3. לא יינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או התחייבות נותן שירות לטיפולים עתידיים.

4.9.3.4. טיפולים למטרת יופי או אסתטיקה, או לצורך הריון, פריון או לידה, טיפולים או ניתוחי שיניים מכל סוג שהוא.

4.9.3.5. לא יכוסו טיפולים ניסיוניים.

4.10. טיפולים לריפוי או הקלה בכאב

4.10.1. המבטח יישא בעלויות הכרוכות בטיפול להקלה בכאב עד לסך מצטבר של 20,000 ₪ בכל תקופת הביטוח.

4.10.2. תנאי לחבות המבטח

תנאי לחבות המבטח על פי סעיף זה הוא כי המבוטח יפנה אל המבטח ויקבל אישור מראש בטרם קבלת הטיפול. קבלת אישור המבטח מראש היא תנאי מהותי לאחריותו.

4.10.3. חריגים:

4.10.3.1. טיפולים מתחום הרפואה המשלימה. כמו כן על פי סעיף זה לא יינתן כיסוי עבור תוספי מזון ו/או ויטמינים.

4.10.3.2. טיפולים הקשורים או כתוצאה של הריון או לידה.

4.10.3.3. טיפולים למטרות יופי או אסתטיקה.

4.10.3.4. טיפול הקשור בשיניים או בחניכיים או המבוצעים על ידי רופא שיניים.

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

4.10.3.6. טיפולים הכלולים בכיסוי הביטוחי על פי פרק ט' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

4.11. טיפולים בתא לחץ

4.11.1. המבטח ישתתף בהוצאות עבור טיפולים בחמצן בעל לחץ במצב רפואיים שאין לגביהם הוריה קלינית לטיפול במסגרת סל הבריאות, עד ל- 30 טיפולים במהלך כל תקופת הביטוח, ועד 350 ש"ח לכל טיפול, על פי המלצת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

4.11.2. חריגים:

4.11.2.1. טיפולים למטרות יופי או אסתטיקה, בלבד

4.11.2.2. טיפולים למטרות מחקר או טיפולים ניסיוניים, לרבות טיפולים שלביצוים נדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.

4.12. טיפול למטרות קוסמטיות כתוצאה מתאונה

4.12.1. המבטח ישתתף בעלות ביצוע טיפול כירורגי למטרות קוסמטיות עקב תאונה בלבד שאירעה במהלך תקופת הביטוח.

לעניין סעיף זה "טיפול כירורגי": פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות למטרת טיפול יופי ואסתטיקה המבוצעת בבית חולים או במרפאה כירורגית בישראל ע"י רופא מנתח אשר הטיפול הכירורגי בתחום מומחיותו.

4.12.2. הכיסוי הביטוחי על פי סעיף זה כולל:

4.12.2.1. התייעצויות אחת עם מנתח המבצע את הטיפול הכירורגי, והתייעצות נוספת לאחר ביצוע הטיפול.

4.12.2.2. הוצאות שכר מנתח מבצע הטיפול הכירורגי.

4.12.2.3. הוצאות ביצוע הטיפול בבית חולים או במרפאה כירורגית ובכלל זה הוצאות אשפוז לצורך ביצוע הטיפול הכירורגי, כל ההוצאות הכרוכות בביצוע הטיפול הכירורגי, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הטיפול והאשפוז, ובדיקות שבוצעו כחלק מהטיפול הכירורגי.

4.12.2.4. יובהר כי תשלומים בסעיף זה יבוצעו לנותני השירות שבהסדר עם המבטח כמפורט באתר המבטח בכתובת <https://www.migdal.co.il>, ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי לנותני שירות שבהסדר כאמור.

פרק י"ב – השתתפות בהוצאות טיפולי שיניים - משמר מורחב

תנאי פרק זה כפופים להגדרות ולתנאים הכלליים המפורטים בפרק א' ו- ג' בפוליסה זו ולהגדרות והתנאים הקבועים בפרק זה, לפי העניין.

1. הגדרות מיוחדות לפרק זה

- 1.1 **חוזר ביטוח שיניים:** חוזר ביטוח 2012-1-4 "ביטוח שיניים".
- 1.2 **לוח תגמולי ביטוח (טבלת טיפולים):** לוח המצורף כנספח לפוליסה זו והמציין את סכומי ההחזר שעל המבטח לשלם למבוטח או למוטב, לפי עניין, בגין טיפולים המכוסים על פי פוליסה זו, כשהם צמודים למדד. וכן את המגבלות, הסייגים והמכסות אשר יחולו על כל טיפול, ככל שאלה מצוינים לצד אותו טיפול.
- 1.3 **מכון צילום:** מכון צילום המורשה מטעם הרשויות המוסמכות לעסוק בצילום רנטגן או צילום פוטו או הדמיה, לרבות מכוני צילום העוסקים במטבעים/אנליזות /צילומי CT וטומוגרפיה ובעל רישיון למכשיר קרינה למטרות רפואיות.
- 1.4 **מעבדה:** מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל כמעבדה רפואית.
- 1.5 **מקרה הביטוח:** טיפול שיניים המצוין בטבלת התגמולים שבוצע במהלך תקופת הביטוח, או טיפול המשכי שהחל בתקופת הביטוח ובחלקו בוצע לאחר תקופת הביטוח, ובכפוף לתנאים הקבועים בסעיף 11 להלן.
- 1.6 **רופא אמון:** רופא שיניים אשר מונה ע"י בעל הפוליסה או יועץ הביטוח לצורך מעקב, בקרה, בדיקת איכות הטיפולים הרפואיים, וטיפול בערעורים. רופא האמון ישמש כפוסק יחיד בחילוקי דעות רפואיים.
- 1.7 **רופא המבטח:** רופא שיניים שימונה על ידי המבטח לעסוק בענייני תביעות במחלקת תביעות שיניים אצל המבטח.
- 1.8 **רופא שיניים:** רופא שיניים בעל רישיון ישראלי תקף, המתיר לו לעסוק ברפואת שיניים, או מרפאת שיניים מורשה על פי חוק מטעם הרשויות המוסמכות בישראל לעסוק בריפוי שיניים. בכל מקום שנכתב בפוליסה זו "**רופא שיניים**" - לרבות רופא שיניים פרטי, רופא הסכם ורופא שיניים בחו"ל, הכול לפי המקרה.
- 1.9 **רופא שיניים מומחה:** רופא שקיבל ממוסד הבריאות בישראל מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לביצוע טיפול השיניים

ו/או מי שהוכר ע"י המבטח כמורשה למתן שירותים המוגבלים לרופאים מומחים בתחום כאמור.
(להלן: "רופא מורשה").

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

1.11 **תאריך הצטרפות:** התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח על פי פרק זה נקוב בדף פרטי הביטוח כ"תאריך תחילת הביטוח" (להלן: "המועד הקובע").

1.12 **תקופת אכשרה:** כהגדרתה בהגדרות הכלליות אשר בסעיף 17 בפרק א'. יובהר כי כל המבוטחים שהיו כלולים בביטוח שיניים הקבוצתי של בעל הפוליסה עובר למועד תחילת הסכם הביטוח, יהיו זכאים לתגמולי ביטוח ללא תקופת אכשרה. כמו כן לא תחול תקופת אכשרה לגבי טיפול שיניים המכוסה על פי פרק זה כתוצאה מתאונה שארעה לאחר ההצטרפות לביטוח על פי פרק זה.

2. הכיסוי הביטוחי

הטיפולים להם זכאים המבוטחים הינם טיפולים משמרים, טיפולים כירורגיים וטיפולים וניתוחי חניכיים, כמפורט בטבלת הטיפולים א-ג שלהלן. בנוסף יהיה זכאי המבוטח לטיפולים פרוטטיים בסעיף 2.3 להלן.

יובהר כי מכסת הטיפולים לה זכאי המבוטח תקום מחדש במועד תחילת ביטוח זה, ללא תלות בכך שהמבוטח מיצה את זכאותו בתקופת הביטוח הקודמת.

2.1 טיפולים משמרים

2.1.1 ביצוע הטיפולים המשמרים אינו מחייב אישור מוקדם מהמבטח, אלא אם מצוין אחרת לצד הטיפול (לדוגמה חידוש טיפול שורש).

2.1.2 מבטח המבצע טיפול משמר אצל נותן שירות שבהסכם

מבטח המבצע טיפול משמר אצל נותן שירות שבהסכם פטור מתשלום השתתפות עצמית. נותן השירות יסדיר את נושא התשלום במישרין מול המבטח בכפוף להסכם שביניהם.

2.1.3 מבטח המבצע טיפול משמר אצל נותן שירות שאינו בהסכם

מבטח המבצע טיפול משמר אצל נותן שירות שאינו בהסכם, ישופה ע"י המבטח עד לסכום ההוצאה בפועל, או עד התקרה הנקובה בלוח התגמולים, לפי הנמוך מביניהם.

2.1.4 טיפול משמר המבוצע ע"י רופא מומחה

תקרת חבות המבטח בגין טיפולי שורש ועקירות כירורגיות אשר יבוצעו ע"י רופאים מומחים בכירורגיה או באנדודונטיה תהיה גבוהה ב- 50% מהתקרה הנקובה בטבלת הטיפולים לאותם טיפולים.

2.2 טיפולים כירורגיים, טיפולים וניתוחי חניכיים

2.2.1 כל טיפולי החניכיים יבוצעו על ידי רופאים מומחים למחלות חניכיים, בעלי תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות.

2.2.2 יש להגיש למבטח בקשה לאישור מוקדם לפני ביצוע טיפול פריודונטלי כירורגי כלשהו המכוסה במסגרת תכנית זו.

2.2.3 הזכאות לתגמולי ביטוח כאמור בלוח התגמולים מבוססת על שישית פה, והסכומים לא יקטנו מהחזר עבור שישית פה.

2.3 טיפולים שיקומיים (פרוטטיים)

2.3.1 על פי פרק זה מבוטח יהיה זכאי לטיפול שניניים משקמים, ואלו בלבד:

- א. שיקום באמצעות עד 3 כתרים ועד 3 מבנים, או,
- ב. שיקום באמצעות גשר של 3 שניים לרבות מבנים הנדרשים בשיניים מאחזות. או,
- ג. התקנת שתל אחד ושיקום ע"ג שתל באמצעות מבנה וכתר אחד.

2.3.2 תקרת ההחזר או ההשתתפות העצמית, לפי העניין, עבור אחד הטיפולים המכוסים כמפורט בסעיפים א- ג לעיל, לא יעלה הסכום הנקוב בטבלת הטיפולים המצורפת, לצד אותו טיפול.

2.3.3 רופא מורשה לביצוע התקנת שתלים

שיקום באמצעות שתלים יבוצע ע"י מומחה בכירורגיה פה ולסת או ע"י פריודונט מומחה או ע"י מומחה לשיקום הפה או רופא שאושר ע"י המבטח או ע"י רופא האמון לביצוע התקנת שתלים.

3. תוקף הכיסוי על פי פרק זה

- 3.1 כל המבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקודם נכון ל- 30.7.2021 ימשיכו את הביטוח על פי פרק זה ללא תקופת אכשרה, בהתאם לתנאים הקבועים בסעיף 19 לפרק התנאים הכלליים.
- 3.2 בן/בת זוג שיינשא לעובד מבוטח ויצטרף לביטוח במהלך תקופת ההצטרפות, יהיה זכאי להשתתפות המבטח בהוצאות טיפולי שיניים המכוסים על פי פרק זה ללא תקופת אכשרה.
- 3.3 עובדים חדשים אצל בעל הפוליסה בני/בנות זוגם וילדיהם שיצטרפו לביטוח במהלך תקופת ההצטרפות יהיו זכאים להשתתפות המבטח עבור טיפולי שיניים ללא תקופת אכשרה.
- 3.4 עובדים במעמד סטודנט ששינו את הסטטוס למשרה מלאה במהלך תקופת ההסכם יהיו זכאים להשתתפות המבטח עבור טיפולי שיניים ללא תקופת אכשרה.
- 3.5 הביטוח עבור ילדים ייכנס לתוקפו במלאת לילד 4 שנים.
- 3.6 מובהר כי הזכאות להשתתפות המבטח בטיפולי שיניים מכוסים אינה מותנית במצב הרפואי הקודם של המבוטח.

4. ביטול הביטוח עבור מבוטח בכפוף לחוזר ביטוח שיניים

- 4.3 הביטוח על פי פרק זה, עבור כל אחד מהמבוטחים הכלולים בפוליסה זו יסתיים בתום תקופת הביטוח או בכל אחד מהמקרים הקבועים בסעיף 20 אשר בפרק ג' - התנאים הכלליים.
- 4.4 מבוטח שביטל את הפוליסה, יהיה חייב בהחזר כספי בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן:
- 4.4.1 המבוטח ביטל את הפוליסה במהלך שלוש השנים הראשונות ממועד צירופו לפוליסה זו לראשונה, או במהלך תקופה המסתיימת בחלוף שלושת רבעי תקופת הביטוח שהוגדרה בפוליסה בעת צירופו לראשונה, לפי המוקדם מביניהם (להלן: "**התקופה הקובעת**").

לעניין זה, במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר (להלן: "**חידוש פוליסה**") שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש, יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה; במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה.

4.4.2 תנאי ביטול הפוליסה פורטו בתכנית הביטוח, בטופס הגילוי הנאות ובטופס ההצטרפות.

4.4.3 סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבוטח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבוטחים אחרים בפוליסה.

4.2 סכום ההחזר הכספי האמור בסעיף 4.2.1 לעיל, לא יעלה על הנמוך מבין ההפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה, או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת.

לעניין חישוב סכום ההחזר הכספי יוגדרו -

"סך תגמולי הביטוח" - סך תגמולי הביטוח ששילם המבטח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכח הפוליסה של המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בסעיף 4.2.1 לעיל, חישוב ההחזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבטח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבטח יכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שייקבע בפוליסה שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח.

"סך הפרמיות" - סך הפרמיות ששולמו בשל המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בסעיף 4.2.1 לעיל, הפרמיות לצורך חישוב ההחזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בגין סל הטיפולים החדש בלבד.

4.3 במקרה של גירושין של עובד מבוטח, יהיה זכאי העובד להודיע על הפסקת הביטוח עבור בן/בת זוגו.

4.4 מובהר ומוסכם בזאת, כי מבוטח אשר פרש מהביטוח לא יוכל להצטרף לביטוח זה בעתיד עד לתום תקופת הסכם הביטוח הקבוצתי - 31.12.2025

4.5 פוליסה לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

5. אופן הגשת תביעה

מבטח יאפשר למבוטח בתכנית לביטוח שיניים לבחור בשלב התביעה בכל ספק, ולא יגביל את המבוטח לבחירת ספק שבהסדר עם המבטח.

5.1 הגשת תביעה בגין טיפול שיניים שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח תיעשה כדלקמן:

5.1.1 מבוטח שביצע , טיפול שיניים משמר המכוסה לפי פוליסה זו אצל נותן שירות שבהסכם, יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית.

5.1.2 לגבי מבוטח המבצע אצל נותן שירות שבהסכם טיפול שיניים המכוסה לפי פוליסה זו, והמחייב אישור מוקדם של המבטח, נותן השירות יגיש למבטח במישרין את תכנית הטיפול. המבטח יעביר במישרין לנותן השירות את החלטתו, תוך 14 ימי עבודה מעת קבלת טופס התביעה בצירוף כל הצילומים והמסמכים לבירור חבותו. על גבי האישור יציין המבטח את סכום ההשתתפות העצמית אותו על המבטח לשאת בגין כל טיפול, ככל שנדרש לשאת בתשלום כזה, הכול בכפוף לאמור בסעיף 6 "אישור מוקדם לביצוע טיפולים". המבטח יסדיר את יתרת התשלום ישירות עם נותן השירות.

5.2 הגשת תביעה בגין טיפול שיניים שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח תיעשה כדלקמן:

5.2.1 מבוטח שביצע טיפול שיניים המכוסה ע"י פוליסה זו אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, ושאינו מחייב אישור מוקדם של המבטח, יהיה זכאי לשיפוי עבור עלות הטיפול ועד תקרת ההחזר הנקובה לאותו טיפול, הנמוך מביניהם, הכל כמפורט בלוח התגמולים, בתוך 10 ימי עבודה מעת קבלת טופס תביעה של המבטח במשרדיו, בצירוף חשבונית וכל המסמכים והצילומים הנדרשים למבטח לשם בירור חבותו. מובהר כי המבטח יאפשר למבטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטלי, בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח.

5.2.2 מבוטח המבקש לעבור טיפול שיניים המכוסה ע"י פוליסה זו אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, והמחייב אישור מוקדם של המבטח, יעביר בעצמו את הבקשה לאישור מוקדם. המבטח ישיב למבטח את תשובתו תוך 14 ימי עבודה. המבטח יהיה זכאי לשיפוי הוצאותיו עבור עלות הטיפול או עד תקרת ההחזר הנמוך מביניהם, הכל כמפורט בלוח התגמולים, תוך 10 ימי עבודה מעת קבלת טופס תביעה של המבטח במשרדיו, בצירוף חשבונית וכל המסמכים והצילומים הנדרשים למבטח לשם בירור חבותו. הכול, ובתנאי שקיבל את האישור המוקדם של המבטח לביצוע הטיפול ובכפוף לאמור בסעיף 6 - "אישור מוקדם לביצוע הטיפול". מובהר כי המבטח יאפשר למבטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטלי, בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח.

6. אישור מוקדם לביצוע טיפולים

6.1 מבטח המבצע טיפול שיניים המחייב קבלת אישור מוקדם טרם ביצועו, יעביר את בעצמו או באמצעות הרופא המטפל את הבקשה לאישור מוקדם למבטח.

6.2 לשם קבלת האישור המוקדם, יוגשו למבטח כל המסמכים הנדרשים לבירור חבותו ובכלל זה: תוכנית הטיפול כשהיא חתומה ע"י נותן השירות המבצע בצירוף צילומים ואבזרי אבחון.

6.3 המבטח ישיב לכל פנייה לאישור מוקדם שהוגשה ע"י המבטח תוך 14 ימי עבודה מעת קבלת הבקשה אצל המבטח.

6.4 המבטח רשאי לדרוש שהמבטח יבדק ע"י רופא מטעמו כתנאי לאישור המוקדם או לתשלום, ובתנאי שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות הענין ועל חשבון המבטח. ושקיבל את אישור רופא האמון או יועץ הביטוח לעשות כן. מובהר כי המבטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית משפט.

6.5 למרות האמור בסעיף 6.1 אם לא הוגשה למבטח בקשה לאישור מוקדם בטרם בוצע הטיפול, המבטח יישא בתשלום עבור טיפול זה, ובתנאי שהוצגו למבטח כל המסמכים והצילומים שלפיהם היה המבטח מאשר את תכנית הטיפולים אילו הוגשו במועד.

6.6 נימוק דחיית תביעה או דחיית ערעור

אם תוכנית הטיפול המבוקשת נדחתה ע"י המבטח, יציין המבטח בתשובתו בצורה מפורטת את הסיבה לדחיית הבקשה, ואת שמו של הגורם שהחליט על דחיית התביעה. (פקיד התביעות או רופא המבטח, לפי העניין).

6.7 שינוי תכנית הטיפול

שונתה תוכנית הטיפול לאחר מתן האישור המוקדם, לא יהיה המבטח חייב בשיפוי הוצאות הטיפול, אלא אם הטיפול מכוסה בביטוח, והמבטח היה מאשרה אילו הוגשה מראש.

6.8 תוקף האישור המוקדם

תוקפו של האישור המוקדם יפוג בתום 12 חודשים ממתן האישור, אם לא התחיל הטיפול עד לאותו מועד.

6.9 טיפול חלופי

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

6.10 יובהר למעלה מכל ספק שהאישור המוקדם נועד כדי לידע את המבוטח לגבי הטיפולים המכוסים בפוליסה, סך ההשתתפות של המבטח בגין הטיפול, לידע את המבוטח אם נותן השירות מאושר לבצע את הטיפול המבוקש, ולבצע בקרה רפואית כדי למנוע נזק למבוטח. אם סבור רופא המבטח כי הטיפול המוצע ע"י הרופא המטפל יש בו כדי לגרום נזק למבוטח, ו/או שלפי דעתו אינו עומד באמות מידה רפואיות מקובלות, יפנה את המקרה לרופא האמון אשר יפעל בכפוף לסמכותו על פי פוליסה זו.

6.11 איסור השפעה על שיקול דעת

המבטח לא ישפיע על שיקול דעתו המקצועי של רופא, ולא ייתן לו הוראות או הנחיות טיפוליות המגבילות את שיקול דעתו המקצועי, בכפוף לכך שהרופא פועל על פי סטנדרטים רפואיים מקובלים.

6.12 דחייה של תביעה או בקשה לאישור מוקדם

אם דחה המבטח את תביעתו של המבוטח או את תוכנית הטיפול המבוקשת, יציין המבטח בתשובתו בצורה מפורטת ובהירה את הסיבה לדחיית הבקשה.

7. תשלום תגמולי הביטוח.

תגמולי הביטוח ישולמו למבוטח **תוך 14 ימי עבודה** מעת קבלת טופס התביעה אצל המבטח, בצירוף המסמכים הנדרשים לרבות צילומי גמר טיפול וקבלות. מובהר כי המבטח יאפשר למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטלי בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח. כל תביעה לתשלום תגמולי ביטוח תוגש למבטח בכתב, על גבי טופס תביעות בנוסח הנהוג אצל המבטח. לתביעה יצורפו המסמכים והצילומים הדרושים לצורך בירור חבות המבטח.

8. סמכויות רופא האמון ויועץ הביטוח

8.1 רופא האמון מטעם יועץ הביטוח יהיה פוסק יחיד ומוסכם במקרה של חילוקי דעות בנושאים הקשורים בתנאי הפוליסה או בנושאים רפואיים, לפי העניין.

8.2 בסמכות יועץ הביטוח לערוך בקרה לגבי תהליך ישוב התביעות והשירות ללקוח.

8.3 בסמכות רופא האמון להפנות את המבוטח לחוות דעת נוספת אצל רופא מומחה אשר הטיפול הדנטלי הינו בתחום מומחיותו. מובהר כי במקרה כזה המבטח יישא בתשלום הייעוץ האמור, וזאת מבלי לפגוע בזכות המבוטח לקבלת חוות דעת נוספת אצל מומחה עפ"י פוליסה זו.

8.4 המבוטחים יהיו רשאים לפנות לרופא האמון באמצעות המוקד הייעודי שיפעיל המבטח לטובת המבוטחים, לשם בירור או ערעור לגבי החלטת המבטח, או לשם טענה או תלונה הקשורה בנהלי המבטח, השירות, ובכל בעיה הקשורה בניהול התוכנית. בסמכות יועץ הביטוח או רופא האמון לייצג את המבוטח מול המבטח, ו/או לפסוק בנוגע לערעור או החלטת המבטח.

8.5 אם סבור רופא האמון כי הטיפול שבוצע במבוטח אצל נותן שירות שבהסכם אינו עומד באמות מידה רפואיות מקובלות, או הטיפול בוצע באופן רשלני, יהיה בסמכותו להורות למבוטח לבצע טיפול חוזר, או להמשיך את הטיפול אצל כל רופא אחר לפי בחירתו של המבוטח. במקרה כזה יישא המבטח במלוא עלות הטיפול החוזר.

8.6 רופא האמון יפעל בקביעות במשרדי המבטח. המבטח מתחייב לשתף ולהעמיד לרשותו את כל הכלים אשר יסייעו למלא את תפקידו לשביעות רצון בעל הפוליסה.

9. מובהר ומוצהר בזאת כי המבטח לא יתווה טיפול ולא יורה לרופא המטפל על דרך הטיפול. חבות המבטח הינה עד תקרות חבותו כמצוין בטבלאות הטיפולים, ללא תלות בשימוש בטכנולוגיה או בטכניקה בה בוצע הטיפול, ובתנאי שאלה בוצעו על פי אמות מידה רפואיות מקובלות. אם סבור רופא המבטח כי הטיפול המוצע ע"י הרופא המטפל יש בו כדי לגרום נזק למבוטח, ו/או שלפי דעתו הטיפול אינו נחוץ מסיבה רפואית, או הינו לצורך אסטטי בלבד, ו/או אינו עומד באמות מידה רפואיות מקובלות, יפנה את המקרה לרופא האמון אשר יפעל בכפוף לסמכותו על פי פוליסה זו.

10. טיפולי שיניים בחו"ל

10.1 מבוטח השוהה בחו"ל לתקופה רציפה שלא עולה על 90 ימים, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו רק עבור טיפולי שיניים חירום, ושביצועם היה הכרחי בחו"ל ולא ניתן היה לדחות את ביצוע הטיפול עד שובו של המבוטח ארצה, הכול על פי החלטתו הבלעדית של רופא האמון.

10.2 עובד אצל בעל הפוליסה השווה בחו"ל מתוקף תפקידו אצל בעל הפוליסה או נשלח מטעמו לחו"ל לצרכי עבודה, יהיה זכאי הוא ובני משפחתו המבוטחים השווים עימו בחו"ל, להמשיך את הביטוח על-פי פרק זה ועל-פי פרק ההרחבה אם רכש כזה.

11. חבות המבטח לאחר תום תקופת הביטוח בהתאם לחוזר ביטוח שיניים 2012-1-4

מבטח יכסה טיפולים שבוצעו בתוך 90 יום מתום תקופת הביטוח, או במועד מאוחר יותר, בהתאם לתנאי תכנית הביטוח, שמתקיים בהם אחד מאלה:
א. טיפול שהוא חלק מתכנית טיפולים שהוגשה לאישור המבטח במהלך תקופת הביטוח;
ב. טיפול שהחל במהלך תקופת הביטוח

12. חריגים כלליים

12.1 המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין כל טיפול אשר הוצג במפורש, וכן בגין כל טיפול הוצג ממכסת הטיפולים וממסגרת חבות המבטח, כמפורט בטבלת הטיפולים. מובהר ומוצהר כי אם תוגש בקשה לאישור מוקדם לטיפול אשר אינו מכוסה על פי פוליסה זו, תועבר הבקשה לרופא האמון, אשר יפעל במסגרת סמכותו.

12.2 המבטח אינו אחראי לכל מעשה או מחדל שביצע נותן שירות לרבות נותן שירות שבהסכם. כמו כן לא יהיה אחראי לכל נזק הנגרם כתוצאה מהטיפול ובין שנגרם מסיבה אחרת.

12.3 המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח עבור טיפולים ושירותים שניתנו למבוטח ע"י אדם או גוף שאינם מורשים כדין לעסוק ברפואת שיניים או במתן טיפולים או שירותים בתחום הדנטלי.

12.4 המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין טיפולים שבוצעו לפני תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, בכפוף לאמור בסעיף 11 לעיל.

12.5 אחריות לאיכות הטיפול - יובהר כי המבטח אינו אחראי לאיכות הטיפול המבוצע ע"י נותן השירות, לרבות תקינות האביזרים, איכותם ועמידותם.

טבלת טיפולים א' – טיפולים משמרים

קוד טיפול	טיפולים ברפואת שיניים משמרת	השתתפות עצמית (בש)	תקרת החזר המבטח (בש) בפניה לרופא שאינו בהסכם	צורך באישור מראש	מכסות והגבלות לחבות המבטח
D0150000	הערכה תקופתית של הפה – מטופל מוכר		168		אחת לשנת ביטוח כולל 2 צילומי נשך
D0120000	הערכה מקיפה של הפה- מטופל חדש/מוכר		168		. אחת לשלוש שנות ביטוח, בבדיקה ראשונית - כולל 2 צילומי נשך ומיפוי פה.
D0210000	צילום סטטוס מלא או לחילופין		290		אחד לכל סוג צילום ל – 3 שנות ביטוח
D0210020	צילום סטטוס מקבילות מלא או לחילופין				זכאות לצילומים נוספים או אחרים באישור רופא אמן.
D0330000	צילום פנורמי.		175		
D0382000	טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית- ביצוע של לסת עליונה		450		על פי הוראת רופא
D0381000	טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית- ביצוע של לסת תחתונה				
D0240000	צילום אוקלוזלי		35		מכוסה במסגרת ההשתתפות העצמית
D0270000	צילום נשך- צילום אחד		-		כלול במחיר הבדיקה
D0220000	צילום פריאפיקלי		-		כלול במחיר הטיפול
D1110000	טפול מונע- מבוגר. הסרת רובד, אבנית		180		שני טיפולי הסרת אבנית בשנת ביטוח. ילד עד גיל 18

קוד טיפול	טיפולים ברפואת שיניים משמרת	השתתפות עצמית (בש)	תקרת החזר המבטח (בש) בפניה לרופא שאינו בהסכם	צורך באישור מראש	מכסות והגבלות לחבות המבטח
	וכתמים במשן קבוע ומשן מעבר				זכאי לטיפול מונע של פלואוריזציה פעם בשנת ביטוח (במידת הצורך תיכלל הסרת אבנית כחלק מהפלואוריזציה)
D1120000	טפול מונע- ילד. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשן ראשוני ומשן מתחלף				
D1208000	הנחה מקומית של ג'ל פלואוריד		50		אחד בכל שנת ביטוח לילד עד גיל 18
D2140000	שחזור אמלגם- משטח 1- משן ראשוני או קבוע		210		סתימה בשן שעברה איטום חריצים תכוסה לאחר שחלפה לפחות שנה ממועד ביצוע האיטום.
D2150000	שחזור אמלגם-2 משטחים, משן ראשוני או קבוע				
D2160000	שחזור אמלגם- 3 משטחים, משן ראשוני או קבוע				
D2161000	שחזור אמלגם- 4 משטחים, משן ראשוני או קבוע				
D2951000	אחיזת פינים- לכל שן, בנוסף לשחזור		40		תוספת ל כל פין
D2330000	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל- משטח 1, קדמי		340		לא יכוסה החלפת שחזור מסיבה אסתטית
D2331000	שחזור מרוכב על בסיס				

קוד טיפול	טיפולים ברפואת שיניים משמרת	השתתפות עצמית (בש)	תקרת החזר המבטח (בש) בפניה לרופא שאינו בהסכם	צורך באישור מראש	מכסות והגבלות לחבות המבטח
	שרף/אקריל- 2 משטחים, קדמי				
D2332000	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל- 3 משטחים, קדמי				
D2335010	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל- 4 משטחים או יותר, קדמי				
D2391000	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל- משטח 1, אחורי				
D2392000	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל- 2 משטחים, אחורי				
D2393000	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל- 3 משטחים, אחורי				
D2394000	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל- 4 משטחים או יותר, אחורי				
D2335000	שחזור שן קדמית שבורה		480		
D3230000	טיפול שורש- שן נשירה, מילוי בחומר נספג, לא כולל שחזור סופי		285	חובה	התשלום מותנה בהגשת צילום אבחנתי וסופי שבוצע.

קוד טיפול	טיפולים ברפואת שיניים משמרת	השתתפות עצמית (בש)	תקרת החזר המבטח (בש) בפניה לרופא שאינו בהסכם	צורך באישור מראש	מכסות והגבלות לחבות המבטח
D3310000	טיפול שורש - שן קדמית, לא כולל שחזור סופי		470	חובה	התשלום מותנה בהגשת צילום אבחנתי וסופי שבוצע.
D3320000	טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי		470 תעלה 1	חובה	התשלום מותנה בהגשת צילום אבחנתי וסופי שבוצע.
D3320000	טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי		580 - 2 תעלות	חובה	התשלום מותנה בהגשת צילום אבחנתי וסופי שבוצע.
D3330000	טיפול שורש - 3 תעלות		730	חובה	התשלום מותנה בהגשת צילום אבחנתי וסופי שבוצע.
D3339000	טיפול שורש - 4 תעלות ויותר		820	חובה	התשלום מותנה בהגשת צילום אבחנתי וסופי שבוצע.
D3346000	חידוש טיפול שורש - שן קדמית		590	חובה	התשלום מותנה בהגשת צילום אבחנתי וסופי שבוצע. לא יכוסה חידוש טיפול שורש בשיניים שבוצע בהם קיטוע חוד השורש.
D3347000	חידוש טיפול שורש - שן מלתעה		590 - תעלה 1	חובה	התשלום מותנה בהגשת צילום אבחנתי וסופי שבוצע. לא יכוסה חידוש טיפול שורש בשיניים שבוצע בהם קיטוע חוד השורש
D3347000	חידוש טיפול שורש - שן מלתעה		700 - 2 תעלות	חובה	התשלום מותנה בהגשת צילום אבחנתי וסופי שבוצע. לא יכוסה חידוש טיפול שורש בשיניים שבוצע בהם קיטוע חוד השורש
D3348000	חידוש טיפול שורש - שן טוחנת		870	חובה	התשלום מותנה בהגשת צילום אבחנתי וסופי שבוצע. לא יכוסה חידוש טיפול שורש בשיניים שבוצע בהם קיטוע חוד השורש
D3349000	חידוש טיפול שורש - 4 תעלות		980	חובה	התשלום מותנה בהגשת צילום אבחנתי וסופי שבוצע. לא יכוסה חידוש טיפול שורש בשיניים שבוצע בהם

קוד טיפול	טיפולים ברפואת שיניים משמרת	השתתפות עצמית (בש)	תקרת החזר המבטח (בש) בפניה לרופא שאינו בהסכם	צורך באישור מראש	מכסות והגבלות לחבות המבטח
					קיטוע חוד השורש
D2950000	בניית תווך, כולל פינים לסוגיהם		340		אחד לכל שן בתקופת ביטוח
D7140000	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת		290		התשלום מותנה בהגשת צילום שבוצעה קודם לעקירה
D7210000	עקירה כירורגית, שן שבקעה לחלל הפה, הדורשת הרמת מתלה		470		התשלום מותנה בהגשת צילום שבוצעה קודם לעקירה
D7220000	עקירה כירורגית- שן כלואה ברקמה רכה		580		התשלום מותנה בהגשת צילום שבוצעה קודם לעקירה
D7240000	עקירה כירורגית- שן כלואה במלואה ברקמה קשה				
D3410000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי- שן קדמית, כולל סתימה רטרוגרדית		540		אחד לכל שן בכל 3 שנים
D3421000	כריתת חודש השורש, אפיקואקטומי- שן מלתעה, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית				
D3425000	כריתת חודש השורש, אפיקואקטומי- שן טוחנת, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית				
D7510000	חיתוך וניקוז מורסה- רקמה רכה בחלל הפה		350		אחד לכל שן בכל 3 שנים
D3920000	המיסקציה		470		אחד לכל שן בכל 3 שנים
D9930000	טיפול בסיבוכים, לאחר ניתוח, כגון מכתשית יבשה		220		לאחר ביצוע עקירה
D3351000	אפקסיפיקציה		280	חובה	ישיבה ראשונה תשלום לכל שן.

קוד טיפול	טיפולים ברפואת שיניים משמרת	השתתפות עצמית (בש)	תקרת החזר המבטח (בש) בפניה לרופא שאינו בהסכם	צורך באישור מראש	מכסות והגבלות לחבות המבטח
D3351000	אפקסיפיקציה		115 לכל ישיבה	חובה	ישיבת המשך עד 3 ישיבות. תשלום לכל שן
D3110000	כיפוי מוך- ישיר, לא כולל סתימה סופית		80		כחלק מביצוע סתימה
D1510000	שומר מקום קבוע, חד צדדי		470	חובה	באישור מראש. זכאות לילדים עד גיל 16.
D9110000	עזרה ראשונה- טיפול בכאב שיניים		280 בשבתות וחגים עד 150% מהמחיר הנקוב לעיל		מוגבל לפעמיים בשנת ביטוח. בתנאי שמבוצע בנפרד ובמועד שונה מטיפול שיניים אחד.
D3220000	קיטוע מוך שן נשירה או קבועה, לא כולל סתימה סופית		285		אחד לשן לתקופת ביטוח
D2930000	כתר טרומי מפלדת אל חלד- שן נשירה		260		כיסוי לילדים עד גיל 18 שנה. זכאות אחד לכל שן.
D2931000	כתר אל חלד טרומי- שן קבועה				כיסוי למבטח מעל גיל 18 באישור רופא אמון.
D1351000	איטום חריצים, לכל שן		65 לכל שן		הכיסוי לילדים עד גיל 18. בשיניים אחוריות קבועות (משן 4), אחת לשנתיים
D9220000	הרדמה כללית לטיפול שיניים, בנוכחות מרדים- עד שעה		1200		פעמיים בתקופת ביטוח, בבית חולים ציבורי, כחלק מטיפול שיניים מכוסה.

קוד טיפול	טיפולים ברפואת שיניים משמרת	השתתפות עצמית (בש)	תקרת החזר המבטח (בש) בפניה לרופא שאינו בהסכם	צורך באישור מראש	מכסות והגבלות לחבות המבטח
D9221000	הרדמה כללית לטיפול שיניים מורכב, בנוכחות מרדים- מעל שעה		1200		
D9972000	הבהרת שיניים חיצונית לקשת מבוצע במרפאה		450 לכל לסת ולא יותר מ 75% מהעלות בפועל.		פעם אחת בתקופת ביטוח לכל לסת
D9230000	אנגליזיה, כולל ניטרוס, לא כולל טיפול דנטלי		50		עד פעמיים בשנה, לילד עד גיל 16

תקרת חבות המבטח בגין טיפולי שורש, חידוש טיפולי שורש ועקירות כירורגיות אשר יבוצעו ע"י רופאים מומחים בכירורגיה פה ולסת או באנדודונטיה שאינם בהסכם עם המבטח, תהיה גבוהה ב- 50% מהתקרה הנקובה בלוח.

טבלת טיפולים ב' – טיפולים כירורגיים

מכסות והגבלות לחבות המבטח	צורך באישור מראש	תקרת החזר המבטח (בש) בפניה לרופא שאינו בהסכם	השתתפות עצמית (בש)	טיפולים כירורגיים ע"י רופא מומחה – כירורג פה ולסת	
ע"י מומחה כירורג פה ולסת או פריודונט בלבד.	חובה	930		פרנולקטומי	D7960000
לרבע פה, ע"י מומחה כירורג פה ולסת או פריודונט בלבד.	חובה	870		אלבאולופלסטיקה ללא עקירות, שישית פה	D7320000
כולל מעבדת בית חולים ע"י מומחה כירורג פה ולסת או פריודונט בלבד.	חובה	920		ביופסיה של חלל הפה - רקמה רכה	D7286000
ע"י מומחה כירורג פה ולסת או פריודונט בלבד.	חובה	530		הוצאת אבן מבלוטת/ צנור הרוק	D7980000

טבלת טיפולים ג' – טיפולים וניתוחי חניכיים

מכסות והגבלות לחבות המבטח	צורך באישור מראש	תקרת החזר המבטח (בש) בפניה לרופא שאינו בהסכם	השתתפות עצמית (בש)	טיפולים פריודונטיים ע"י רופא מומחה למחלות חניכיים	
בדיקה תקופתית אחת לשנת ביטוח	חובה	290		הערכה פריודונטלית מקיפה- מטופל חדש/מוכר	018000 D0
שניים לשנת ביטוח, בנוסף לזכאות בכיסוי המשמר.	חובה	180		טיפול מונע- מבוגר. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשן קבוע ומשן מעבר	D1110000
לרבע פה. אחת לשנתיים	חובה	280		סילוק אבנית והקצעת שורשים- 4 שיניים ויותר, לישיבה, 30 דקות	D4341000
הכיסוי מוגבל לאחד משני הניתוחים, לכל אחת משישיות הפה לתקופת ביטוח. הכיסוי אינו כולל הנחת חומרים שונים במהלך הניתוח כגון תוספת עצם מלאכותית/עצם מן החי/אמדוגן/ממברנה וכדומה. אין כיסוי לניתוח חניכיים לצורך אסתטי.	חובה	1400		הרמת מתלה עם החלקת שורשים, שישית פה	D4240000
				ניתוח חניכיים כולל עיצוב עצם- שישית פה	D4260000
אחד ל 3 שנים	חובה	530		סד סיגרי/סד לילה	D9940010
לכל שן. אחד ל 3 שנים	חובה	210		חיתוך וניקוז מורסה- רקמה רכה בחלל הפה	D7510000
סד אמלגם אחד ללסת מידי 3 שנים	חובה	600		קיבוע חוץ כותרתי לשיניים ניידות	D4321000
סד מחומר מרוכב אחד ללסת מידי 3 שנים	חובה	600			
מוגבל ל 8 טיפולים כל 3 שנים.	חובה	175		טיפול מקומי באמצעות תכשיר אנטימיקרוביאלי בשחרור מבוקר בכיס פריודונטלי, לשן	D4381000

אחת לשן בתקופת הביטוח, אפשרי ביצוע ע"י כירורג פה ולסת או פריודונט או מומחה לשיקום פה, או רופא שיאוושר ע"י המבטח או רופא האמון.	חובה	600		הארכת כותרת	424900 D0
לכל הפה. אחד ל 3 שנים	חובה	350		טיפול תחזוקה פריודונטלי	D4910000

רובד רשות

פרק י"ג – ביטוח שיניים מורחב (פרוטטי) משפחתי

תמורת דמי ביטוח נוספים כמפורט בהסכם הביטוח, יהיו זכאים העובד ובני משפחתו להצטרף לביטוח על פי פרק זה בכפוף לתנאים המצויינים להלן.

בפרק זה תהיה למונחים, ההגדרות, התנאים, ההוראות והחריגים הקבועים בפרק י"א, אלא אם צוין אחרת במפורש.

1. הגדרות

תקופת הצטרפות: תקופה בת 90 יום במהלכה זכאי המבוטח ולהצטרף לביטוח על פי פרק זה.

2. הצטרפות לביטוח על פי פרק זה

2.1 הביטוח על פי פרק זה הינו משפחתי. אי לכך זכאים להצטרף לביטוח על פי פרק זה, עובד אצל בעל הפוליסה, בן בת זוגו וכל ילדיו עד גיל 24 של העובד, יחדיו(!), המבוטחים בהסדר הביטוח הקבוצתי.

2.2 ההצטרפות לפרק זה מותנית בכך שהמבוטח זכאי לביטוח על פי פרק שיניים משמר מורחב (פרק י"ב).

2.3 כל ילדי העובד המבוטח שגילם עד 24 שנים יצורפו לביטוח במסגרת הביטוח המשפחתי, אולם ילד יהיה חייב בתשלום פרמיה רק במלאת לו 5 שנים. ילד שיוולד לעובד המבוטח במהלך תקופת הביטוח יצורף לביטוח, אך כאמור הפרמיה בגינו תשולם במלאת לו 5 שנים.

2.4 למרות האמור, בן זוג של חבר ו/או ילדיו המבוטחים בביטוח קבוצתי או פרטי באמצעות המבטח או מבטח אחר, יהיו זכאים שלא להצטרף לביטוח ולא תשולם פרמיה בגינם.

3. אופן ההצטרפות ותוקף הביטוח על פי פרק זה

3.1 הביטוח עבור כל המבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הפרוטטי נכון ל- 30.7.2021 יהיו זכאים להמשיך את הביטוח על פי פרק זה בכפוף לתנאים הקבועים בסעיף 19 אשר בפרק ג' - תנאים הכלליים.

- 3.2 עובדים אצל בעל הפוליסה בני/בנות זוגם וילדיהם שלא היו כלולים ברובד הביטוח הפרוטטי נכון ל 30.7.2021, ויבקשו להצטרף במהלך תקופת ההצטרפות, יהיו זכאים להשתתפות המבטח עבור טיפולי שיניים בחלוף תקופת אכשרה של 6 חודשים.
- 3.3 בן/בת זוג שיינשא לעובד מבטח, יצורף לביטוח ממועד הנישואין ויהיה זכאי להשתתפות המבטח בהוצאות טיפולי שיניים המכוסים על פי פרק זה ללא תקופת אכשרה.
- 3.4 עובדים חדשים אצל בעל הפוליסה בני/בנות זוגם וילדיהם שיצטרפו לביטוח במהלך תקופת ההצטרפות יהיו זכאים להשתתפות המבטח עבור טיפולי שיניים ללא תקופת אכשרה.
- 3.5 עובדים במעמד סטודנט ששינו את הסטטוס למשרה מלאה במהלך תקופת ההסכם ולא הצטרפו לביטוח בהיותם סטודנטים ושינו את הסטטוס למשרה מלאה במהלך תקופת ההסכם - יחשבו לעובדים חדשים לכל דבר ועניין.
- 3.6 מבטחים שלא ינצלו את זכאותם להצטרף בתוך תקופת ההצטרפות, לפי העניין, לא יוכלו להצטרף לביטוח על פי פרק זה.

4 ביטול הביטוח עבור מבטח בכפוף לחוזר ביטוח שיניים

בנוסף לאמור בסעיף 20 אשר בפרק ג' - התנאים הכלליים, הביטוח עבור כל אחד מהמבטחים הכלולים בפוליסה זו יסתיים בעת תום תקופת הביטוח, או בכל אחד מהמקרים הבאים, לפי המוקדם מביניהם:

- 4.1 תום הסכם הביטוח הקבוצתי.
- 4.2 עם סיום חברותו של החבר אצל בעל הפוליסה, יבוטל הביטוח עבורו ועבור בני משפחתו בתום החודש בו סיים את חברותו, אף אם טרם הושלמה תקופת הביטוח.
- 4.3 מבטח אשר גויס לשירות חובה בצה"ל יהיה זכאי להפסיק את הביטוח בכפוף להודעה בכתב שתימסר למבטח תוך 60 יום מהמועד בו החל שירותו הצבאי.
- 4.4 מבטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת, על פי בקשה בכתב, בלא תנאי למעט דרישת החזר כספי כמפורט בסעיף 4.5.1 להלן.
- 4.5 מבטח שביטל פוליסה, יהיה חייב בהחזר כספי בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן:
- 4.5.1 המבטח ביטל את הפוליסה במהלך שלוש השנים הראשונות ממועד צירופו לפוליסה זו לראשונה, או במהלך תקופה המסתיימת בחלוף שלושת רבעי תקופת הביטוח שהוגדרה בפוליסה בעת צירופו לראשונה, לפי המוקדם מביניהם (להלן: "התקופה הקובעת").

לעניין זה, במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר (להלן: "חידוש פוליסה") שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטח לפוליסה לראשונה; במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטח לפוליסה לראשונה.

4.5.2 תנאי ביטול הפוליסה פורטו בתכנית הביטוח, בטופס הגילוי הנאות ובטופס ההצטרפות.

4.5.3 סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבטח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבטחים אחרים בפוליסה.

4.6 סכום ההחזר הכספי האמור בסעיף 4.5.1 לעיל, לא יעלה על הנמוך מבין ההפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה, או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין המבטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת.

לעניין חישוב גובה ההחזר הכספי יוגדרו -

"סך תגמולי הביטוח" - סך תגמולי הביטוח ששילם המבטח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכח הפוליסה של המבטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בסעיף 4.5.1 לעיל, חישוב ההחזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבטח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבטח יכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שייקבע בפוליסה שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח.

"סך הפרמיות" - סך הפרמיות ששולמו בשל המבטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בסעיף 4.5.1 לעיל, הפרמיות לצורך חישוב ההחזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בגין סל הטיפולים החדש בלבד.

4.7 במקרה של גירושין של עובד מבטח, יהיה זכאי העובד להודיע על הפסקת הביטוח עבור בן/בת זוגו.

4.8 מובהר ומוסכם בזאת, כי מבטח אשר פרש מהביטוח לא יוכל להצטרף לביטוח זה בעתיד עד לתום תקופת ההסכם הנוכחי ב- 31.12.2025.

4.9 פוליסה לא תפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבטח בשל כיסויים אלה.

5. היקף הביטוח על פי פרק זה

5.1. ביטוח משקם (פרותטי)

5.1.1 תגמולי ביטוח

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולים פרוטטיים כמפורט בלוח תגמולים ד'.

5.1.1.1 טיפול פרוטטי אצל נותן שירות שבהסכם

מבוטח המבצע טיפול פרוטטי אצל נותן שירות שבהסכם, ישלם לנותן השירות את ההשתתפות העצמית כנקוב בטבלת הטיפולים לצד כל טיפול. נותן השירות יסדיר את יתרת התשלום במישרין מול המבטח בכפוף להסכם שביניהם.

5.1.1.2 מבוטח המבצע טיפול פרוטטי אצל נותן שירות שאינו בהסכם

מבוטח המבצע טיפול פרוטטי אצל נותן שירות שאינו בהסכם, ישופה ע"י המבטח עד לסכום ההוצאה בפועל (לפי הסכום ששולם בפועל ולא לפי עלות הטיפול), או עד התקרה הנקובה בלוח התגמולים, לפי הנמוך מביניהם.

5.1.2 אישור תכנית טיפולים (אישור מראש)

5.1.2.1 טיפול פרוטטי יבוצע אך ורק לאחר הגשת תוכנית טפולים למבטח לפני הטיפול, לצורך אישור מוקדם.

5.1.2.2 לתכנית הטיפולים יש לצרף צילומים עדכניים, בני לא יותר מאשר 12

חודשים שקדמו למועד הגשת התוכנית, אשר בוצעו בטרם בוצע הטיפול הפרותטי, כדי שהמבטח יוכל לברר את חבותו.

5.1.3 רופא מורשה לביצוע התקנת שתלים

שיקום באמצעות שתלים יבוצע ע"י מומחה בכירורגיה פה ולסת, או ע"י פריודונט מומחה או ע"י מומחה לשיקום הפה, או רופא שאושר ע"י המבטח או ע"י רופא האמון לביצוע התקנת שתלים.

5.2 טיפולים אורתודונטיים

5.2.1 זכאות לתגמולי ביטוח

מבוטח שגילו נמוך מ- 18 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור טיפולים אורתודנטיים (יישור שיניים) כנקוב בלוח התגמולים ה', ובכפוף לאמור להלן:

5.2.1.1 טיפולים אורתודונטיים (יישור שיניים) יכוסו בכפוף להגשת תוכנית טיפולים, וקבלת אישור מוקדם מהמבטח.

5.2.1.2 הטיפול יאושר ויכוסה רק אם הוא ניתן על ידי רופא מומחה, בעל תעודת מומחיות באורתודנטיה (יישור שיניים ולסתות) מטעם משרד הבריאות

בישראל, או רופא אשר אושר ע"י המבטח לביצוע טיפולים אורתודונטיים, או רופא המופיע ברשימת רופאי ההסכם של המבטח כאורתודונט, או שאושר לביצוע טיפול אורתודונטי ע"י רופא האמון.

5.2.1.3 המבוטח יהיה זכאי לטיפול אורתודונטי מקדים – שלב א', הכולל טיפול בהתקן דנטלי נשלף, או יישור שיניים חלקי למשנן מתחלף, ובנוסף תגמולי ביטוח בגין הטיפול העיקרי – שלב ב' הכולל יישור שיניים מלא למשנן עלומים. יובהר כי הזכאות לטיפולים עפ"י שלב א' ושלב ב' הינה פעם אחת בתקופת הביטוח. יובהר למעלה מכל ספק כי הזכאות הינה לטיפול מלא אחד בתקופת הביטוח בין אם בוצע במשנן מתחלף או משנן עלומים.

5.2.2 תגמולי הביטוח

5.2.2.1 טיפול אורתודונטי אצל נותן שירות שבהסכם

מבוטח המבצע טיפול אורתודונטי אצל נותן שירות שבהסכם, ישלם לנותן השירות את ההשתתפות העצמית כנקוב בטבלת הטיפולים לצד כל טיפול. נותן השירות יסדיר את יתרת התשלום במישרין מול המבטח בכפוף להסכם שביניהם.

5.2.2.2 טיפול אורתודונטי אצל נותן שירות שאינו בהסכם

מבוטח המבצע טיפול אורתודונטי אצל נותן שירות שאינו בהסכם, ישופה ע"י המבטח עד לסכום ההוצאה בפועל (לפי הסכום ששולם בפועל ולא לפי עלות הטיפול), או עד התקרה הנקובה בלוח התגמולים, לפי הנמוך מביניהם. **יובהר כי ההחזר עבור ביצוע הטיפול כנקוב בלוח התגמולים יבוצע עם הצגת החשבונית המבטח אף טרם בוצעו מלוא הטיפולים.**

5.3 רשימת הטיפולים, מכסות טיפולים והשתתפות עצמית

5.3.1 המבוטח יהיה זכאי לטיפולי שיניים המצוינים בטבלת הטיפולים ד' ו-ה', לפי העניין, המצורפות לפרק זה, ובכפוף למכסת הטיפולים המצוינת לצד כל טיפול, אם מצוינת.

5.3.2 מובהר ומוסכם כי הסכומים הנקובים לצד כל טיפול צמודים למדד וכוללים את

כל מרכיבי הטיפול, לרבות החומרים והטיפול הרפואי ו/או כל הוצאה אחרת הנדרשת כדי לבצע את הטיפול בשלמותו, אלא אם צוין אחרת בלוח עלויות הטיפול.

טבלת טיפולים ד' – טיפולים פרוטטיים (שיקום)

מכסות והגבלות לחבות המבטח	צורך באישור מראש	החזר המבטח (בש) בפניה לרופא שאינו בהסכם בשיעור 75% מהעלות בפועל ולא יותר מהסכום הנקוב שלהלן	השתתפות עצמית (בש)	טיפולים פרוטטיים	
	חובה	600	200	מבנה יצוק בתוספת לכתר	D2952000
	חובה	מבנה על שתל - 600	200	מבנה טרומי לשתל דנטלי	D6056000
הכיסוי הינו לכתר מכל סוג, לרבות כתר כחלק מגשר וחלק ביניים בגשר. הטיפול כולל התקנת כתר/גשר זמני, במידת הצורך. התקנת גשר מספר השיניים המאחזות מכל צד לא יעלה על הנדרש בכדי לעגן את אותו גשר, לפי העניין. לא יכוסו התקנות כתרים/גשר או החלפתם מסיבה שאינה רפואית	חובה	1400	465	כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה	D2751000
		1400	465	כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה על שתל	D6060000
אחת ללסת לתקופת ביטוח	חובה	3000	500	תותבת חלקית עליונה- על	D5211000

מכסות והגבלות לחבות המבטח	צורך באישור מראש	החזר המבטח (בש) בפניה לרופא שאינו בהסכם בשיעור 75% מהעלות בפועל ולא יותר מהסכום הנקוב שלהלן	השתתפות עצמית (בש)	טיפול פרוטטיים	
				בסיס שרף/אקריל, כולל ווים מקובלים, נחות ושיניים, כולל בסיס שרף אקרילן עם ווי שרף או תיל מלופף	
				תותבת חלקית תחתונה- על בסיס שרף/אקריל, כולל ווים, נחות ושיניים	D5212000
				תותבת חלקית עליונה נשלפת מויטליום, כולל ווים, נחות ושיניים	D5213000
				תותבת חלקית תחתונה נשלפת מויטליום, כולל ווים, נחות ושיניים	D5214000
אחת ללסת לתקופת ביטוח	חובה	4500	500		

מכסות והגבלות לחבות המבטח	צורך באישור מראש	החזר המבטח (בש) בפניה לרופא שאינו בהסכם בשיעור 75% מהעלות בפועל ולא יותר מהסכום הנקוב שלהלן	השתתפות עצמית (בש)	טיפול פרוטטיים	
	חובה	900	300	מחבר מדויק/חצי מדויק לתותבת חלקית קבועה	D6950000
				מוט מחבר נתמך שתלים או שיניים	D6055000
אחת ללסת לתקופת ביטוח	חובה	3250	500	תותבת שלמה עליונה	D5110000
				תותבת שלמה תחתונה	D5120000
אחת ללסת לתקופת ביטוח	חובה	4,000	1,000	תותבת שלמה עליונה- שלד מתכת, כולל ווים, נחות ושיניים	D5199000
				תותבת שלמה תחתונה- שלד מתכת, כולל ווים, נחות ושיניים	D5199010
				תותבת ביניים שלמה תחתונה, כולל ווים ושיניים	D5811000
		1500	480	תותבת ביניים חלקית עליונה נשלפת, כולל ווים ונחות	D5820000

מכסות והגבלות לחבות המבטח	צורך באישור מראש	החזר המבטח (בש) בפניה לרופא שאינו בהסכם בשיעור 75% מהעלות בפועל ולא יותר מהסכום הנקוב שלהלן	השתתפות עצמית (בש)	טיפול פרוטטיים	
				תותבת ביניים חלקית תחתונה נשלפת, כולל ווים ונחות	D5821000
	חובה	480	160	כיפת שורש	D2975000

מכסות והגבלות לחבות המבטח	צורך באישור מראש	החזר המבטח (בש) בפניה לרופא שאינו בהסכם בשיעור 75% מהעלות בפועל ולא יותר מהסכום הנקוב שלהלן	השתתפות עצמית (בש)	טיפול פרוטטיים	
---------------------------	------------------	---	--------------------	----------------	--

מכסות והגבלות לחבות המבטח	צורך באישור מראש	החזר המבטח (בש) בפניה לרופא שאינו בהסכם בשיעור 75% מהעלות בפועל ולא יותר מהסכום הנקוב שלהלן	השתתפות עצמית (בש)	טיפולים פרותטיים	
שן ראשונה	חובה	180	60	הוספת שן לתותבת חלקית קיימת	D5650000
כל שן נוספת	חובה	180	60		
כולל החלפת וו	חובה	140	46	הוספת וו לתותבת חלקית קיימת	D5660000
תיקון שבר או סדק בתותבת	חובה	244	81	תיקון שבר בבסיס תותבת שלמה	D5510000
	חובה	610	203	חידוש בסיס תותבת שלמה עליונה	D5710000
				חידוש בסיס תותבת שלמה תחתונה	D5711000
	חובה	870	290	ריפוד תותבת שלמה עליונה במעבדה	D5750000
				ריפוד תותבת שלמה תחתונה במעבדה	D5751000
				ריפוד תותבת חלקית עליונה במעבדה	D5760000
				ריפוד תותבת חלקית תחתונה במעבדה	D5761000

מכסות והגבלות לחבות המבטח	צורך באישור מראש	החזר המבטח (בש) בפניה לרופא שאינו בהסכם בשיעור 75% מהעלות בפועל ולא יותר מהסכום הנקוב שלהלן	השתתפות עצמית (בש)	טיפולים פרותטיים	
	חובה	250	83	ריפוד תותבת שלמה עליונה במרפאה	D5730000
				ריפוד שתותבת שלמה תחתונה במרפאה	D5731000
				ריפוד תותבת חלקית עליונה במרפאה	D5740000
				ריפוד תותבת חלקית תחתונה במרפאה	D5741000
הלחמה בתותבת	חובה	216	72	תיקון שלד יצוק של תותבת	D5620000
תיקון פנים (פסטה)	חובה	216	72	ציפוי שן משרף/אקריל בצד השפתי -labial במרפאה	D2960000
השחזה סלקטיבית לכל ישיבה	חובה	385	95	איזון סגר- מוגבל	D9951000
תותבת רוכבת אחת ללסת לתקופת ביטוח	חובה	3200	800	תותבת על שלמה עליונה	D5863000
				תותבת על עליונה חלקית	D5864000
				תותבת על תחתונה שלמה	D5865000
				תותבת על תחתונה חלקית	D5866000
פליר בשן	חובה	1650	550	תותבת מיידית	D5130000

מכסות והגבלות לחבות המבטח	צורך באישור מראש	החזר המבטח (בש) בפניה לרופא שאינו בהסכם בשיעור 75% מהעלות בפועל ולא יותר מהסכום הנקוב שלהלן	השתתפות עצמית (בש)	טיפולים פרותטיים	
קדמית				עליונה	
				תותבת מיידיית תחתונה	D5140000
התקנה או החלפת שתל. 8 שתלים לכל הפה בתקופת ביטוח, עד 4 שתלים ללסת.	חובה	1950	613	החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחיבור של כיפת ריפוי	D6010000
אחת בכל צד לתקופת ביטוח כפעולה מקדימה לביצוע התקנת שתלים שאישור. הטיפול כולל השתלת עצם וממברנה.	חובה	3500	ישולם באופן פרטי יוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם	הרמת סינוס פתוחה, לרבות השתלת עצם, דו צדדית	D7994000
	חובה	2500	ישולם באופן פרטי יוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם	<u>או לחילופין</u> הרמת סינוס סגורה, כולל עצם/תחליפי עצם	D7951000

מכסות והגבלות לחבות המבטח	צורך באישור מראש	החזר המבטח (בש) בפניה לרופא שאינו בהסכם בשיעור 75% מהעלות בפועל ולא יותר מהסכום הנקוב שלהלן	השתתפות עצמית (בש)	טיפולים פרותטיים	
השתלת עצם לצורך התקנת שתלים שאושרו. (שאינה במסגרת הרמת סינוס).	חובה	1500	ישולם באופן פרטי יוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם	השתלת עצם בלסת עליונה/תחתונה, חד צדדית	D795000
עד פעמיים לתקופת ביטוח לצורך התקנת שתלים.	חובה	900 ממברנה	ישולם באופן פרטי יוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם	שחזור עצם מודרך- מחסום נספג, לאתר	D4266000
בתוכניות טיפול מורכבות בתחומים : שיקום הפה, התקנת שתלים ושיקום תכוסה בדיקה על ידי מומחה, לפי העניין. תכוסה בדיקה אחת כל 18 חודש.	חובה	320	80	בדיקת רופא מומחה וחוות דעת שניה	

לוח טיפולים ה' - טיפולים אורתודנטיים (ישור שיניים)

קוד משרד הבריאות	טיפולים באורתודנטיה ע"י רופא מומחה לאורתודנטיה	השתתפות עצמית במקרה של טיפול באמצעות רופא הסכם בשר כולל מע"מ	החזר המבטח (בשר) בפניה לרופא שאינו בהסכם בשיעור 75% מהעלות בפועל (כולל מע"מ) ולא יותר מהסכום הנקוב שלהלן	צורך באישור מראש	מכסות והגבלות לחבות המבטח
D0330000	צילום פנורמי		210	חובה	2 לתקופת ביטוח.
D0340000	צילום צפאלומטרי		120	חובה	2 לתקופת ביטוח.
D0350000	צילומי פה\פנים		80	חובה	2 לתקופת ביטוח.
D0391010	אנליזה ממוחשבת		200	חובה	אחד לתקופת ביטוח.
D8210000	טיפול בהתקן דנטלי נשלף	30%	1800	חובה	המבוטח זכאי לטיפול בהתקן נשלף <u>או</u> יישור שיניים חלקי למשנן מתחלף. הזכאות לטיפול לאחד משני הטיפולים בלבד, פעם אחת בתקופת ביטוח
D8020000	יישור שיניים חלקי למשנן מתחלף	30%	3000	חובה	אחד לתקופת ביטוח טיפול למשנן ראשוני, שלב א'- כולל הדבקה של מכשור קבוע לתקופה קצרה של עד 8 חודשים.
D8070000	יישור שיניים מלא למשנן מתחלף	30%	4500	חובה	כולל מכשיר אורתודונטי, +מכשיר פונקציונאלי/אורטופדי טיפול פעיל וסביל, אחזקה (רטנציה) עד לסיום הטיפול. הזכאות הינה לטיפול מלא במשנן מתחלף <u>או</u>

לטיפול מלא במשנן עלומים, פעם אחת בלבד בתקופת ביטוח.					
טיפול בלסת אחת כולל מכשיר אורתודונטי, טיפול פעיל וסביל, אחזקה (רטנציה) עד לסיום הטיפול. הזכאות לישור שיניים חלקי הינה פעם אחת בתקופת ביטוח. מבטח שמיצה זכאותו לטיפול חלקי לא יהיה זכאי בנוסף לטיפול ליישור שיניים מלא.	חובה	3000	30%	יישור שיניים חלקי למשנן עלומים <u>גילאי 12-18</u>	D803000 0
כולל מכשיר אורתודונטי, טיפול פעיל וסביל, אחזקה (רטנציה) עד לסיום הטיפול. אחד לתקופת ביטוח. מבטח שמיצה זכאותו לטיפול מלא במשנן מתחלף לא יהיה זכאי ליישור שיניים מלא או חלקי במשנן עלומים	חובה	4,500	30%	<u>יישור שיניים מלא</u> <u>למשנן עלומים,</u> <u>גילאי 12-18,</u>	D808000 0