

teva



ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי חברת טבע ובני משפחותיהם

גם זה
מטבע ואני!



טבע
בריא
הדרך שלנו בטבע
לבריאות ואיכות חיים



אפריל 2021

עובדות ועובדים יקרים,

אנו בטבע דואגים מידי יום למאתיים מיליון לקוחותינו ברחבי העולם, אך בריאותם הגופנית והנפשית של עובדינו ושל בני משפחותינו חשובה לנו לפחות באותה מידה. זוהי בדיוק נקודת המפגש של שני ערכים שכה חשובים לנו בטבע: "דאגה ואכפתיות" ו"גאווה למשפחות שלנו". לכן אנו שמחים להשיק את "טבע בריא", סל תכניות הבריאות המוצע לעובדי טבע בישראל, שהוא מהמקיפים ומהטובים ביותר שקיימים כיום בשוק העבודה. לצד ביטוחי הבריאות והשיניים, עומדים לרשות העובדים **הטבות בריאות מגוונות ונוספות**, החל מרכישת תרופות מוזלת, פעילויות ספורט וסדנאות, ביטוחי חיים, אובדן כושר עבודה ותאונות אישיות – וכלה בבדיקות סקר תקופתיות.

בחברת זו אנו שמחים להציג בפניכם מידע מפורט אודות **ביטוח הבריאות החדש** של טבע המופעל על ידי חברת "מגדל". הפוליסה הזו נבחרה, לאחר בחינה של חלופות ביטוח שונות, בזכות היותה רחבה, איכותית ומהמקיפות ביותר שקיימות כיום בשוק הישראלי.

פוליסות הבריאות והשיניים החדשות, שנכנסו לתוקף באפריל 2021, מציעות לנו, העובדים, את ההגנה והביטחון הראויים למקרים רפואיים שאינם מכוסים באופן מלא ומספק במסגרת חוק הבריאות הממלכתי ובמסגרת הביטוח המשלים של קופות החולים, ומקנות רשת ביטחון בשמירה על בריאותנו בריאות בני משפחותינו.

אני סמוך ובטוח כי סל הביטוחים החדש ייתן מענה לצרכים רפואיים יקרים וחשובים, לנו – עובדי החברה – ולבני משפחותינו, יבטח אותנו בכיסוי ביטוחי מהמקיפים שקיימים כיום בישראל ויאפשר לנו ולמשפחות שלנו להרגיש טוב יותר.

באיחולי בריאות ושלומות,
אריה רבינוביץ
סמנכ"ל משאבי אנוש ישראל



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
--	--	---	---

מוקד יעודי למבוטחי טבע 076-8869918 פקס 1-700-50-66-62 מייל Tviotbriteva@migdal.co.il

תמצית תנאי ביטוח בריאות קבוצתי טבע תעשיות פרמצבטיות חבילת כיסויים - גילוי נאות

לוח 1 – תמצית פרטי הפוליסה

שם הביטוח	תמצית פרטי הפוליסה
סוג ביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי טבע תעשיות פרמצבטיות ובני משפחותיהם ביטוח בריאות הכולל כיסוי השתלות בישראל ובחו"ל, טיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים בחו"ל, טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, תרופות שלא כלולות בסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, אפשרות לכיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ משלים שב"ן, שירותים אמבולטוריים, שירות אבחון תור מהיר, חוות דעת נוספת בארץ ובחו"ל, רפואה משלימה, כיסוי מחלות קשות, פרוצדורות רפואיות, כתב שירות ליווי רפואי.
תקופת הביטוח	חמש שנים החל מה- 01.04.2021 עד 31.03.2026
תיאור הביטוח	חבילה הכוללת כיסויים כדלהלן: <u>מסלול מורחב / משלים שב"ן</u> פרק א'1 - השתלות. פרק א'2 - טיפולים מיוחדים בחו"ל. פרק א'3 - ניתוחים בחו"ל. פרק א'4 - טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל. פרק ב' - תרופות שלא בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית פרק ג'1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל. הכיסוי ניתן עבור הוצאות המוכרות בעת ביצוע ניתוחים ע"י נותן שירות שבהסכם עם החברה . פרק ג'2 - אפשרות לרכישת רובד משלים לתכנית השב"ן, הלוך בחשבון את מימון ההשתתפות של קופת החולים בהוצאות ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל בהתאם לתכנית השב"ן בה חבר המבוטח. הכיסוי ניתן עבור הוצאות המוכרות בעת ביצוע ניתוחים ע"י נותן שירות שבהסכם עם החברה . פרק ד' - שירותים אמבולטוריים- התייעצות עם רופא מומחה, בדיקות רפואיות אבחנתיות, מסלול תור מהיר, בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן, בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון, טיפולים פיזיותרפיים/הידרותרפיים/ספורטתרפיה, אח/ות פרטיות, טיפולים/ייעוצים אונקולוגיים, טיפולי ושירותי הפריה, בדיקות ושירותים לנשים בהריון, ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי, טיפול בתא לחץ, טיפול פסיכולוגי, מנוי בנטלי, היעדרות ילד מבית הספר, הפסקת הריון באמצעות גלולת מייגיפין, פסיכולוגיה רפואית, השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים, אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה, טיפול בבעיות התפתחות בילדים, בדיקות לרפואה מונעת, טיפולי שיקום, שיקום הדיבור ו/או הראיה למבוטח לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב-amblyopia, זריקות לצורך רפואי, טיפולים בכאב, שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, הוצאות בגין טיפולים משקמים, מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS, מענק חד פעמי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B, ימי החלמה, טיפול ע"י מקרופאגים, שירות תור מהיר,

שיפוי שב"ן, שירות אבחון מהיר. פרק ה' - חוות דעת נוספת בארץ ובחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל. פרק ו' - רפואה משלימה. פרק ז' - כיסוי למחלות קשות. פרק ח' - פרוצדורות רפואיות. פרק ט' - כתב שירות ליווי רפואי. <u>מסלול בסיסי לבני/ות זוג וילדים בוגרים</u> פרק א'1 - השתלות. פרק א'2 - טיפולים מיוחדים בחו"ל. פרק א'3 - ניתוחים בחו"ל. פרק א'4 - טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל. פרק ב' - תרופות שלא בסל הבריאות. פרק ד' - שירותים אמבולטוריים פרק ה' - חוות דעת נוספת בחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל	
סעיף 4 לפרק ב' לפוליסה. סעיף 5 לפרק ג'1 לפוליסה. סעיף 5 לפרק ג'2 לפוליסה. אבחון מהיר סעיף 3.1.2.8.5. סעיף 7 לפרק ט'.	הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים
30 יום סעיף 5.2.3.6 בפרק ט' כתב שירות וליווי רפואי .	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

עלות הביטוח

דמי ביטוח חודשיים פרקים א'-ט' פרק ג' 2 מסלול משלים לשב"ן לרבות נספח השרות:	דמי ביטוח חודשיים פרקים א'-ט' פרק ג' 1 מסלול מורחב לרבות נספח השרות:	
141.5 ₪ משולם ע"י טבע העובד משלם את שווי המס	175.55 ₪ משולם ע"י טבע העובד משלם את שווי המס	עובד/ת
141.5 ₪	175.55 ₪	בן/ת זוג
45.2 ₪	52.5 ₪	ילד עד גיל 26
111 ₪	125.5 ₪	ילד מעל 26
141.5 ₪	175.55 ₪	בן/ת זוג של ילד
45.2 ₪	52.5 ₪	ילד של ילד

מסלול בסיסי עבור בני זוג וילדים בוגרים בלבד (פרקים א'1, א'2, א'3, א'4 ב', ד', ה')

78.7 ₪	בן/ת זוג
59.9 ₪	ילד בוגר

ילד- עד גיל 26. ילד שלישי ואילך- חינם.

דמי הביטוח נקובים בש"ח וצמודים למדד 12365 נק' אשר פורסם ביום 15.03.21.
המבטחת רשאית להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת
ההסכם בתום 30 חודשי ביטוח, על פי ניסיון התביעות.

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

לוח 2 – תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
השתלות מסלול 1 שיפוי	השתלות איברים, סעיף 1 בפרק א' לתנאי התכנית.	החברה המבטחת תשפה את המבוטח על תשלומיו בגין השתלה בסכום ביטוח בלתי מוגבל בגין סעיפים 1.3.1-1.3.4 בפרק א' ובסכום ביטוח מרבי נוסף של 1,508,876 ₪ להוצאות בגין סעיפים 1.3.5 ועד 1.3.14 לפרק א'.	אין
הוצאות רפואיות בעת ביצוע השתלה	שיפוי להערכות רפואיות לפני ביצוע ההשתלה, הוצאות לצורך קציר האיבר המושלל שימורו והעברתו, הוצאות אשפוז, הוצאות הצוות הרפואי וחדר הניתוח וכן ההוצאות המפורטות בפוליסה	בגין ההוצאות הממשיות ששולמו כמפורט בסעיף 1.3.1-1.3.4 לפרק א'.	אין
הוצאות נלוות	הוצאות נסיעה לחו"ל של מבוטח ומלווה אחד (2 מלווים במקרה של קטין), הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל אם המבוטח אינו כשיר מבחינה רפואית, הוצאות סבירות לשהייה בחו"ל, המשך טיפולים, הוצאות הטסת גופה לישראל. משתלים, הוצאות חיפוש אחר תורם להשתלת מח עצמות הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל, הוצאות רפואיות נלוות וכן ההוצאות המפורטות בפוליסה.	סכום ביטוח מרבי נוסף של 1,508,876 ₪ להוצאות בגין סעיפים 1.3.5 ועד 1.3.14. לפרק א'	אין
גמלת החלמה לאחר השתלה	לאחר ביצוע השתלה יהיה זכאי המבוטח לגמלה חודשית	5,130 ₪ לחודש למשך תקופה של 24 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה.	אין
השתלות מסלול 2 פיצוי	פיצוי חד פעמי לפני ביצוע השתלה סעיף 1.4	402,367 ₪	אין

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
טיפול מיוחדים בחו"ל	שיפוי לטיפול בחו"ל העומד בתנאים הנקובים בסעיף 2.1 לפרק א'2 לפוליסה	החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין תשלומיו בגין הוצאות טיפול מיוחד בסכום מרבי של 995,858 ₪. כמפורט בסעיף 2.3 לפרק א'2. בגין תשלומים ששולמו בארץ תינתן תוספת של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי לטיפול מיוחד.	אין
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
ניתוחים בחו"ל	שיפוי להוצאות ניתוח בחו"ל שהן: שכר רופא מנתח, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח והוצאות אשפוז, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, תרופות וכל הוצאה רפואית אחרת המפורטת בפוליסה.	בגין ניתוחים בחו"ל, תהיה תקרת השיפוי מלאה. כמפורט בסעיף 3.2 לפרק א'3 בפוליסה.	אין
הוצאות נוספות בעת ביצוע ניתוח בחו"ל	הוצאות טיסה ושהייה בחו"ל והעברה יבשתית, הוצאות הטסה רפואית, הוצאות הטסת גופה וכן כל הוצאה המפורטת בפוליסה.	כמפורט בסעיפים 3.4-3.7 לפרק א'3 ועד הסכומים הנקובים בצד כל הוצאה.	אין
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	שיפוי לטיפול מחליף ניתוח בחו"ל העומד בתנאים הנקובים בסעיף 4.1 לפרק א'4 לפוליסה.	שכר נותן טיפול מחליף ניתוח שבהסכם במקרה בו תיאום ביצוע הטיפול המחליף ניתוח בחו"ל בוצע על ידי החברה המבטחת, שיפוי מלא וישיר באמצעות נותן השרות בחו"ל. שכר נותן טיפול מחליף ניתוח שאינו בהסכם - עד תקרה של 200% משכר "נותן טיפול מחליף ניתוח אחר" אם היה מבוצע בישראל או עד 200% מעלות הניתוח אותו בא הטיפול להחליף אם היה מבוצע בישראל, הגבוה מביניהם.	אין
הוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע טיפול מחליף ניתוח	הוצאות חדר ניתוח והוצאות אשפוז כמפורט בסעיף 4.2 לפרק א'4	במקרה בו תיאום ביצוע הטיפול המחליף ניתוח בחו"ל בוצע על ידי החברה המבטחת, שיפוי מלא וישיר באמצעות נותן השרות בחו"ל. במקרה ובוצע בבית חולים אחר (שלא	אין

	בהסכם) –עד לתקרה של 200% משכר "נותן טיפול מחליף ניתוח אחר" אם היה מבוצע בישראל או עד 200% מעלות הניתוח אותו בא להחליף הטיפול אם היה מבוצע בישראל, הגבוה מביניהם.		
תגמולי ביטוח נוספים (הוצאות בגין שירותים נוספים)	התייעצות עם רופא מומחה העברות מבוטח ומלווה הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל	אין	כמפורט בסעיף 5 לפרק א' ועד הסכומים הנקובים בצד כל הוצאה.
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
תרופות שלא בסל הבריאות	שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות המאושרות באחת הרשויות המוסמכות בפוליסה, 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 בהתאמה אישית, או תרופות OFF LABAL או תרופות יתום או תכשיר מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים שהצורך בהם הומלץ בשילוב טיפול תרופתי ע"י רופא מומחה לטיפול במחלה של המבוטח, או טיפול תרופתי בתרופה לטיפול IND כהגדרתו בנספח זה. קנאביס רפואי למחלת הסרטן.	סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה עד 2,011,834 ₪ לסך כל מקרי הביטוח על פי פרק זה. לגבי תרופות המכוסות על פי סעיף 2 ד' בפוליסה, סכום הביטוח יעמוד על 402,367 ₪. לגבי תרופות המכוסות על פי סעיף 2 ז' בפוליסה, סכום הביטוח יעמוד על 251,480 ₪ (IND). סעיף ח' קנאביס רפואי עד 1,000 ₪ בחודש ועד סך 20,000 ₪ לשנתיים. טיפול בטכנולוגיית CAR T – החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל וזאת עד 300,000 ₪. סכום השיפוי בגין פרק ב' זה יהא לתקופה של 2.5 שנים. עם תום 2.5 שנים, סכום זה, יתחדש בגין כלל המבוטחים ל- 2.5 שנים נוספות. .	150 ₪ לחודש ולא יותר מסכום השיפוי המרבי. בגין תרופות לטיפול במחלת הסרטן ותרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לא תחול השתתפות עצמית. קיבל המבוטח תרופה, המכוסה עפ"י פוליסה זו, באמצעות תוכנית השב"ן (הביטוח המשלים) בה הוא עמית, ושילם במסגרת הביטוח המשלים השתתפות עצמית, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם.
השירות הנלווה לתרופה	שיפוי להוצאות לרכישת שירות ו/או טיפול רפואי המתחייב לצורך נטילת תרופה. סעיף 3.3.	שירות נלווה - עד 5,532 ₪ לכל סדרת טיפולים, סעיף 3.3 לפרק ב'.	אין

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ניתוחים יכוסו בתנאי שנבחר מנתח ובית חולים שבהסדר עם חברת הביטוח ובטרם ביצוע הניתוח	1. עד 3 התייעצויות עם רופא מומחה בקשר לניתוח. 2. שכר מנתח/נותן טיפול מחליף ניתוח. 3. ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח והאשפוז בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.	התייעצויות- נותני שירות שבהסכם - שיפוי מלא. סעיף 3 לפרק ג'1 . נותני שירות שלא בהסכם- עד 1,508 ₪ עבור התייעצות. סעיף 4 לפרק ג'1 . כיסוי מלא להוצאות הניתוח וטיפול מחליף ניתוח בישראל ועד 30 ימי אישפוז. לא ינתן כיסוי להוצאות עבור ניתוח שבוצע אצל ספק שירות שלא בהסכם עם המבטח.	אין
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח - משלים שב"ן ניתוחים יכוסו בתנאי שנבחר מנתח ובית חולים שבהסדר עם חברת הביטוח ובטרם ביצוע הניתוח	הכיסוי למבוטחים שבחרו מסלול שב"ן לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל והינו מעל ומעבר למלוא הזכויות המוקנות במסגרת תכנית השב"ן.	במקרים בהם תכנית השב"ן איננה משתתפת במימון ההוצאות בשל "נסיבות אישיות", סעיף 4.2 לפרק ג'2, יהיה המבוטח זכאי לתגמולי הביטוח רק מעבר למלוא הזכויות שהיו משולמות במקרה של מימון ההוצאות במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר ובתנאי שהרופא ובית החולים <u>הינם נותני השירות שבהסכם עם החברה</u>. במקרה של דחייה כללית, סעיף 4.3 לפרק ג'2, בתכנית השב"ן וכן מקרים של מבוטח שהינו בשירות סדיר, זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח בגין ההוצאות המוכרות. לא ינתן כיסוי להוצאות עבור ניתוח שבוצע אצל ספק שירות שלא בהסכם עם המבטח.	
ברות ביטוח לביטוח ניתוחים משקל ראשון	במקרה של סיום חברות בתכנית השב"ן, מבלי שהמבוטח חידש את חברותו או לא הצטרף לתכנית שב"ן בקופה אחרת, או נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן, זכאי המבוטח לרצף ביטוחי		

		להצטרף לכיסוי ביטוחי לניתוחים "מהשקל הראשון".	
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
אמבולטורי	התייעצות עם רופא מומחה	4 בשנה עד סך של 1207 ₪ לכל יעוץ.	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
	בדיקות רפואיות אבחנתיות	עד לסך 6,538 ₪ לכל בדיקה לשנת ביטוח ועד 15,088 ₪ לכל הבדיקות לשנת ביטוח.	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
	מסלול תור מהיר	יעוץ עם רופא מומחה שבהסכם בתוך שלושה ימי עסקים	השתתפות עצמית בסך של 250 ₪ בגין כל התייעצות.
		בדיקה אבחנתית מסוג אולטראסאונד, C.T או MRI בתוך שני ימי עסקים במרפאת הסדר	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
	בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן ו/או למחלות אחרות	כיסוי לכל הבדיקות המבוצעות במעבדה בגין ספק שנמצא בהסכם עם החברה המבטחת תקרת השיפוי תהייה מלאה ללא תקרה. בגין ספק שאינו בהסכם עם החברה המבטחת תקרת השיפוי תעמוד על 60,000 ₪.	אין
	בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון	אבחון גנטי פעם אחת לכל תקופת הביטוח לגילוי נשאות גנים סרטיים ו/או גנים של מחלות אחרות. עד 7,041 ₪ לכל תקופת הביטוח.	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
	טיפולים פיזיותראפיים / הידרותרפיים / ספורטתרפיה	עד 4,023 ₪ לכל שנת ביטוח.	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
	אח/ות פרטי/ת או מטפל/ת פרטי/ת	עד 905 ₪ לכל יום, עד 14 ימים למקרה ביטוח	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
	טיפולים / ייעוצים אונקולוגיים	עד 100,591 ₪ לכל הטיפולים לכל שנת ביטוח	אין
	טיפול ושיירותי הפריה	ההוצאות בהן נשא/ה בפועל בגין טיפולי הפריה חוץ גופית, טיפולי הפריה, הזרעה עד סך של 14,585 ₪ לכל סדרת טיפולים	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%

טיפולי הפריה אשר בוצעו בחו"ל	בנוסף ועד 22,633 ₪ לטיפול אחד בחו"ל.	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
מימון לשירותי פונדקאות	עד 35,207 ₪ לכל סדרת טיפולים ועד ארבע סדרות. בנוסף, בדיקות הריון ע"פ סעיף 1.9 בפרק ד' וע"פ התקרות הנקובות בסעיף 1.9 בפרק ד' אשר בוצעו באם פונדקאית.	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
שמירת ביציות לטווח ארוך	עד 40,236 ₪	אין
בדיקות ושירותים לנשים בהריון	עד 4,627 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל היריון. במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, עד 8,047 ₪ לכל היריון.	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי	עד 1,810 ₪ מההוצאות אשר הוצאו בפועל כיסוי זה יינתן לכל היריון.	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
טיפול בתא לחץ	עד לסך של 10,562 ₪ לשנת ביטוח.	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
טיפול פסיכולוגי	במקרים המפורטים בסעיף 1.12 עד 216 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנה לכל מבוטח	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
מנוי בנט"לי	מבוטח לאחר אירוע לבבי יהיה זכאי למנוי בנטל"י + קרדיו ביפר למשך שנה אחת.	אין
היעדרות ילד מבית הספר	בגין היעדרות מבית הספר מעל 30 ימים רצופים כתוצאה מתאונה או ממחלה, יהיה זכאי לתשלום חודשי של 1,207 ₪ עבור כל חודש היעדרות (החל מהחודש השני להיעדרות) לתקופה של 12 חודשים.	אין
הפסקות הריון באמצעות גלולת מייגיפין	עד 3,721 ₪	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
פסיכולוגיה רפואית	שירות וליווי פסיכולוגים עבור החולים ובני משפחותיהם, עד סך של 502 ₪ לייעוץ ועד 3 ייעוצים בשנת ביטוח.	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים	עד תקרה של 10,060 ₪ לכל שנת ביטוח	בכפוף להשתתפות עצמית של 15%
אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה	החזר על ביצוע אבחון, ועד לסכום בסך 1,508 ₪ אחת לתקופת ביטוח.	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
טיפול בבעיות התפתחות בילדים	עד 120 ₪ לטיפול ולא יותר מ-20 טיפולים סה"כ בשנת ביטוח.	בכפוף להשתתפות עצמית של 25%

בדיקות לרפואה מונעת למבוטחים מעל גיל 50	עד 352 ₪ לבדיקה	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
שיקום הדיבור ו/או הראיה למבוטח לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב- amblyopia	עד 155 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
זריקות לצורך רפואי	עד 3,017 ₪ למקרה. יכוסה גם עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן הזריקה.	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
טיפול בכאב	עד לסך של 4,023 ₪ לשנת ביטוח.	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי	ללא מגבלה	אין
הוצאות בגין בדיקה פתולוגית	תשלום ישירות לבי"ח או למעבדה פרטית או החזר הוצאות. כמו כן, תכוסה בדיקה פתולוגית נוספת בישראל או בחו"ל.	אין
הוצאות בגין טיפולים משקמים	עד 20 טיפולים לשנת ביטוח ועד לסך של 311 ₪ לטיפול.	אין
מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה- AIDS	פיצוי חד פעמי בסך 181,065 ₪	אין
מענק חד פעמי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B	פיצוי חד פעמי על סך 72,426 ₪	אין
ימי החלמה	עד לסך של 855 ₪ לכל יום ולתקופה שלא תעלה על 12 ימי החלמה	אין
טיפול ע"י מקרופאגים	עד לסך של 10,060 ₪ למקרה.	אין
שירות תור מהיר אצל נותני שירות שבהסכם	ביצוע התייעצות תוך 3 ימי עסקים. ביצוע בדיקה אבחנתיות הכוללת CT ו- MRI תוך 2 ימי עסקים ופענוח תוך 2 ימי עסקים נוספים.	אין
שיפוי שב"ן	קיבל המבוטח את הטיפול הרפואי במסגרת השב"ן, ונדרש לשלם השתתפות עצמית ישיב המבוטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ועד לסכומים המירביים הנקובים בפוליסה.	אין
שירות אבחון מהיר	אבחון בסיסי	פגישה ראשונית עם רופא ממיין אשר יקבע את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הראשוניות תהליך

	האבחון הבסיסי יתקיים תוך 3 ימי עבודה ממועד פנייתו של המבוטח		
השתתפות עצמית בסך של 100 ₪. אולם, אם ביצע המבוטח תהליך אבחון בסיסי לא תחול השתתפות עצמית נוספת בגין השיחה הטלפונית עם הרופא הממליץ על פי סעיף זה והשתתפות העצמית עבור תהליך האבחון הבסיסי והשיחה הטלפונית עם הרופא הממליץ יחדיו הינה בסך 180 ₪.	שיחה טלפונית עם הרופא הממליץ: הרופא הממליץ ישוחח עם המבוטח טלפונית תוך יום עבודה אחד ממועד קבלת המסמכים הרפואיים.		
ההשתתפות העצמית עבור תהליך האבחון הבסיסי והאבחון המקיף עפ"י סעיף זה הינה יחדיו הינה בסך 500 ₪	במידת הצורך, יופנה המבוטח לבדיקות רפואיות אבחנתיות נוספות בנוסף לאלו הקיימות בתהליך האבחון הבסיסי. בדיקות הדמיה שהינן MRI , CT , ממוגרפיה, מיפויים, CT PET , ביופסיות בשד ייקבעו ויתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות תוך 3 ימי עבודה. בדיקות פולשניות אחרות יתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות תוך 7 ימי עבודה.	אבחון מקיף	
השתתפות עצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
אין	שיפוי מלא בגין הפניה לנותן שירות שבהסכם. השיפוי בגין חוות דעת שנייה בחו"ל המתבצעת באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם, יהא עד סך \$ 2,500. במידה וקבלת חוות הדעת מחייבת נסיעת החולה לחו"ל, יכוסו הוצאות הטיסה והשהייה עד סך \$ 2,500 לאדם.	חוות דעת נוספת בחו"ל	חוות דעת רפואית נוספת בארץ ובחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל

	חוות דעת נוספת בארץ	שיפוי מלא כשמדובר בנותן שרות בהסכם או במקרה של רופא שאינו בהסכם עד לגובה - 1,207 ₪.	אין
	בדיקות המבוצעות בחו"ל	כולל: עלות הבדיקה, עלות שליחתה לחו"ל, פיענוח הבדיקה, קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פיענוח נוסף של כל הבדיקות וחוות דעת. השיפוי בגין עלות הבדיקות, עלות שליחתן לחו"ל, פיענוח הבדיקות וחוות הדעת יהא \$5,000	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
רפואה משלימה	טיפול אלטרנטיבי במצבים בריאותיים על ידי שימוש בדוגמאות של שיטות טיפול המפורטות בפרק ו' רפואה משלימה.	אצל נותן שרות שלא בהסדר עד 216 ₪ לכל טיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
		אצל נותן שרות בהסכם עד 12 טיפולים לשנת ביטוח.	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
מחלות קשות	כיסוי למחלות קשות או אירועים חמורים, לפי פירוט המופיע ברשימה בפרק ז' קיבל המבוטח פיצוי בגין מחלת הסרטן (סעיף 1.1), לא ימנע הדבר פיצוי נוסף בהתאם לנספח זה בגין כל מחלה אחרת (סעיפים 1.19-1.2). קיבל המבוטח פיצוי בגין מחלה כלשהי, לא ימנע הדבר קבלת פיצוי בגין מחלה אחרת.	פיצוי של 50,000 ₪ בקרות מקרה הביטוח	אין
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
פרוצדורות רפואיות	בקורות פרוצדורה רפואית המפורטת בפרק ח' שיפוי בגין ההוצאות הממשיות בפועל עבור השירותים הרפואיים	הזרקות לעמוד השדרה שבוצעו אלקטיבית או במהלך אשפוז, למעט הזרקה אפידורלית במהלך לידה – עד לסך של 10,060 ₪ לכל שנת ביטוח. צנתור לטיפול בהידרצלה ו/או ווריקוצלה וניתוח להפרדת הידבקויות תוך רחמיות. תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI. טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה: כולל עלות אביזרים ו/או	אין אין אין בכפוף להשתתפות עצמית של 20%

	טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה ועד לסך של 10,060 ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.		
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	זכאות לבדיקת ממוטמיה לצורך אבחון מחלת סרטן השד ועד לסך של 1,710 ש"ח לבדיקה ובתנאי שהתגלה בשד חשד לגוש והמבוטחת הופנתה לבדיקה הנ"ל ע"י רופא מטעמה.		
אין	טיפולים בהמופילטרציה - מתן חומר המעודד צמיחת כדוריות לבנות. הטיפול מתבסס על טיפול כימותרפי יחד עם מתן דם מועשר למבוטח הסובל ממחלת הסרטן עד לסך של 80,473 ₪		
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	שמירת מח עצם לתקופות ארוכות - מבוטח אשר יחלה במחלת הסרטן ואשר נלקח ממנו מח עצם להשתלה, יהא זכאי על פי נספח זה להחזר הוצאות בגין שמירת מח העצם לשלוש שנים החל מתום השנה השנייה לשמירתו ועד סה"כ חמש שנים. סכום ביטוח מירבי למקרה ביטוח יהיה לא יותר מסך של 10,060 ₪		
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	הקפאת זרע וביציות - מבוטח/ת אשר י/תחלה במחלת הסרטן יהא/תהיה זכאי/ת על פי נספח זה, לפני ביצוע הטיפולים כימותרפיים או רדיותרפיים, לבצע הקפאה לשמירת זרע וביציות של המבוטח/ת לתקופה מרבית של עד 10 שנים. סכום ביטוח מירבי למקרה ביטוח יהיה לא יותר מסך של 50,295 ₪		
השתתפות עצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 4 לפרק ט'	כמפורט בסעיף 4 לפרק ט'	שירות מלווה רפואי אישי	כתב שירות ליווי רפואי
השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 5 לפרק ט'	כמפורט בסעיף 5 לפרק ט'	שירותי תמיכה וסיוע בעת אשפוז בבית חולים ולאחר שחרור מאשפוז	



כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים

הגדרות – הגדרות אלה תקפות ליום פרסומן :

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

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

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

הנחיות להגשת תביעה

בהיודע לך על צורך בשירות רפואי כלשהו המכוסה על פי הפוליסה עליך לפנות למוקד תביעות

של מגדל בטלפון: 1-700-50-66-62 מייל tviotbriteva@migdal.co.il

פקס מס' 076-8869918.

המוקד פעיל בימים א'-ה' בין השעות 08:30-16:00

במקרים דחופים לאחר שעות העבודה, ניתן לפנות למוקד רפואי בטלפון : 1-700-50-66-62
המוקד פעיל בימים א'-ה' מהשעה 17:00 בערב ועד השעה 8:00 למחרת, ובימי שישי, שבת וחגים -
24 שעות ביממה.

לפניות בכתב:

מגדל חברה לביטוח בע"מ, מחלקת תביעות בריאות, רח' היצירה 2 קריית אריה פתח תקווה
ת.ד. 3063 מיקוד 49130.

ניתן להגיש תביעות גם באתר מגדל

לשימושך מדריך להגשת תביעות אינטראקטיבי באתר מגדל בכתובת: www.migdal.co.il.

מספר הטלפון הישיר של מוקד תמיכת אינטרנט במקרה של תקלה/שאלה באתר- 076-8865865
שעות הפעילות הן: בין השעות 08:00-16:00.

במקרה של צורך בתרופה שאינה כלולה בסל הבריאות:

עם היודע על הצורך בתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, שעלותן עולה על סכום ההשתתפות עצמית לתרופה לחודש, מומלץ לפנות אל מגדל בתביעה לצורך קבלת אישור לתשלום תגמולי הביטוח. לאחר קבלת האישור כאמור, במהלך תקופת נטילת התרופה, עליך להגיש למגדל כל 3 חודשים, מרשם חתום על ידי רופא מומחה או רופא בית החולים בצירוף קבלות המעידות על רכישת התרופות בפועל.

להלן אופן הגשת תביעת תרופות:

א. מבוטח הנזקק ליטול תרופה, יעביר ישירות באמצעות הדואר ו/או פקס מספר 076-8869245 או לכתובת מייל medicclaim@migdal.co.il טופס הגשת תביעה – החזר הוצאות רפואיות.

- ב. בטופס זה 2 חלקים:
- חלק א': נועד למילוי ע"י המבוטח.
 - חלק ב': נועד למילוי ע"י רופא מקצועי מטפל, דהיינו רופא מקצועי המטפל במבוטח בנוגע לבעיה הרפואית הקשורה בנטילת התרופה. או בצירוף מסמך מהרופא המקצועי המטפל כמו כן יש לצרף:
- מרשם רפואי חודשי.
 - קבלות מקוריות - במידה והתרופה נרכשה ע"י המבוטח ישירות או חתימה על הצהרה לנושא קבלת מקור.
 - מסמכים רפואיים.
 - צילום המחאה מבוטלת או אישור ניהול חשבון.
- ג. עם קבלת טופס התביעה והמסמכים רפואיים המתארים את הבעיה הרפואית, מועד הופעתה לראשונה וסוג התרופה הנדרשת, תפתח תביעה ע"י צוות התפעול ותנותב לרפרנט מטפל בצוות התרופות.
- ד. לאחר פתיחת התביעה תיבדק זכאותו של המבוטח בהתאם לתנאי הפוליסה.
- ה. בתום הבדיקה הראשונית ייקבל המבוטח הודעה על ממצאיה. במקרה שיש חוסר במסמך כלשהו, תישלח דרישה בכתב אל המבוטח.
- ו. במידה והמסמכים הרפואיים, כולל הפניית הרופא המטפל, אינם מספקים פרטים מדויקים או מלאים (לרבות באשר למועד תחילת הבעיה הרפואית, מתי לראשונה קם הצורך בנטילת התרופה וכו'), והשלמת המסמכים שהתקבלה ע"י המבוטח אינה מספקת לבדיקת החבות במלואה, תשלח הודעה למבוטח על הזמנת תיקו הרפואי מקופת החולים וחברתנו תפעל לאיסוף מסמכים מתיקו הרפואי של המבוטח בקופת החולים בה הוא חבר.
- ז. בתביעות בהן נדרש לקבל מידע רפואי ואין בנמצא טופס ויתור סודיות רפואית חתום על ידי המבוטח, הוא יוחתם על טופס כאמור.
- ח. במידה ולאחר איסוף המסמכים הרפואיים הרלוונטים ובחינת חבות התביעה יעלה כי דין התביעה להידחות, יישלח למבוטח מכתב דחיה המפרט את כל הסיבות לדחייה בצירוף חוות דעת גורם חיצוני במידה וקיימת.
- ט. במידה והתביעה אושרה על ידי חברת הביטוח והמבוטח מעוניין באספקת התרופה על ידו יעברו ישירות לבית המרקחת התחייבות כספית למימון הוצאות התרופה ואנו נסדיר מולם ישירות את התשלום.

- י. תשלומים למבוטח יבוצעו באופן הבא:
- תשלום באמצעות העברה בנקאית, תשלום מעל 5,000 ₪ מחייב בהמצאת צילום שיק.
 - במקרה של קטין יש לקבל מכתב חתום ע"י שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים, בצירוף תצלום תעודת זהות של המוטבים.

במקרה של בקשה לתשלום עבור קבלות דיגיטליות על המבוטח להצהיר במכתב נלווה יחד עם שליחת הקבלה הדיגיטלית שלא בוצע/יבוצע כל שימוש נוסף בקבלה, ובמקביל ישלח הקבלות הדיגיטליות אל מגדל.

במקרה של צורך בהשתלה, ניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל:
מאחר וביצוע השתלה או ניתוח או טיפול בחו"ל הינו הליך מורכב והטיפול בו שונה מאדם לאדם, חשוב ליצור קשר טלפוני עם מוקד התביעות, בהקדם, אף בטרם יצירת קשר עם גורם כלשהו בחו"ל, כדי לקבל הנחיות כיצד יש לטפל בתביעה.

להלן נוהל הגשת תביעה במקרה של צורך בהשתלה, ניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל:

- מבוטח הנזקק לעבור השתלה, ניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל:
- א. יעביר ישירות באמצעות הדואר ו/או פקס מספר 076-8869918 ו/או כתובת מייל Tviotbriteva@migdal.co.il טופס הגשת תביעה לאישור ותאום ההשתלה או הניתוח או הטיפול מיוחד בחו"ל.
- ב. הטופס כולל פרטים אישיים, פרטים לגבי סוג ההשתלה או הניתוח או הטיפול מיוחד בחו"ל הנדרש והמרכז הרפואי בו המבוטח מבקש לבצע את ההשתלה או הניתוח או הטיפול מיוחד בחו"ל, כמו כן לטופס הודעה על התביעה יש לצרף:
מסמכים רפואיים לרבות טפסי שחרור מבי"ח הכוללים אבחנה רפואית, היסטוריה רפואית והמלצה רפואית להשתלה או הניתוח או הטיפול מיוחד בחו"ל, שניתנה על-ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי והתכתבויות עם בי"ח בחו"ל (במידה והתקיימו).
- ג. עם קבלת טופס התביעה והמסמכים רפואיים המתארים את הבעיה הרפואית, מועד הופעתה לראשונה של הבעיה הרפואית וסוג ההשתלה/הניתוח/הטיפול מיוחד בחו"ל הנדרש, תפתח תביעה ע"י צוות התפעול ותנותב לרפרנט מטפל בצוות.
- ד. לאחר פתיחת התביעה תיבדק זכאותו של המבוטח בהתאם לתנאי הפוליסה והכיסויים שנרכשו על ידו.
- ה. בתום הבדיקה הראשונית יקבל המבוטח הודעה על ממצאיה. במקרה שיש חוסר במסמך כלשהו, תישלח דרישה בכתב אל המבוטח.
- ו. במידה והמסמכים הרפואיים, כולל הפניית הרופא המטפל, אינם מספקים פרטים מדויקים או מלאים (לרבות באשר למועד תחילת הבעיה הרפואית, האינדיקציה הרפואית לניתוח וכו'), והשלמת המסמכים שהתקבלה ע"י המבוטח אינה מספקת לבדיקת החבות במלואה, תשלח

הודעה למבוטח על הזמנת תיקו הרפואי מקופת החולים וחברתנו תפעל לאיסוף מסמכים מתיקו הרפואי של המבוטח בקופת החולים בה הוא חבר.

ז. בתביעות בהן נדרש לקבל מידע רפואי ואין בנמצא טופס ויתור סודיות רפואית חתום על ידי המבוטח, הוא יוחתם על טופס כאמור.

ח. במידה ולאחר איסוף המסמכים הרפואיים הרלוונטיים ובחינת חבות התביעה יעלה כי דין התביעה להידחות, יישלח למבוטח מכתב דחיה המפרט את כל הסיבות לדחייה בצירוף חוות דעת גורם חיצוני במידה וקיימת.

ט. במקרים בהם נמצא כי המבוטח זכאי לביצוע ההשתלה או הניתוח או הטיפול מיוחד בחו"ל, יישלח, בכפוף להסכמת בית החולים והוראותיו, התחייבויות כספיות לתשלום ההוצאות הרפואיות עבור ביצוע ההשתלה או הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל ונעביר את התשלומים מיד עם קבלת דרישות התשלום מהספק בחו"ל. ההוצאות הנלוות ישולמו בכפוף להמצאת קבלות מקוריות או חתימה על הצהרה לנושא קבלת מקור. ובהתאם לתנאים ולכיסויים בפוליסה.

י. תשלומים למבוטח יבוצעו באופן הבא:

- תשלום באמצעות העברה בנקאית, תשלום מעל 5,000 ₪ מחייב בהמצאת צילום שיק.
- במקרה של קטין יש לקבל מכתב חתום ע"י שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים, בצירוף תצלום תעודת זהות של המוטבים.

למבוטחים במסלול ניתוחים מ"השקל הראשון" – כיסוי אצל נותני שרות בהסדר בלבד! יש להגיש תביעה מראש ובטרם ביצוע הניתוח

לאחר שבחרת את הרופא המנתח, עליך לפנות למגדל בתביעה הכוללת מידע בין היתר על הרופא ופירוט לגבי הניתוח שאמור להתבצע.

בנוסף, לעזרתך, באתר האינטרנט של מגדל ניתן למצוא רשימה של כל הרופאים שבהסכם עם מגדל, הכוללת את מיטב המנתחים בישראל.

ביצוע ניתוח או טיפול מכוסה באמצעות רופא הסכם יבטיח לך כי התשלום בגין ביצוע טיפול המכוסה בפוליסה, יועבר ישירות מחברת הביטוח לרופא ההסכם.

למבוטחים במסלול ניתוחים כולל שב"ן – כיסוי אצל נותני שרות בהסדר בלבד! יש להגיש תביעה מראש ובטרם ביצוע הניתוח

הכיסוי הניתן לכם במסגרת הפוליסה בגין ניתוחים בישראל מהווה רובד משלים לתכנית השב"ן. בעת הצורך בביצוע הניתוח עליכם לפנות תחילה לקופת החולים למימוש הזכויות על פי תכנית השב"ן. במקביל יש לפנות למוקד התביעות של מגדל לצורך קבלת תגמולי ביטוח בגין הניתוח מעבר להשתתפות השב"ן ועד לתקרה הקבועה בפוליסה.

להלן נוהל הגשת תביעה במקרה של צורך בניתוח עתידי : כיסוי אצל נותני שרות בהסדר בלבד!
יש להגיש תביעה מראש ובטרם ביצוע הניתוח

א. מבוטח הנזקק לעבור ניתוח, יעביר ישירות באמצעות הדואר ו/או פקס מספר 076-8869918 ו/או כתובת מייל Tviotbriteva@migdal.co.il ו/או דרך הרופא המנתח טופס הגשת תביעה לאישור ותאום ניתוח עתידי .

• **טופס תביעה**

בטופס זה 2 חלקים:

חלק א': נועד למילוי ע"י המבוטח

חלק ב': נועד למילוי ע"י רופא מקצועי המטפל במבוטח בקשר לבעיה הרפואית

הקשורה בניתוח או בצירוף מסמך מהרופא המקצועי המטפל

כמו כן יש לצרף :

- הפניה לניתוח
- מסמכים רפואיים
- צילום המחאה מבוטלת

ב. עם קבלת טופס התביעה והמסמכים רפואיים המתארים את הבעיה הרפואית, מועד הופעתה לראשונה של הבעיה הרפואית וסוג הניתוח הנדרש, תפתח תביעה ע"י צוות התפעול ותנותב לרפרנט מטפל בצוות הניתוחים.

ג. לאחר פתיחת התביעה תיבדק זכאותו של המבוטח בהתאם לתנאי הפוליסה והכיסויים שנרכשו על ידו.

ד. בתום הבדיקה הראשונית יקבל המבוטח הודעה על ממצאיה. במקרה שיש חוסר במסמך כלשהו, תישלח דרישה בכתב אל המבוטח.

ה. במידה והמסמכים הרפואיים, כולל הפניית הרופא המטפל, אינם מספקים פרטים מדויקים או מלאים (לרבות באשר למועד תחילת הבעיה הרפואית, האינדיקציה הרפואית לניתוח וכו'), והשלמת המסמכים שהתקבלה ע"י המבוטח אינה מספקת לבדיקת החבות במלואה, תשלח הודעה למבוטח על הזמנת תיקו הרפואי מקופת החולים וחברתנו תפעל לאיסוף מסמכים מתיקו הרפואי של המבוטח בקופת החולים בה הוא חבר.

ו. בתביעות בהן נדרש לקבל מידע רפואי ואין בנמצא טופס ויתור סודיות רפואית חתום על ידי המבוטח, הוא יוחתם על טופס כאמור.

ז. במידה ולאחר איסוף המסמכים הרפואיים הרלוונטים ובחינת חבות התביעה יעלה כי דין התביעה להידחות, יישלח למבוטח מכתב דחיה המפרט את כל הסיבות לדחייה בצירוף חוות דעת גורם חיצוני במידה וקיימת.

ח. במידה והתביעה תאושר על ידי חברת הביטוח והניתוח הנדרש יבוצע באמצעות מנתח הסכם ובי"ח בהסכם, יועברו ישירות למנתח ולבית החולים התחייבויות כספיות למימון שכרם עבור ביצוע הניתוח, ונסדיר מולם ישירות את התשלום לאחר ביצוע הניתוח.

ט. במידה והניתוח בוצע באמצעות השב"ן ולנותני השרות יש הסדר עם מגדל והזכאות של הניתוח הוכרה, יבוצע החזר על גובה השתתפות העצמית ששולמה במסגרת השב"ן.

י. תשלומים למבוטח יבוצעו באופן הבא:

- תשלום באמצעות העברה בנקאית, תשלום מעל 5,000 ₪ מחייב בהמצאת צילום שיק.
- במקרה של קטין יש לקבל מכתב חתום ע"י שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים, בצירוף תצלום תעודת זהות של המוטבים.

במקרה של בקשה לתשלום עבור קבלות דיגיטליות על המבוטח להצהיר במכתב נלווה יחד עם שליחת הקבלה הדיגיטלית שלא בוצע/יבוצע כל שימוש נוסף בקבלה, ובמקביל ישלחו הקבלות הדיגיטליות אל מגדל.

להלן נוהל הגשת תביעה אמבולטורית/החזרי הוצאות:

א. מבוטח אשר מבקש לתבוע החזרים עבור הוצאות רפואיות (לדוגמא: התייעצות עם רופא מומחה, בדיקות אבחנתיות, בדיקות הריון וכו') יעביר ישירות באמצעות הדואר ו/או פקס מספר 076-8869918 ו/או כתובת מייל Tviotbriteva@migdal.co.il ו/או באמצעות אתר האינטרנט של מגדל בכתובת: migdal.co.il ו/או דרך הרופא המנתח טופס הגשת תביעה להחזר הוצאות רפואיות.

• טופס תביעה

בטופס זה 2 חלקים:

חלק א': נועד למילוי ע"י המבוטח.

חלק ב': נועד למילוי ע"י רופא מקצועי מטפל או בצירוף מסמך מהרופא המקצועי המטפל. כמו כן יש לצרף:

- סיכום מידע רפואי מהרופא המטפל
- קבלות מקוריות או חתימה על הצהרה לנושא קבלת מקור.
- צילום המחאה מבוטלת

ב. בכל מקרה של קבלת תביעה לתשלום תביעה בגין הוצאות רפואיות, תיפתח תביעה ע"י צוות התפעול ותיבדק זכאותו של המבוטח בכפוף לתנאים הספציפיים המפורטים בפוליסה.

ג. התשלום בעבור התביעות יהיה בהתאם לסכומי הביטוח ולמגבלות, באם קיימות, בפוליסה. התשלום יבוצע כנגד קבלות מקוריות בלבד או העתק קבלות או חתימה על הצהרה לנושא קבלת מקור + אישור מקופ"ח או גורם מבטח אחר על גובה ההחזר שקיבל המבוטח. התשלומים יהיו צמודים למדד.

ד. תשלומים למבוטח יבוצעו באופן הבא:

- תשלום באמצעות העברה בנקאית, תשלום מעל 5,000 ₪ מחייב בהמצאת צילום שיק.
- במקרה של קטין יש לקבל מכתב חתום ע"י שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים, בצירוף תצלום תעודת זהות של המוטבים.
- במקרה של בקשה לתשלום עבור קבלות דיגיטליות על המבוטח להצהיר במכתב נלווה יחד עם שליחת הקבלה הדיגיטלית שלא בוצע/יבוצע כל שימוש נוסף בקבלה, ובמקביל ישלחו הקבלות הדיגיטליות אל מגדל.

לנוחיותך, להלן מסמכים שיש להגיש בצירוף לטופס התביעה (לפי סוג האירוע)

1. לצורך הגשת תביעה בגין ניתוח / השתלה / טיפול רפואי מיוחד בחו"ל באופן פרטי :

- 1.1 טופס תביעה
- 1.2 סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל (כולל ציון ממתן סובל המבוטח מהבעיה).
- 1.3 הפניה לניתוח
- 1.4 העתק תוצאות בדיקות
- 1.5 צילום צ'ק מבוטל

2. לצורך הגשת תביעה במקרים בהם בוצע הניתוח באמצעות קופת חולים ו/או בהשתתפותה:

- 2.1 טופס תביעה
- 2.2 סיכום רפואי מהרופא המטפל.
- 2.3 מכתב מהקופה על גובה ההשתתפות שלה.
- 2.4 מכתב שחרור /סיכום מחלה/דו"ח ניתוח
- 2.5 צילום צ'ק מבוטל

3. לצורך הגשת בקשה להחזר הוצאות בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי:

- 3.1 טופס תביעה
- 3.2 סיכום מחלה ע"י הרופא המטפל (כולל ציון ממתן סובל המבוטח מהבעיה).
- 3.3 מכתב מהרופא המטפל הכולל את שם, מינון ועלות התרופה.
- 3.4 קבלות מקוריות או חתימה על הצהרה לנושא קבלת מקור.
- 3.5 מרשם עדכני
- 3.6 צילום צ'ק מבוטל

יודגש כי במקרה תביעה ייתכן שיתבקשו מסמכים ומידע נוסף להזכירך, במקרה של צורך בשירות רפואי המכוסה על פי הפוליסה לרבות ביצוע ניתוח, השתלה או צורך בתרופות שלא בסל הבריאות, מומלץ לפנות מראש למוקד התביעות, וזאת בטרם ביצוע הטיפול הרפואי, לבירור הזכאות על פי הפוליסה.

לשימושך מדריך להגשת תביעות אינטראקטיבי באתר מגדל בכתובת:

www.migdal.co.il

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים



פוליסת בריאות קבוצתית לעובדי טבע תעשיות פרמצבטיות בע"מ **ובני משפחותיהם**

תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה + נספחיה

1. מבוא:

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

2. הגדרות:

בהסכם זה יהיו, למונחים שלהלן הפירוש שלצידם:

2.1	"החברה המבטחת"	מגדל חברה לביטוח בע"מ.
2.2	"בעל הפוליסה"	טבע תעשיות פרמצבטיות בע"מ לרבות חברות בנות ו/או קשורות אשר רשומות בישראל.

3. המבוטחים הינם:

3.1	"מבוטח קיים"	מי שבמועד הצטרפותו לביטוח המקורי או לביטוח זה, הינו עובד/ת אצל "בעל הפוליסה" ו/או בן או בת זוגו (ובכלל זאת ידועה/ה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים שגילם עד 26 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 26, אך בתעריף ילד מעל גיל 26. וכן בן/ת זוג ו/או ילדים של עובד שנפטר, ובלבד שהעובד היה מבוטח בפוליסה הקודמת טרם פטירתו. למען הסר ספק, יובהר כי מבוטח קיים כולל גם בן/ת זוג ו/או ילדים של עובד גם אם העובד אינו מבוטח במסגרתה מכל סיבה שהיא.
3.2	"מבוטח חדש"	מי שלא היה במועד ההצטרפות לביטוח עובד/ת ו/או מבוטח/ת אצל "בעל הפוליסה" והנו עובד קיים ו/או עובד חדש ו/או בן/ת זוג קיים ו/או בן/ת זוג חדש (ובכלל זאת ידועה/ה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים, שגילם עד 26 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 26, אך בתעריף ילד מעל גיל 26. וכן בן/ת זוג ו/או ילדים של עובד שנפטר, ובלבד שהעובד היה מבוטח בפוליסה הקודמת טרם פטירתו. למען הסר ספק, יובהר כי מבוטח קיים כולל גם בן/ת זוג ו/או ילדים של עובד גם אם העובד אינו מבוטח במסגרתה מכל סיבה שהיא.

3.3	"עובד חדש"	"עובד חדש"	"עובד חדש"	"עובד חדש"- עובד/ת של בעל הפוליסה שהגיע מועד זכאותו להצטרף לביטוח, על פי הגדרתו הבלעדית, החד צדדית והבלתי ניתנת לסתירה של בעל הפוליסה. אשר לפי החלטתו הבלעדית של בעל הפוליסה הגיע מועד זכותו.
3.4	"עובד מועסק בחו"ל"	"עובד מועסק בחו"ל"	"עובד מועסק בחו"ל"	עובד (כולל עובד בחופשה ללא תשלום) השווה מטעם בעל- הפוליסה בחו"ל, לרבות עובד לשעבר של בעל הפוליסה ואדם בעל אזרחות ישראלית העובד בחברת בת, חברת- אחות או אחת החברות הקשורות לבעל הפוליסה ("חברה קשורה"- תוגדר על ידי בעל הפוליסה, על פי שיקול דעתו הבלעדי) ולא משולמים בגינו דמי ביטוח.
3.5	"פוליסה קודמת" / "ביטוח מקורי"	"פוליסה קודמת" / "ביטוח מקורי"	"פוליסה קודמת" / "ביטוח מקורי"	פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, שתחילתה ביום 16/7/2006 אשר התנהלה בהראל חברה לביטוח בע"מ וחודשה ב- 1/9/2012 וכן פוליסה מיום 1.9.2016 אשר התנהלה במגדל חברה לביטוח בע"מ.
3.6				למען הסר ספק, יובהר כי כל המבוטחים שבוטחו במסגרת פוליסת הבריאות של עובדי טבע ובני משפחותיהם, אשר התנהלה בהראל חברה לביטוח בע"מ, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, שתחילתה ביום 16/7/2006 (להלן: "הפוליסה הקודמת" / "ביטוח מקורי") וחודשה ב- 1/9/2012 וכן פוליסה מיום 1.9.2016 אשר התנהלה במגדל חברה לביטוח בע"מ, לרבות עובדים חדשים, בני/ות זוג חדשים וילדיהם כהגדרתם בסעיף 3.1-3.2 לעיל אשר יצורפו לביטוח, יצורפו לביטוח ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת והכול בכפוף לסעיף 8 בהסכם.
3.7	"גיל הפרישה המוקדמת"	"גיל הפרישה המוקדמת"	"גיל הפרישה המוקדמת"	כמשמעותו בסעיף 5 לחוק גיל פרישה, התשס"ד – 2004
3.8	"גמלאי"	"גמלאי"	"גמלאי"	מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמות לו אחת מאלה: - קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדין או בהסכם, ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו. - תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.

4. "המועד הקובע" 1.4.2021
5. "פרמיה" דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה / המבוטח לשלם לחברה המבטחת לפי תנאי פוליסה זו.
6. "תקופת המתנה" תקופה המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה ואשר במהלכה לא תהא על החברה המבטחת החובה לשלם למבוטח תגמולי ביטוח – חל רק על פרק אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח.
7. "המדד" מדד המחירים לצרכן – המדד הכללי המפורסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ולמחקר כלכלי או כל מדד שיחליף את מדד זה שיפורסם במקומו.
8. "המדד היסודי" מדד חודש אפריל 2021 שפורסם ביום 15 למרץ 2021. כל הסכומים, סכומי הביטוח והפרמיות בפוליסה ובהסכם צמודים למדד זה.
9. "מנתח / מרדים שבהסכם" רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל הנמצא בהסכם עם החברה המבטחת, על כל הפרוצדורות שהוא מבצע, במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח. החברה המבטחת תעשה ככל שביכולתה על מנת שלא לגרוע רופא מרשימת רופאי ההסכם במהלך תקופת הביטוח בלא הסכמת בעל הפוליסה.
10. "בית חולים שבהסכם" מוסד רפואי בישראל או בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים, לרבות, אך לא רק, מסלולי הרפואה הפרטיים בבתי החולים הציבוריים (שר"פ/שר"ן) ואשר לחברה המבטחת הסכם התקשרות עימו לצורך מתן שירותים ו/או ביצוע ניתוחים למבוטחים.
11. "סכום ביטוח" הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל נספח שצורף לפוליסה ו/או בדף פרטי הביטוח.
12. "חוק הבריאות" חוק בריאות ממלכתי תשנ"ד – 1994.
13. "קופת חולים" כהגדרתה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

14. "שירותי בריאות נוספים" (שב"נ)
תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך. וכאמור בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובצו לפי סעיף 8 (ז) לחוק האמור.
15. "ישראל"
מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
16. "חו"ל"
כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל.
17. "בית חולים"
מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.
18. "בית חולים פרטי"
בית חולים כמוגדר לעיל המורשה ע"י משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
19. "השתתפות עצמית"
חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פוליסה זו, תהיה רק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
20. "אשפוז"
שהייה בבית חולים ציבורי או פרטי ו/או במרפאה, לרבות, אך לא רק, תרופות ובדיקות הקשורות לניתוח / טיפול רפואי שבוצע, לרבות, אך לא רק, אבחון, ריפוי, שיקום ומעקב רפואי.
21. "יום אשפוז"
יממה של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח ו/או לינת לילה בבית חולים ציבורי או פרטי. למען הסר ספק, אשפוז יום ייחשב כיום אשפוז לצורך הזכאות בפוליסה.
22. "שנת ביטוח"
תקופה של כל 12 חודשים רצופים שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח.
23. "שינוי בדמי הביטוח"
לרבות שינוי בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח ולמעט שינוי בדמי הביטוח הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או שינוי בדמי הביטוח הנובע בשל מעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.

24. כל חוזרי המפקח חלים על הסכם ופוליסה זו - אך הינם תנאי מינימום - ולעולם מה שגובר הוא המופיע בפרק הרלוונטי או בחוזרים אלו והמטיב עם המבוטחים. קרי, החברה מתחייבת כי ההגדרות בפוליסה זו נוסחו בפרקים הרלוונטיים באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזריו. כמו כן, לא יעשה שימוש בחוזרים כפרשנות שסותרת את הפוליסה המטיבה. "מטיבה" לפי דעת בעל הפוליסה.

25. "כפל ביטוח":

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

26. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות בין הוראות ההסכם והפוליסה הקודמים לבין הוראות הסכם ופוליסה אלו, יפעלו הסתירות ו/או אי בהירות ו/או דו המשמעות לטובת המבוטח/ים שהצטרף/ו הן ברצף ביטוחי והן כמבוטחים חדשים ו/או בעל הפוליסה, תוך הישענות על עיקרון כי ההסכם והפוליסה באו להוסיף על תנאי ההסכם והפוליסה הקודמים, ולהטיב את תנאי המבוטחים הכלולים בו ו/או שהצטרפו אליו וכן בעל הפוליסה. "להטיב" לדעת בעל הפוליסה.

27. החברה המבטחת מתחייבת ליידע ולעדכן את בעל הפוליסה ולהתאים את ההסכם והפוליסה לכל הנחיה כללית או ספציפית רלוונטית שפורסמה ותפורסם בעתיד על ידי המפקח על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר בנוגע לביטוחי בריאות קולקטיביים. אם וככל שהן מטיבות עם מבוטח כלשהו ועם בעל הפוליסה (לפי העניין).

28. למבוטחים שהיו מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית ו/או פוליסה קיבוצית, בטרם או במהלך הביטוח הקודם או ביטוח זה, יישמר רצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופות אכשרה ו/או תקופות המתנה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת וזאת במסגרת תקופת המבצע כמוגדר בסעיף 40 להלן בהתאם לכיסויים החופפים שהיו למבוטח בפוליסה הקודמת.

29. למען הסר ספק, תביעה שאושרה בתקופת הביטוח ו/או משולמת לשיעורין כדוגמת, אך לא רק, תביעת תרופות, תמשיך להיות משולמת בתום תקופת הביטוח ועד לגבולות האחריות בפרק הרלוונטי, ללא קשר ובנוסף למוגדר כמקרה ביטוח בפרק הרלוונטי.

30. נספח ב' להסכם ולפוליסה, השרות SLA מהווה חלק מהותי ותנאי מתלה לקיום הפוליסה וההסכם.

31. התיישנות תביעות: תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח תהא על פי חוק.

32. בנוגע לתביעות של מבטחים קיימים, שמועד מקרה הביטוח אירע בתקופה בה הביטוח הקודם היה בתוקף ו/או הזכאות ו/או הזכות לקבלת תגמולי ביטוח נוצרו במועד בו הביטוח הקודם היה בתוקף ו/או אירוע שהביטוח הקודם חב בו ושולם על ידי הביטוח הקודם אך התקרה מוצתה עד תום (לרבות אך לא רק בפרק התרופות), תטופל התביעה ע"י החברה המבטחת ותשולם מהפוליסה החדשה.

33. על פי סעיף 12(ב) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009 בנושא צירוף מבטח –

33.1 מוטלת על מבטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

- לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה ' אותו מועד
- לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;
- לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסויימים (בסעיף זה- פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד.
- אם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטחים – המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

33.2 סעיף משנה 33.1 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

- הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;
- חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" – שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה ובכפוף לסעיף 3.6 בפרק ההגדרות לעיל.
- 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:
 - ניתוחים;
 - תרופות;
 - השתלות;
 - מחלות קשות;
 - שיניים;
 - תאונות אישיות.

33.3 פחת מספר המבטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

34. מבטח לא יתקשר בחוזה עם בעל פוליסה אלא אם כן נקבע באותו חוזה כי בעל הפוליסה ימסור למבטח, לפני תחילת תקופת הביטוח, הצהרה והתחייבות כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה;

35. מתן מסמכים למבוטח:

- 35.1 מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח.
- 35.2 על אף האמור בסעיף 35.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין-
 - כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;
 - את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;
 - את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- 35.3 בנוסף לאמור בסעיף 35.1 לעיל, החברה תשלח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מחוזה הביטוח שבין החברה לבין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה אצלה בקשת המבוטח. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח במלואם ישלח המבטח למבוטח לפי דרישתו העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לענין גובה דמי הביטוח התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

36. קביעת דמי הביטוח:

- מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50% מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים- המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לענין זה, "העלאה של דמי ביטוח"-
- לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
 - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה;
 - למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
 - במהלך תקופת הביטוח- בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
 - במועד חידוש הביטוח הקבוצתי- בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח;

- על אף האמור לעיל, המפקח רשאי לאשר למבטח מסוים כי לגבי תוכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבטח לפי סעיף זה, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים.

37. מתן הודעות למבוטח

- 37.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה- 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, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי
- 37.2 לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ- 45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.
- 37.3 חודשה הפוליסה 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.
- 37.4 הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.
- 37.5 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי) תשס"ט- 2009 ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.
- 37.6 חלה על מבטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.
- 37.7 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח במלואם ישלח המבטח למבוטח לפי דרישתו העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לענין גובה דמי הביטוח התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

38. ביטול הביטוח לגבי מבטוח מסוים

- 38.1 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור לעיל, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, 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.
- 38.2 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור לעיל, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבטח 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; לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.
- 38.3 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם, אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

39. המשכיות :

- 39.1 בתום ההסכם ובכל במקרה של ניתוק יחסי עובד מעביד מכל סיבה שהיא, ו/או במקרה של פטירה ו/או במקרה של עובד שנישואיו הגיעו לקיצם בגירושין או בשל פרידה מידועה/בציבור, יהיו זכאים המבוטחים להמשיך להיות מבטחים בפוליסת בריאות פרטית אישית המקבילה לפוליסה הקבוצתית בחברה המבטחת, שהיקף הכיסוי בה הקרוב ביותר, אלא אם כן המבוטח ביקש כי תנאי פוליסת ההמשך, כאמור, יהיו נחותים יותר. למען הסר ספק, במקרה של עובדים שנפטרו, בני המשפחה יוכלו להמשיך להיות מבטחים בפוליסה הקבוצתית.
- 39.2 התעריפים הינם התעריפים שיהיו קיימים אצל החברה המבטחת לפוליסת בריאות באותו מועד, ושאינם גבוהים מדמי הביטוח הנהוגים אצל החברה המבטחת בפוליסה על פי סעיף 39.1 לעיל, וברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצב רפואי במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו, ויהיו זכאים להנחה בגובה 30% מהתעריף לביטוח בפוליסה דומה ובכפוף לאמור בסעיף 39.1 לעיל, למשך 5 שנים ו-10% החל מהשנה השישית ואילך, לכל החיים.
- 39.3 החברה המבטחת תפנה בכתב לכל מבטח, ותציע לו את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך מאה ושמונים (180) ימים ממועד ניתוק יחסי עובד/מעביד כאמור ותאפשר לו לבחור במעבר לפוליסת ההמשך. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. כמו כן, למבוטח שיפנה למבטח תוך מאה ושמונים (180) ימים ממועד הפסקת הביטוח, תחילת תקופת הביטוח בפוליסת

ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. קרי, המבטח חייב לשלוח הודעה בכתב על הפסקת הביטוח למען המבוטח, והמבוטח תוך מאה ושמונים (180) ימים רשאי להחליט על בחירה במעבר לפוליסת ההמשך ממועד קבלת ההודעה של המבטח במענו.

39.4 פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי זו, לא תפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלו.

39.5 בנוסף לאמור לעיל יצוין, כי למבוטחים הפורשים לגמלאות יש אפשרות לעבור לפוליסה קולקטיבית של גמלאי טבע, וזאת ברצף ביטוחי מלא וללא צורך במילוי הצהרת בריאות והליך חיתום, כל זאת בתנאי שניצלו זכות זו בתוך תשעים (90) יום מיום סיום עבודתם אצל בעל הפוליסה ופרישתם לגמלאות.

40. תנאי הצטרפות:

40.1 מבוטחים קיימים:

לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ט' לרבות נספח השירותים יצורפו כל המבוטחים הקיימים, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיפים 3.1 ו 3.6 ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי.

40.2 עובדים חדשים, בני/ות זוג וילדיהם:

40.2.1 לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ט' לרבות נספח השירותים יצורפו העובדים החדשים, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3.2 תוך תשעים (90) יום מיום זכאותם, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי. בכפוף לקבלת הסכמה מפורשת מראש.

40.2.2 כל מבטח שהצטרף לאחר תשעים (90) יום אלו, ההצטרפות תתבצע בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

40.3 לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ט' לרבות נספח השירותים יהיו רשאים להצטרף בני/ות זוג וילדיהם כהגדרתם בסעיף 3.2 ו 3.3 לפרק ההגדרות בפוליסה תוך תשעים (90) יום מיום זכאותם, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו לרבות החמרה במצבם הרפואי. (מותנה בקבלת הסכמת העובד לצירופם).

כל מי שהצטרף לאחר תשעים (90) יום אלו, ההצטרפות תתבצע בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

40.4 עובדים קיימים, בני/ות זוג וילדיהם: (שלא היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת)

40.4.1 לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ט' לרבות נספח ב' השירותים יהיו רשאים להצטרף עובדים קיימים, בני/ות זוג וילדיהם, שלא היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3.2, במהלך "תקופת מבצע" בתשעים (90) יום הראשונים מיום קבלת חוברות הפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות

ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, בכפוף לקבלת הסכמה מפורשת מראש.

40.4.2 כל מי שלא הצטרף לפוליסה בתשעים (90) יום אלו, יוכל לאחר מכן, להצטרף לפוליסה בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

40.5. עובד המועסק בחו"ל ובני משפחתו:

40.5.1 עובד המועסק בחו"ל, בני/ות זוג וילדיהם יהיו רשאים להצטרף לפוליסה בתשעים (90) יום הראשונים מיום חזרתו של העובד לישראל ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת אכשרה ו/או בתקופת המתנה ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו.

40.5.2 כל מי שלא הצטרף לפוליסה בתשעים (90) יום אלו, יוכל לאחר מכן, להצטרף לפוליסה בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

כללי:

40.6 לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ט' לרבות נספח השירותים יהיו רשאים להצטרף ילדים שגילו בכניסה לביטוח זה מעל גיל 26 ו/או בני/ות זוגם ו/או ילדיהם וכמו כן בני/ות זוגם ו/או ילדיהם מתחת לגיל 26, באופן וולונטרי בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

40.7 מבוטחים שיוולדו להם תינוקות ו/או אימצו ילדים, ו/או נישאו ו/או הפכו לידועים בציבור במהלך תקופת הביטוח יהיו רשאים לצרף את ילדיהם החדשים ו/או בני זוגם לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ט' לרבות נספח השרות במהלך תשעים (90) יום מיום לידתם או מיום האימוץ או חתונתם או מועד ההכרה כידוע/ה בציבור, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או בתקופת אכשרה ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו. תינוק שנולד ויצורף במהלך תשעים (90) יום מיום לידתו, יהא מבוטח רטרואקטיבית מיום היוולדו.

מי שלא יצרף את תינוקו או בן זוגו במהלך תשעים (90) יום הראשונים כאמור, יוכל לעשות זאת לאחר מכן בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

40.8 כל מבוטח יוכל לגרוע את עצמו מהפוליסה תוך מאה ועשרים (120) ימים מיום זכאותו או מאה ועשרים (120) ימים מיום קבלת חוברת הפוליסה, לפי המאוחר מביניהם, ולקבל חזרה את הפרמיה ששולמה באופן רטרואקטיבי.

40.9 כל המבוטחים שיממשו את סעיף 40.8 לעיל ויבקשו להצטרף שוב לפוליסה, למעט במקרה בו תבע המבוטח את הפוליסה, יוכלו לעשות זאת בכפוף למילוי הצהרת בריאות המצ"ב כנספח ד' להסכם.

40.10 תחילת ו/או תוקף הפוליסה לגבי כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי המאוחר מבין הזמנים הבאים:

(א) הראשון בחודש העוקב לחודש בו הצטרף לקבוצת המבוטחים וזאת בהודעה בכתב מבעל הפוליסה.

(ב) יום כניסת הפוליסה לתוקף, לגבי מבוטחים המצטרפים לביטוח עם הצהרת בריאות ותהליך חיתום, תאריך ההצטרפות לביטוח יהיה הראשון לחודש העוקב ליום קבלת אישור החברה המבטחת.

- 40.11.** החברה המבטחת תודיע תשובה למבוטח במכתב דחייה / קבלה לביטוח, וזאת תוך שישים (60) ימים מהמועד בו חתם המבוטח על גבי טופס הבקשה להצטרף לביטוח. היעדר הודעה מעבר לתקופה של שלושים (30) ימים כאמור לעיל כמוה כאישור החברה המבטחת לקבלת המבוטח לביטוח בכיסוי מלא וללא החרגות. סעיף זה רלוונטי לסעיפים: 40.2.2, 40.3, 40.4.2, 40.5.2, 40.6, 40.7 ו-40.9 לעיל.
- 40.12.** כל מי שעונה על ההגדרה בסעיף 28 לעיל יהיה רשאי להצטרף לביטוח ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת אכשרה ו/או בתקופת המתנה, ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח, וללא סייג רפואי קודם כלשהו. ביחס לכיסויים החופפים ובכפוף לתקופת המבצע במאה ועשרים (120) הימים הראשונים לזכאותם.

41. תקופת ההסכם

- 41.1** תקופת הביטוח מתחילה ביום 1.4.2021 ומסתיימת ביום 31.3.2026.
- 41.2** החברה המבטחת מצהירה ומתחייבת, כי הזכאות לכל הנובע בהסכם ובפוליסה לרבות, אך לא רק, תקרות ההחזרים ומכסות הטיפול, תתחיל מחדש בתום מחצית מתקופת הביטוח (בתום שנתיים וחצי) וכי החברה המבטחת תשלם ותאשר מחדש את הכיסויים, לרבות תקרות ההחזרים ומכסות הטיפול, ממועד זה ובכל שנתיים וחצי, על פי תנאי הפוליסה וההסכם.
- 41.3** פחת מספר המבוטחים מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

42. הכיסוי הביטוחי

החברה המבטחת מתחייבת כי הכיסוי הביטוחי יהיה בתוקף מלא ובהתאם לפוליסה וההסכם בכל מקום בעולם ובישראל (למעט למבוטח אשר שוהה בחו"ל תקופה העולה על מאה שמונים ושלושה (183) ימים בשנה והוא גר באופן קבוע בחו"ל) וזאת למשך כל תקופת ההסכם והפוליסה וכל הארכה שלה. יובהר כי הפוליסה אינה מחליפה ביטוח נסיעות לחו"ל.

43. דמי הביטוח החודשיים

43.1 דמי הביטוח לרובד מורחב

דמי ביטוח חודשיים פרקים א'-ט' פרק ג' 2 מסלול משלים לשב"ן לרבות נספח השרות:	דמי ביטוח חודשיים פרקים א'-ט' פרק ג' 1 מסלול מורחב לרבות נספח השרות:	
141.5 ₪ משולם ע"י טבע העובד משלם את שווי המס	175.55 ₪ משולם ע"י טבע העובד משלם את שווי המס	עובד/ת
141.5 ₪	175.55 ₪	בן/ת זוג
45.2 ₪	52.5 ₪	ילד עד גיל 26
111 ₪	125.5 ₪	ילד מעל 26
141.5 ₪	175.5 ₪	בן/ת זוג של ילד
45.2 ₪	52.5 ₪	ילד של ילד

43.2. מסלול בסיסי עבור בני זוג וילדים בוגרים בלבד (פרקים א'1, א'2, א'3, א'4, ב', ד', ה')

בן/ת זוג	78.7 ₪
ילד בוגר	59.9 ₪

43.3. הפרמיות הנ"ל צמודות למדד הידוע ב – 15 למרץ 2021.

43.4. התשלום בגין כל הרבדים יהיה עד לשני (2) ילדים, ומהילד השלישי ואילך חינם. תשלום עבור נכד/ה יהיה עבור כל נכד/ה ללא יוצא מהכלל.

43.5. התאמת דמי הביטוח

בתום 2.5 השנים הראשונות לתקופת הביטוח, החברה המבטחת תהא רשאית להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם ועל פי ניסיון התביעות

44. קיומם של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי

44.1. בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות

מעת לעת והעלולות להגביל ו/או למנוע מהמבוטח בעת השרות הצבאי (החייל) קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבוטח בהתאם לתנאי הפוליסה.

44.2. המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא.

44.3. בכל מקרה שבו המבוטח נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

44.4. אין בסעיף זה כדי לגרוע או לצמצם מתנאי הפוליסה.

פרק א' 1 השתלות

1 מסלול 1 - מקרה הביטוח: השתלת איברים שבוצעה במהלך תקופת הביטוח ו/או תבוצע במהלך תקופת הביטוח ו/או הצורך בביצועה נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

1.1 השתלת איברים:

בגין השתלת איברים יהיה זכאי המבוטח לשיפוי מלא בגין לב, לב-ריאה, אונת ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, כבד, השתלת קרנית, השתלת מח עצם, לרבות, אך לא רק, השתלת מח עצם עצמית, אונת כבד, שחלה, רחם, מעי, תאי אב ו/או תאי גזע ו/או תאי דם מדם היקפי ו/או דם טבורי ו/או דם פריפרי מתורם זר ו/או מגופו של המבוטח וכל שילוב ביניהם, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר והשתלת איבר אחר או חלק מאיבר אחר במקומו אשר נלקח מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח עצמו או איבר מלאכותי ו/או תפעול באמצעות איבר מלאכותי, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית וכן השתלת איבר מבע"ח (בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית ע"י הרשויות המוסמכות במדינת ישראל או ארה"ב או האיחוד האירופי).

את ההשתלה רשאי המבוטח לבצע בארץ או בחו"ל.

ובכפוף לחוק השתלת איברים התשס"ח 2008 ולחוזר ביטוח 1-1-2009 הגדרת השתלה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות' ובכפוף לסעיף 24 לעיל.

1.1.1 הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.

1.1.2 למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי, אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח, הינו חלק מאותו מקרה ביטוח. יובהר כי השתלה חוזרת, תיחשב כמקרה ביטוח חדש.

1.2 מסלול 1 - החברה המבטחת תשפה את המבוטח על תשלומיו בגין השתלה בסכום ביטוח בלתי מוגבל בגין סעיפים 1.3.1-1.3.4 ובסכום ביטוח מרבי נוסף של 1,508,876 ₪ להוצאות בגין סעיפים 1.3.5 ועד 1.3.14.

1.3 כתשלום בגין השתלה ייראו את התשלומים כדלקמן:

1.3.1 תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח ו/או בתקופות המתנה בחו"ל לפני ביצוע ההשתלה, לרבות תשלום עבור דיאליזה שנזקק המבוטח לפני ביצוע ההשתלה. במקרה שיידרש המבוטח לבצע בדיקות הערכה (EVALUATION) לצורך השתלה בחו"ל – תכוסה בדיקת הערכה וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה. במקרה צורך בהשתלת מח עצמות עצמית, תשלם החברה למבוטח סך 935 ₪ בגין כל יום אשפוז בארץ, עד למקסימום 30 יום.

1.3.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל לרבות, אך לא רק, אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום, עד 365 יום לפני ביצוע ההשתלה ועד 365 יום לאחר ביצועה. לרבות, אך לא רק, כל ההוצאות הכרוכות בטיפול הרפואי, באשפוז, בבדיקות, שירותי מעבדה לרבות, אך לא רק, ולא רק בדיקות פתולוגיה, ציטולוגיה וגנטיקה שיידרשו, בתרופות ובטיפולים להם נזקק המבוטח לרבות הוצאות בגין טיפולים רפואיים נדרשים לפני אשפוז, בתקופת ההמתנה להשתלה, במהלך האשפוז ולאחר ההשתלה.

1.3.3 תשלום עבור ההוצאות להשגת האיבר להשתלה, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה. לרבות, אך לא רק, כיסוי ההוצאות הרפואיות הכרוכות באיתור התורם כולל הוצאות שהייה וטיסה לצורך איתור תורם עבור המבוטח ומלווה אחד. כמו כן, כיסוי לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם. הכיסוי יכלול גם רישום במאגרים בחו"ל וכל פעולה אחרת הנדרשת לאיתור האיבר והשגתו. במידה והמבוטח יזדקק להשתלת קרנית, החברה תסייע למבוטח תוך הפעלת קשריה בארץ ובחו"ל להשגת קרנית.

1.3.4 תשלום לכל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז וכן לצוות המנתח עבור כל השירותים הרפואיים שיינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה ובמהלך האשפוז לפני ואחר ההשתלה לרבות פיזיותרפיה.

1.3.5 תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח, ומלווה במלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל. לרבות, אך לא רק, הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים ובחזרה. על אף האמור לעיל במידה והמבוטח הוא ילד תכסה החברה המבטחת הוצאות טיסה ושהיה של שני מלווים. רופא מטעם המבוטח יחליט ע"פ מצבו הרפואי של המבוטח האם מצבו הרפואי מחייב לטוס במחלקה אחרת ו/או עם רופא מלווה ואז יינתן כיסוי למימון טיסה במחלקה הרלוונטית למצבו לחולה ולמלווה אחד.

1.3.6 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת ו/או במטוס מיוחד לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים. כולל ליווי רופא מלווה. לרבות, אך לא רק, הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים ובחזרה.

1.3.7 תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל, במידה והמושתל הינו ילד, יהיה התשלום עבור שני מלווים.

1.3.8 תשלום עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה, בארץ או בחו"ל, יינתן כיסוי מלא וישולם בנוסף לסכומי הביטוח המפורטים בסעיף 1.2 לעיל. כמו כן, יינתן כיסוי לבקרה וביקורת ולטיפול תרופתי ותכשירים רפואיים הנובעים מקבלת השירות, כמפורט להלן: תשלום מלא עבור המשך טיפולים בארץ או בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, או בקרה עליהם, לרבות טיפול תרופתי ותכשירים רפואיים. ביקורת בחו"ל תכוסה עד שנה ממועד ביצוע ההשתלה.

1.3.9 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה.

1.3.10 תשלום עבור משתלים מיוחדים רגילים או מפרישי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח.

1.3.11 תשלום לכיסוי הוצאות חיפוש אחר תורם להשתלת מח עצמות בסך 502,958 ₪.

1.3.12 הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל לביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בישראל, במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.

1.3.13 הוצאות רפואיות נלוות וכל הוצאה אחרת שנדרש מהמבוטח להוציא בחו"ל או בארץ עפ"י הוראה רפואית לרבות, אך לא רק, הוצאות המשך טיפול תרופתי בארץ שנקבע ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח. כמו כן, תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה, כולל הוצאות טיסה ושהיה, עד שנה ממועד ההשתלה.

1.3.14 תשלום עבור הוצאות לאיתור תורם, לרבות תורם ספציפי, לרבות עריכת הבדיקות הדרושות לקביעת ההתאמה. לרבות, אך לא רק, כיסוי ההוצאות הרפואיות הכרוכות באיתור התורם כולל הוצאות שהיה וטיסה לצורך איתור תורם עבור המבוטח ומלווה אחד. הכיסוי יכלול גם רישום במאגרים בחו"ל וכל פעולה אחרת הנדרשת לאיתור האיבר והשגתו.

1.3.15 השלמת הכנסה וכיסוי הוצאות:

בכל מקרה של ביצוע השתלה המכוסה על פי הפוליסה, תשלם החברה המבטחת למבוטח, בנוסף לכל גמלה ולכל פיצוי אחר, לו זכאי המבוטח עפ"י הפוליסה, גמלה נוספת שתיקרא "גמלת החלמה" (להלן: "הגמלה") כדלהלן:

1.3.15.1 סך של 5,130 ₪ לחודש למשך 24 חודש.

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

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

1.4 מסלול 2 - פיצוי בעד השתלת איברים לפי הוראות פוליסה לביטוח מחלות קשות:

סעיף זה כולל כיסוי ביטוחי בעד השתלת איברים כמוגדר בסעיף 1.1 לעיל.
סכום הביטוח הינו 402,367 ₪.

1.4.1 מקרה הביטוח

המלצה מתועדת להשתלת אברים כהגדרתה בסעיף 1.1 לעיל לראשונה במהלך תקופת הביטוח.

1.4.2 תשלום פיצוי בעד השתלת איברים, ייעשה בעקבות המצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל המעיד על רישומו של המבוטח, ובטרם ביצוע ההשתלה או במקרה והמבוטח אינו יכול להירשם במרכז הלאומי להשתלות, בכפוף למכתב מרופא מטעם המבוטח המעיד על הצורך בהשתלה, ובטרם ביצוע ההשתלה.

1.4.3 הזכאות לכיסוי להשתלות איברים, עפ"י פרק זה, יהא עפ"י סעיף 1.2 א עפ"י סעיף 1.4 עפ"י שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח.

למען הסר ספק יובהר כי מבוטח אשר קיבל סכום ביטוח עבור השתלה בביטוח הקודם, לא יוכל לקבל שיפוי או פיצוי על פי פוליסה זו.

המבוטח רשאי להגיש לחברה העתקי המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח.

פרק א' 2 טיפולים מיוחדים בחו"ל

2. **מקרה הביטוח:** טיפול מיוחד בחו"ל שבוצע ו/או יבוצע ו/או הצורך בביצועו נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

2.1 **"טיפול מיוחד בחו"ל"** יחשבו טיפולים רפואיים לרבות ולא רק טיפול בחולי סרטן, מחלות אוטואימוניות ועוד, בחו"ל, שמתקיימים בהם **אחד** מהתנאים הבאים:

2.1.1 לא ניתן לבצע את הטיפול המיוחד בישראל, ו/או סיכויי ההצלחה ו/או סיכויי ההחלמה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול המיוחד בארץ, ו/או הניסיון ו/או המומחיות בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון ו/או המומחיות בביצועו בישראל, ו/או זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה הסביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.

2.1.2 **הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.**

2.1.3 **למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי או אבחון של הבעיה הרפואית אשר נדרש בעקבות ו/או לקראת טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.**

2.2 החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין תשלומיו . בגין הוצאות טיפול מיוחד בסכום מרבי של 995,858 ₪.

2.3 **תשלום בגין טיפול מיוחד יראו את התשלומים כדלקמן:**

2.3.1 תשלומים כמפורט בסעיף 1.3 בפרק א' (1) לעיל בשינויים כדלהלן:

2.3.1.1 בכל מקום בו מופיעה המילה "השתלה", יש לקרוא "טיפול מיוחד".

2.3.2 כל התשלומים לטיפול מיוחד על פי הסעיפים הנ"ל יהיו בגין הוצאות שהוצאו בחו"ל. היה והוציא המבוטח תשלומים על פי הסעיפים הנ"ל בישראל, אשר הצורך בהם קשור לטיפול המיוחד, יהיה זכאי המבוטח לתשלום מהחברה המבטחת עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי לטיפול מיוחד. * למען הסר ספק, סכומי הביטוח ישולמו בנוסף לסכום הביטוח שהוגדר לעיל בסעיף 2.2.

2.3.3 תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.

2.3.4 כמו כן, ישולם בנוסף תשלום עבור טיפולי המשך בחו"ל הנובעים מביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.

2.4 למען הסר ספק, במידה ונדרשת נסיעה לחו"ל לצורך אבחון של הבעיה הרפואית, יכוסה האבחון, הטיפול (במידה ובוצע) וכל הבדיקות שיבוצעו במסגרת זו, יאושרו ויכוסו במסגרת פרק זה, בין אם המבוטח עבר או לא עבר טיפול מיוחד בחו"ל במסגרת אותה הנסיעה. יובהר כי, האבחון של הבעיה הרפואית יאושר רק בכפוף להפניה של רופא מטעם המבוטח, המאשרת את הצורך בביצוע האבחון מתוך מטרה לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.

המבוטח רשאי להגיש לחברה העתקי המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח.

פרק א' 3 ניתוחים בחו"ל

3. מקרה הביטוח: ניתוח בחו"ל ושירותים רפואיים נלווים שבוצעו ו/או יבוצעו ו/או הצורך בביצועם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

3.1 ניתוח –

כל פעולה פולשנית חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות, כולל באמצעות לייזר, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה רדיואקטיבית, אשר מטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות, או הצטברות, או סתימה או היצרות, במסגרת זו ייראו כניתוח גם, אך לא רק, פעולות פולשניות-חדירתיות לאבחון או לטיפול, כגון, אך לא רק: הראיית אברים פנימיים (ANDOSCOPY - כל סוגי האנדוסקופיות) ובכלל זאת הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מרופא מומחה לביצוע ההדמיה המגנטית לפני ביצוע הניתוח, למען הסר ספק הבדיקה תכוסה ע"י החברה המבטחת גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ביופסיות מכל סוג שהוא, קולונוסקופיה, כולל ניתוחים באמצעות אנדוסקופיה כגון, אך לא רק: ניתוחי בקע, כיס מרה, תוספתן וכדומה, צנתור - כולל הרחבה באמצעות בלון, צנתור וירטואלי, לייזר, קידוח, קפיץ (STANT) - אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה, מרה, השתלת עור, ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח עפ"י הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצרכי מניעה בלבד. כמו כן, יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה באמצעות מערכת לתהודה מגנטית ו/או רפואה גרעינית וניתוח אלקטיבי בלייזר. ניתוח לפרוסקופי, לרבות אך לא רק ניתוח רובוטי בין היתר באמצעות רובוט דה וינצ'י.

ניתוח מפרק / משתל בהתאמה אישית - תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI ויצירת מפרק / משתל המותאם אישית לגופו של המנותח. שאיבת דיסק מכאנית ללא פגיעה ברקמות הסמוכות בשיטת Hydrocision.

למען הסר ספק, "ניתוח" כולל אמצעי טיפול חדישים המבוצעים כיום או שיבוצעו בעתיד, לרבות טיפולים הבאים כתוספת לניתוח כהגדרתו לעיל.

* למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.

הגדרת ניתוח נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות' ובכפוף לסעיף 24 לעיל.

3.2 בגין ניתוחים בחו"ל, תהיה תקרת השיפוי מלאה.

לרבות, אך לא רק, כיסוי עבור: הוצאות אשפוז, תרופות, בדיקות אבחון ומעבדה, בדיקות פתולוגיות, טיפולי פיזיותרפיה, שתל, שכר אחות פרטית, שירותי הסעה באמבולנס וכן כל הוצאה אחרת במהלך האשפוז הקשורה ישירות לניתוח.

למען הסר ספק, במידה ולא ניתן להעביר המבוטח לחו"ל לביצוע הניתוח בחו"ל מסיבות רפואיות או מכל סיבה שהיא, תשלם החברה המבטחת עבור הבאת המומחה מחו"ל לביצוע הניתוח בישראל.

3.3 בגין ניתוח בחו"ל המכוסה על פי פוליסה זו, תחזיר החברה המבטחת למבוטח את כל הוצאותיו בגין כל הכרוך בניתוח בחו"ל במטבע ישראלי בהתאם לשער המחאות גבוה המפורסם ע"י בנק ישראל שיהיה ידוע ביום התשלום ע"י החברה המבטחת ובהיקף זכאותו של המבוטח על פי האמור לעיל.

3.4. בנוסף לאמור, החברה המבטחת תשפה את המבוטח בסכום חד פעמי בסך 90,532 ₪ בגין ההוצאות בגין נסיעות או הוצאות של המבוטח והמלווים הכרוכות בניתוח בחו"ל. ובמקרה של ילד עד גיל 21 סכום הביטוח החד פעמי יעלה ל-130,769 ₪.

למען הסר ספק, ביטוח זה יכלול הוצאות שהיה כגון, אך לא רק: הוצאות בגין לינה במלון או שכר דירה עבור שכירת חדר מגורים בתוספת הוצאות החלות על השוכר (גז, חשמל, מים) והוצאות כלכלה (אוכל ושתייה).

3.5. הטסה רפואית - תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל / מחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל / מחו"ל, כולל ליווי רופא מלווה, ובליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח. כולל העברה ברכב יבשתי המותאם לעניין משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח. למען הסר ספק יכללו ההוצאות גם את ההוצאות בגין הצוות הרפואי.

3.6. כיסוי להוצאות הטסת גופה – החברה המבטחת תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ל המבוטח בעת שהותו בחו"ל.

3.7. החברה המבטחת תשלם ישירות לנותן השרות או תשפה את המבוטח בגין הוצאות לשירותים רפואיים ופרוצדורות רפואיות, אותם קיבל המבוטח. פרוצדורות רפואיות ותכשירים רפואיים (כולל הוצאות עקיפות הקשורות לפרוצדורות רפואיות אלו) שהוגדרו על ידי רופא מטעם המבוטח כנחוצות בשל מצבו הבריאותי של המבוטח והפרוצדורות הרפואיות אותן נדרש המבוטח לעבור.

3.8. הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.

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

3.10. החברה לא תהיה אחרית עבור ניתוח ו/או טיפול קוסמטי ו/או אסטטי.

3.11. למען הסר ספק, ביחס לסעיפים א'1- א'3, במידה וספק השירותים אינו מקבל כתב התחייבות או העברות בנקאיות, ישולם הסכום למבוטח טרם יציאתו מהארץ, בכפוף לקבלת המסמכים הדרושים מספק השרות.

3.12. למען הסר ספק, החברה המבטחת תדאג למבוטח לביטוח נסיעות לחו"ל מקיף וכולל אשר יכסה גם את המצב הקיים בגינו נסע המבוטח, במסגרת פרקים א'1- א'3 לעיל.

המבוטח רשאי להגיש לחברה העתקי המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח.

פרק א' 4 - טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

4. **מקרה הביטוח:** טיפול מחליף ניתוח בחו"ל ושירותים רפואיים נלווים שבוצעו ו/או יבוצעו ו/או הצורך בביצועם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח. מועד קרות מקרה הביטוח יחשב כמועד בו נקבע או נוצר הצורך בניתוח.

4.1. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל:

טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע הניתוח, אשר נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.

4.2. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח:

בקרות מקרה הביטוח תשפה החברה המבטחת את המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות שהוצאו על ידי המבוטח בפועל עבור השירותים הרפואיים הניתנים תוך כדי ביצוע הטיפול המחליף ניתוח ולשם ביצועו בבית חולים בחו"ל או תשלמן במישרין לנוותן השירות בחו"ל, והכול עד סכום השיפוי המרבי:

4.2.1. שכר נותן טיפול מחליף ניתוח – הוצאות שכר נותן הטיפול המחליף ניתוח.

4.2.2. שכר מרדים – הוצאות שכר המרדים.

4.2.3. הוצאות חדר ניתוח / טיפול מחליף ניתוח והוצאות אשפוז בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל.

4.2.4. הוצאות אשפוז כוללות גם בדיקות רפואיות המבוצעות במהלך האשפוז ו/או לצורך האשפוז, תרופות, לרבות תרופות שאינן כלולות בסל שרותי הבריאות, אשר נעשה בהן שימוש במהלך ולשם ביצוע הטיפול המחליף ניתוח, לרבות במהלך האשפוז הנלווה לביצועו, על פי קביעת המנתח ו/או רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח.

4.2.5. בדיקה פתולוגית – הוצאות בדיקה פתולוגית שנדרשה במקרה של טיפול מחליף ניתוח.

4.3. סכום השיפוי המרבי לטיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל:

בוצע טיפול מחליף ניתוח בחו"ל במבוטח, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בגין ההוצאות שהוצאו על ידו בפועל בגין השירותים הרפואיים המפורטים לעיל עד לסכום הביטוח המרבי המפורט להלן:

4.3.1. שכר נותן טיפול מחליף ניתוח שבהסכם – במקרה בו תיאום ביצוע הטיפול המחליף ניתוח בחו"ל בוצע על ידי החברה המבטחת, תשפה החברה המבטחת את המבוטח, באופן מלא וישיר באמצעות נותן השרות בחו"ל.

4.3.2. שכר נותן טיפול מחליף ניתוח אחר (שאינו בהסכם) – גובה השיפוי יהא עד לתקרה של 200% משכר "נותן טיפול מחליף ניתוח אחר" אם היה מבוצע בישראל או עד 200% מעלות הניתוח אותו בא הטיפול להחליף אם היה מבוצע בישראל, הגבוה מביניהם.

4.4. הוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע טיפול מחליף ניתוח – הוצאות חדר ניתוח והוצאות אשפוז כמפורט בסעיף 4.2.3 ו-4.2.4.

4.4.1. במקרה בו תיאום ביצוע הטיפול המחליף ניתוח בחו"ל בוצע על ידי החברה המבטחת, תשפה החברה המבטחת את המבוטח, באופן מלא וישיר באמצעות נותן השרות בחו"ל.

4.4.2. במקרה ובוצע בבית חולים אחר (שלא בהסכם) – גובה השיפוי יהא עד לתקרה של 200% משכר "נותן טיפול מחליף ניתוח אחר" אם היה מבוצע בישראל או עד 200% מעלות הניתוח אותו בא להחליף הטיפול אם היה מבוצע בישראל, הגבוה מביניהם.

4.5. תגמולי ביטוח נוספים (הוצאות בגין שירותים נוספים)

4.5.1. התייעצות עם רופא מומחה: הוצאות התייעצות אחת עם רופא מומחה בישראל, עד לסך של 1,200 ₪.

4.5.2. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל: הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח / הטיפול המחליף ניתוח בישראל, במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות, עד לסך של 150,000 ₪.

4.5.3. למען הסר ספק, במידה וספק השירותים אינו מקבל כתב התחייבות או העברות בנקאיות, ישולם הסכום למבוטח טרם יציאתו מהארץ, בכפוף לקבלת המסמכים הדרושים מספק השרות.

המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני או דואר פיזי.

פרק ב'

כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

ותרופות בהתאמה אישית

1.

הגדרות:

- 1.1 **מקרה הביטוח** – שיפוי בגין עלות תרופה אשר ניטלה ניטלת ו/או תינטל ו/או הצורך בנטילתה נדרש או יידרש לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, לראשונה במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2 **תרופה** – חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי או תכשיר ביוטכנולוגי, שנועד לשם אבחון, ריפוי, הקלה, טיפול או מניעה של מצב רפואי כלשהו ו/או מניעת החמרת מצב רפואי כלשהו לרבות, אך לא רק, הסימפטומים הרפואיים, לרבות כאב אך לא רק, מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה, לרבות, אך לא רק, בשל מחלה או תאונה או ליקוי בריאותי אחר.
הגדרת תרופה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2007-1-12 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 24 לעיל.
למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות, היה רופא מטעם המבוטח.
- 1.3 **טיפול תרופתי** – נטילת תרופה על פי הוראת רופא, בצורה חד-פעמית או מתמשכת.
הגדרת טיפול תרופתי נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2007-1-12 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 24 לעיל.
- 1.4 **סכום שיפוי מרבי** – גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה המבטחת בגין תרופה ו/או תרופות במהלך כל תקופת הביטוח.
- 1.5 **מחיר מרבי מאושר** – הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה, בגין תרופה והמשתנה מעת לעת, עפ"י המפורסם ברשות של המדינה הרלוונטית.
- 1.6 **חוק ביטוח בריאות ממלכתי** – חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.
- 1.7 **בית מרקחת** – מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב לרבות, אך לא רק בית מרקחת הממוקם בבית חולים וחדרי תרופות כהגדרתם בפקודת הרוקחים התשמ"א 1981 (להלן: "נותן השרות").
- 1.8 **תכשיר מזון רפואי** – תכשיר בעל ערך תזונתי שאינו מיועד להזרקה תוך ורידית

1.9 **ויטמינים** – תרכובת כימית אורגנית שאיננה אב מזון (חלבון, פחמימה, שומן) אשר כמויות קטנות שלה דרושות לכל אורגניזם לשם גדילה תקינה ולשם קיום.

1.10 **Investigational New Drug – IND** תרופה המצויה בתהליכי הגשה לאישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות, הניתנת לחולה, ובתנאי שהתרופה אינה ניתנת למבוטח במסגרת ניסוי קליני.

2.

הכיסוי:

א. כל תרופה שאינה רשומה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או ביפן ו/או ניתן אישור שימוש לתרופה באמצעות טופס 29 ג' והתרופה רשומה באחת מהמדינות המפורטות לעיל למחלה כלשהי. לא תוחרג או יוחרגו תרופות או טיפולים תרופתיים שיש להם תרופה חלופית או טיפול תרופתי חלופי בסל שירותי הבריאות.

ב. כמו כן כל תרופה הרשומה בסל שירותי הבריאות שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל התרופות כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח הדורש טיפול בתרופה זו בתנאי כי התרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או ביפן ו/או ניתן אישור שימוש לתרופה באמצעות טופס 29 ג' והתרופה רשומה באחת מהמדינות המפורטות לעיל למחלה כלשהי. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית.

ג. תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL

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

- (1) פרסומי ה-FDA
- (2) American Hospital Formulary Service Drug Information
- (3) US Pharmacopoeia-Drug Information
- (4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - (א) עוצמת ההמלצה (Strength Of)
 - (ב) חוזק הראיות (Strength Of Evidence) – נמצאת בקבוצה I או IIa
 - (ג) יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa

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

(א) NCCN

(ב) ASCO

(ג) NICE

(ד) ESMO Minimal Recommendation

סעיף זה נוסח באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2007-1-12 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 24 לעיל.

ד. כיסוי לתרופות שאינן בסל הבריאות ואינן מכוסות על פי סעיפים א'-ג' לעיל

נמצא באבחון המולקולארי של הגידול כי המבוטח זקוק עפ"י המלצת הרופא המטפל לתרופה, אשר אינה מכוסה על פי סעיפים א'-ג' לעיל, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בגין הוצאותיו לרכישת תרופות אלו, וזאת עד 402,367 ₪.

המבוטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח בגין בדיקות מעבדה, לרבות בדיקות גנטיות ו/או בדיקות מולקולריות הנעשות בכל שיטה מעבדתית שהיא על רקמה ו/או נוזל (כדוגמת דם/פלסמה/CSF וכדומה) שמטרתה סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות לגבי סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או המינון המומלץ ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה בכתב. מובהר כי במידה ותוצאת הבדיקה ממליצה על תרופה מסוימת לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה במסגרת פרק זה.

ה. **תרופת יתום** – תרופה לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.

ו. **תכשיר מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים** שהצורך בהם הומלץ בשילוב טיפול תרופתי המכוסה על פי תנאי הפוליסה ע"י רופא מומחה לטיפול במחלה של המבוטח.

ז. **טיפול תרופתי בתרופה לטיפול IND** יכוסה עד תקרה כוללת בגובה 251,480 ₪.

ח. קנאביס רפואי:

1) **"קנאביס רפואי** – קנאביס הניטל למטרות רפואיות, לטיפול במחלות, או להקלה בתסמינים הנובעים ממחלות, אשר ניתן למבוטח אישור לשימוש בו בידי המנהלים המורשים לחתימה מטעם משרד הבריאות. יובהר כי יאשר שימוש בקנאביס רפואי רק בדרך המומלצת על ידי משרד הבריאות, ובכפוף לתנאי הרישיון האישי שהונפק למבוטח על ידי משרד הבריאות לשימוש בקנאביס הרפואי.

2) **מקרה הביטוח בסעיף זה:** רכישה בפועל של קנאביס רפואי על פי הנחיה של רופא בעל הרשאה מתאימה ו/או רופא מומחה למבוטח החולה במחלת הסרטן.

3) בקורות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לשיפוי בגין הוצאותיו הישירות, שהוצאו בפועל לרכישה של קנאביס רפואי כהגדרתו לעיל עלפי הנחיה של רופא מומחה לטיפול במחלת הסרטן של המבוטח ו/או הקלה בתסמינים הנובעים ממחלתו.

4) תגמולי הביטוח עבור רכישת הקנאביס הרפואי ישולמו בכפוף להמצאת קבלות, ובהתאם למפורט להלן:

- א. גבול אחריות עבור סך ההוצאות בחודש קלנדרי בגין רכישת קנאביס רפואי היינו עד לסך של 1,000 ₪, ועד תקרה מרבית של 20,000 ₪ לתקופת ביטוח, בגין כל מקרה ביטוח (סכום הביטוח יתחדש במחצית תקופת הביטוח).
- ב. תגמולי הביטוח ישולמו לאחר ניכוי השתתפות עצמית בסך 150 ₪ לחודש וזאת מסך ההוצאה באותו חודש עבור רכישת קנאביס רפואי וכן בכפוף לאמור בסעיף 3.4.3. להלן.

ט. טיפול בטכנולוגיית CAR T – החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל וזאת עד 300,000 ₪.

תביעות

3

החברה המבטחת תשלם למבוטח או ישירות לנותן השירות את עלות התרופה ועלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה (התרופה, השירות והטיפול הרפואי יחדיו יקראו "הטיפול התרופתי") עד לתקרת סכום השיפוי המרבי ובהתאם לתנאים המצטברים כמפורט להלן:

3.1 החברה המבטחת תשפה את המבוטח, ו/או תשלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה.

המבוטח רשאי להגיש לחברה העתקי המסמכים גם באופן דיגיטלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח.

3.2 הוצאות מוכרות: מוצהר ומוסכם כי ההתחשבנות תהיה בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד.

לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפול תרופתיים עתידיים, אך לא יחולו על התחייבות קיימת בגמר ביטוח אם המבוטח ממשיך לקחת תרופה ולא ניצל את מלוא סכום הביטוח. למען הסר ספק, החברה המבטחת ביטוח זה חייבת לסיים את מלוא חבותה למקרה ביטוח שארע בתקופתה.

3.3 בנוסף החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות לרבות ולא רק הזרקת התרופה מתן עירוי וכדומה בסכום שלא יעלה על 5,532 ₪ לכל סדרת טיפולים.

3.4 חבות החברה המבטחת על פי פרק זה תהיה לפי התנאים להלן:

- 3.4.1 ההוצאות הוצאו בפועל.
- 3.4.2 בגין תרופות למחלת הסרטן וכן בגין תרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש לא יחויבו המבוטחים בהשתתפות עצמית.
- 3.4.3 בגין שאר התרופות, החברה המבטחת תשלם את ההוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום השתתפות העצמית למרשם שהינה 150 ₪ לחודש ולא יותר מסכום השיפוי המרבי, אך לא יותר מ-150 ₪ לחודש בגין סך כל המרשמים בגין אותו החודש.
- 3.4.4 קיבל המבוטח תרופה, המכוסה עפ"י פוליסה זו, באמצעות תוכנית השב"ן (הביטוח המשלים) בה הוא עמית, ושילם במסגרת הביטוח המשלים השתתפות עצמית, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם.

- 3.5 סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה עד 2,011,834 ₪ לסך כל מקרי הביטוח על פי פרק זה. לגבי תרופות המכוסות על פי סעיף 2 ד' לעיל, סכום הביטוח יעמוד על 402,367 ₪. לגבי תרופות המכוסות על פי סעיף 2 ז' לעיל, סכום הביטוח יעמוד על 251,480 ₪.
- סכום השיפוי בגין פרק ב' זה יהא לתקופה של 2.5 שנים. עם תום 2.5 שנים, סכום זה, יתחדש בגין כלל המבוטחים ל- 2.5 שנים נוספות.

4. הגבלות לאחריות החברה המבטחת:

- 4.1 החברה המבטחת אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה המבטחת לכל נותן שירות ו/או עקב מעשה או מחדל של נותן השירות.
- 4.2 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או ב-FDA או ב-EMEA – הגבוה מביניהם. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי ישולם על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה ב-FDA או ב-EMEA.
- 4.3 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים.
- 4.4 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 4.5 תרופות ניסיוניות, למעט המופיע בסעיף 2 ג', ד', ז' לעיל.

למען הסר ספק המבוטח רשאי להגיש לחברה העתקי המסמכים גם באופן דיגיטלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח.

פרק ג' 1

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - פוליסה אחידה

1. הגדרות:

בפרק זה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצידם:

בית חולים פרטי	אחד מאלה (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים) תיקוני חקיקה 3; להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013 (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות הרשוה לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
התייעצות	התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה לאחריו;
טיפול מחליף ניתוח	טיפול רפואי המבוצע בידי נותן טיפול מחליף ניתוח כתחליף לביצוע ניתוח, אשר נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
מרפאה כירורגית פרטית	מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות הממשלה, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
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.
קופת חולים	כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994
רופא מומחה	רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג 1973 ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
שתל	כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי ;

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הינו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבטוח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח. תוכנית זו מעניקה כיסוי להוצאות המוכרות בעת ביצוע ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה בלבד למעט במקרה המפורט בסעיף 4.2.1 להלן.

3. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח :

בקורות מקרה הביטוח, תשלם החברה את ההוצאות המוכרות לספק השירות בכפוף להוראות פרק זה.

השירותים הרפואיים המוכרים שיקראו להלן ההוצאות המוכרות יהיו אלה:

3.1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח לגביו נערכה ההתייעצות.

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. למען הסר ספק יובהר כי כיסוי זה לא ישלול מהמבטוח את הזכאות לניתוח, אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבטוח לטיפול נוסף.

4. אופן תשלום תגמולי הביטוח

4.1 אופן תשלום תגמולי ביטוח עבור התייעצות עם רופא מומחה על פי סעיף 3.1 לעיל במקרה של ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל:

בוצעה ההתייעצות ע"י רופא שבהסכם - תישא החברה בעלות ההתייעצות במלואה.

בוצעה ההתייעצות ע"י נותן שירות אחר – תישא החברה בעלות ההתייעצות עד לסך של 1,508 ₪ לכל התייעצות.

4.2 אופן תשלום תגמולי הביטוח בקורות מקרה ביטוח של ניתוח המבוצע בישראל

בעת מקרה של ניתוח, המכוסה על פי פוליסה זו, הכיסוי ניתן עבור שירותים רפואיים המפורטים בסעיף 3.2-3.3 לעיל, המבוצעים אצל נותני שירות שבהסכם עם החברה והתשלום עבורם ישולם ע"י החברה ישירות לנותני השירות שבהסכם.

המבטוח לא זכאי לקבלת החזר הוצאות ו/או שיפוי בגין ההוצאות המוכרות, למעט באחד המקרים הבאים:

4.2.1 החזר הוצאות שכר רופא מנתח ששמו רשום במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח, ברשימה רופאים מומחים בתחומים ייחודיים או באזורים גאוגרפיים, שבהם קיים מספר מצומצם של רופאים מומחים, כפי שאושרה ע"י משרד האוצר ומופיעה באתר האינטרנט של החברה במועד הגשת התביעה.

(להלן: ("רשימת המנתחים שאושרה ע"י האוצר").

החזר הוצאות שכר רופא המנתח שברשימת המנתחים שאושרה ע"י האוצר ישולמו למבוטח עד התקרה לשכר מנתח הנקובה באתר האינטרנט של החברה, עבור אותו הניתוח.

4.2.2 החזר השתתפות עצמית ששילם המבוטח במסגרת תוכנית השב"ן בה הוא חבר עבור ההוצאות המוכרות, בעת ביצוע ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה ובלבד שהניתוח מכוסה עפ"י תנאי פוליסה זו.

4.3 אופן תשלום התביעה בקרות מקרה ביטוח של טיפול מחליף ניתוח המבוצע בישראל:

4.3.1 **בוצע הטיפול מחליף ניתוח ע"י נותן שירות שבהסכם –**
תישא החברה בעלות הוצאות הטיפול מחליף ניתוח במלואם.

4.3.2 **בוצע הטיפול מחליף ניתוח ע"י נותן שירות אחר –**
תישא החברה בעלות הוצאות הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום הביטוח המירבי הקבוע עבור השירות הרפואי שבוצע במבוטח, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.

5. **חריגים לאחריות המבטח:**

יובהר כי חריגים אלו חלים על ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המכוסים על פי פרק זה בלבד ולא יחולו על יתר הכיסויים ו/או הפרקים שבפוליסה זו.

5.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח לאחר תום תקופת הביטוח.

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

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

5.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.

5.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או למבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

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

5.5 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.

- 5.6 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 .
- 5.7 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.
- 5.8 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונאלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 5.9 ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא והמוסד הרפואי, קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הינה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

פרק ג' 2

ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלם שב"ן

1. הגדרות:

בפרק זה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצידם:

בית חולים פרטי	אחד מאלה (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה 3 ; להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014) (התשע"ג-2013). (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות אישרו לו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
התייעצות	התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה לאחריו;
טיפול מחליף ניתוח	טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
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.
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.
קופת חולים	כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994
רופא מומחה	רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג 1973 ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
שתל	כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי ;
תקופת אכשרה בשב"ן	תקופת אכשרה או תקופת המתנה בהתאם לתנאים כקבוע בתכנית השב"ן.
תכנית השב"ן	תכנית השב"ן של המבוטח עליה הצהיר המבוטח בהצעת הביטוח או לאחר מכן, בהודעה בכתב לחברה.

2. מקרה הביטוח:

- 2.1. מקרה הביטוח הינו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח. תוכנית זו מעניקה כיסוי להוצאות המוכרות בעת ביצוע ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה בלבד למעט במקרה המפורט בסעיף 4.3.2 להלן.
- 2.2. מועד קרות מקרה הביטוח יחשב כמועד ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח במבוטח.
- 2.3. הכיסוי הביטוחי בנספח זה הינו רובד משלים לתוכנית השב"ן שהמבוטח חבר בה, הלוקח בחשבון את מימון השתתפות של קופת החולים בהוצאות מקרה הביטוח, בהתאם לתוכנית השב"ן בה חבר המבוטח.
- 2.4. בהתחשב עם האמור לעיל פרמיית הביטוח בגין הכיסוי הביטוחי הניתן על-פי נספח זה הינה פרמיה מופחתת מאשר הפרמיה הנגבית בכיסוי מהשקל הראשון, והכיסויים הביטוחיים ותגמולי הביטוח מוגבלים בהתאם לתנאים ולהסדרים כקבוע בנספח זה.
- 2.5. המבוטח מתחייב לפעול למימוש מלא זכויותיו בתוכנית השב"ן בגין מקרה הביטוח וישתף פעולה עם החברה המבטחת, ככל שנדרש וכן יודיע לחברה המבטחת בהקדם וימסור לה כל החלטה של קופת החולים הרלוונטית לבירור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצע בקשר עם הוצאות מקרה הביטוח.

3. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח :

בקורות מקרה הביטוח, תשפה החברה את המבוטח למעט בגין סעיפים 3.2-3.3 בגין ההוצאות הממשיות שהוצאו על-ידי המבוטח בפועל עבור השירותים הרפואיים המפורטים להלן ("ההוצאות המוכרות"), או תשלם במישרין את ההוצאות המוכרות לספק השירות, והכל עד סכום השיפוי המרבי הנקוב בסעיף 4 להלן, בכפוף להוראות נספח זה.

השירותים הרפואיים המוכרים שיקראו להלן ההוצאות המוכרות יהיו אלה:

- 3.1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח לגביו נערכה ההתייעצות.
- 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. למען הסר ספק יובהר כי כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח, אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4. סכום הביטוח המירבי

4.1. המבוטח זכאי לתגמולי הביטוח על-פי תוכנית זו בגין ההוצאות המוכרות רק מעבר למלוא הזכויות המוקנות לו בגין מקרה הביטוח במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, ולאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על-פי תכנית השב"ן שברשותו.

4.2. במקרים בהם תכנית השב"ן איננה משתתפת במימון ההוצאות בשל "נסיבות אישיות", יהיה המבוטח זכאי לתגמולי הביטוח רק מעבר למלוא הזכויות שהיו משולמות במקרה של מימון ההוצאות במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר.

במקרה זה, למבוטח תינתן האפשרות להמציא אישורים מקופת החולים בה הוא חבר על סכום ההשתתפות לו זכאים העמיתים בתוכנית השב"ן שברשותו בגין אותו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח. אם לא יומצא לחברה ע"י המבוטח אישור כאמור, קביעת גובה סכום השתתפות כאמור, אשר רק מעבר אליה תישא החברה בתשלום תגמולי הביטוח, תהיה לפי קביעת החברה על-פי מידע שברשותה.

"נסיבות אישיות" – נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כגון פיגור או אי תשלום דמי חבר לתכנית השב"ן או ביטול השב"ן)

4.3. במקרה של דחיה כללית בתכנית השב"ן וכן מקרים של מבוטח שהינו בשירות סדיר, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח בגין ההוצאות המוכרות על פי המפורט להלן:

4.3.1. בוצע הניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם תישא החברה בעלות ההוצאות המפורטות בסעיפים 3.2-3.4 במלואם.

4.3.2. בוצע ניתוח בישראל אצל נותן שירות אחר – לא זכאי המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו. על אף האמור לעיל, זכאי המבוטח להוצאות שכר רופא מנתח ששמו רשום במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח, ברשימה רופאים מומחים בתחומים ייחודיים או באזורים גאוגרפיים, שבהם קיים מספר מצומצם של רופאים מומחים, כפי שאושרה ע"י משרד האוצר ומופיעה באתר האינטרנט של החברה במועד הגשת התביעה (להלן: "רשימת המנתחים שאושרה ע"י האוצר").

4.3.3. בוצע הטיפול מחליף ניתוח בישראל אצל נותן שירות אחר – זכאי המבוטח להוצאות הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום הביטוח המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה.

4.4. סכום הביטוח המירבי עבור התייעצות עם רופא מומחה על פי סעיף 3.1 לעיל:

המבוטח זכאי להחזר הוצאות התייעצות מעבר למלוא הזכויות המוקנות לו בגין מקרה הביטוח במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, ולאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על-פי תכנית השב"ן שברשותו ועד לסך של 1,508 ₪ לכל התייעצות.

"דחיה כללית" לפי סעיף זה משמעותה – מצב בו תכנית השב"ן איננה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן.

5. חריגים לאחריות המבטח:

יובהר כי חריגים אלו חלים על ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המכוסים על פי נספח זה בלבד ולא יחולו על יתר הכיסויים ו/או הפרקים שבפוליסה זו:

5.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח לאחר תום תקופת הבטוח.

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

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

5.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.

5.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבטוח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או למבטוח עם יחס BMI גבוה מ-40.

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

5.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבטוח 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 המבטוח או השתלת לב מלאכותי.

5.6. 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.

5.7. מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבטוח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית.

5.8. מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונאלי או זיהום רדיואקטיבי.

6. ברות ביטוח לפוליסה מהשקל הראשון:

הסתיימה חברותו של המבטוח בתוכנית השב"ן בקופה בה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח מבלי שהמבטוח חידש את חברותו בתוכנית השב"ן או מבלי שהצטרף לתוכנית שב"ן בקופה אחרת, או בתקופה בה המבטוח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת) ("הפסקת השב"ן"), יהא המבטוח רשאי לפנות בהודעה בכתב שתימסר לחברה המבטחת לא יאוחר מאשר עד תום 60 יום מיום הפסקת השב"ן ("תקופת הזכאות"), בבקשה לרכוש פוליסה המשווקת על ידי החברה המבטחת באותה העת, לכיסוי ניתוח בישראל ולטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המקנה כיסוי ביטוחי מהשקל הראשון (פוליסת הרצף") בתנאים הבאים:

- 6.1. דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח בפוליסת הרצף הנהוגים בחברה לכלל המבוטחים באותה עת. דמי הביטוח יקבעו על-פי גיל המבוטח במועד ההצטרפות לפוליסת הרצף.
- 6.2. רכישת פוליסת הרצף תעשה ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם של המבוטח וללא תקופת אכשרה (במידה ותקופת האכשרה על-פי נספח זה הסתיימה) לגבי הכיסויים החופפים בין נספח זה לבין פוליסת הרצף.
- 6.3. במקרה שפוליסת הרצף מקנה כיסויים נוספים שאינם חופפים לכיסויים הכלולים בנספח זה, יידרש המבוטח במועד הצטרפותו לפוליסת הרצף לחתום על הצהרה ושאלון בריאות בנוסח שיהיה מקובל בחברה באותה עת, וההצטרפות לפוליסת הרצף לגבי כיסויים נוספים אלה תבוצע רק לאחר ביצוע חיתום רפואי כנהוג בחברה לגבי כיסויים נוספים אלה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת הרצף תהיה למפרע מהמועד בו הופסקה חברותו של המבוטח בשב"ן.
- 6.4. לא מימש המבוטח את זכותו לרכישת פוליסת הרצף עד תום תקופת הזכאות, תפקע זכותו של המבוטח לרכוש את פוליסת הרצף בתנאים המפורטים בסעיף זה.

פרק ד'

ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים

1. **מקרה הביטוח:** שירותים רפואיים שבוצעו ו/או יבוצעו ו/או הצורך בביצוע ו/או בנתינתם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח אשר מטרתם בין היתר, אך לא רק, אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות.

ייתנו השירותים הרפואיים הבאים הכוללים:

1.1. התייעצות עם רופא מומחה (ללא קשר לניתוח)

החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל בגין התייעצות עם רופא מומחה, ללא קשר לניתוח, אצל רופא שייבחר ע"י המבוטח, על פי שיקול דעתו הבלעדי, וזאת עד 4 התייעצויות בשנת ביטוח ועד לתקרה של 1,207 ₪ להתייעצות. תכוסה התייעצות עם גנטיקאי/ם במקרה של ביצוע בדיקה גנטית שנועדה לאבחון גנטי במבוטח עם ו/או בלי רקע משפחתי. שירות של רוקחות קלינית שכולל ייעוץ תרופתי אישי ומבוצע ע"י רוקח, תיחשב התייעצות במסגרת סעיף זה.

1.2. בדיקות אבחנתיות

(ללא קשר למופיע בסעיפים הרלוונטיים בפרק ג' לעיל התשלום הגבוה מביניהם לבחירת המבוטח).

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

החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא בפועל לצורך ביצוע הבדיקה ועד 6,538 ₪ לכל בדיקה לכל שנת ביטוח. סכום הביטוח המרבי לכל הבדיקות לכל שנת ביטוח יהיה סך של 15,088 ₪. במידה ולאור תוצאות הבדיקה קיבל המבוטח המלצה לניתוח המכוסה ע"פ פוליסה זו, תכוסה הבדיקה באופן מלא וללא השתתפות עצמית.

בדיקות דימות כגון, אך לא רק:

- CARDIAC CT סריקה של הלב בסורק חדשני 64 פרוסות
- המאפשר אבחון מדויק ומהיר של הצרויות בעורקי הלב- מבלי להחדיר צנתר!

- אבליציות FA – לטיפול בהפרעות קצב.
- קולונוסקופיה וירטואלית.
- חוות דעת שנייה על בדיקות הדמיה -
- חוות דעת שנייה אצל רדיולוגים מובילים בתחום לבעיה הספציפית של הפענוח.
- שירות רדיולוג פרטי –
- בחירת רדיולוג מומחה בתת תחום של בדיקות הדימות, פענוח הבדיקה, שיחת ייעוץ אישית במהלכה יוסברו התוצאות ושיחה של הרדיולוג עם הרופא המפנה.
- קפסולה למעיין – קפסולת וידאו לבדיקת המעיין הדקים
Capsule Wireless Endoscopy
- positron emission tomography - C.T PET
- הדמיית בלוטות ממוחשבת לרבות, אך לא רק, מיפוי בלוטות לימפה
- תהודה מגנטית פונקציונלית – FMRI (Functional Imaging Magnetic Resonance)
- בדיקות גסטרואנטרולוגיות לילדים בהרדמה כללית -
- הבדיקות כוללות בדיקות כגון, אך לא רק: בדיקות אנדוסקופיות, גסטרוסקופיה, קולונסקופיה ופוליפקטומיות בהרדמה.
- טיפול ביווד רדיואקטיבי בין היתר לחולי סרטן בלוטת התריס –
- יוד רדיואקטיבי הניתן בקפסולה דרך הפה ו/או בדרכים אחרות.
- מיפוי לאבחון מחלת פרקינסון.
- גסטרוסקופיה, קולונוסקופיה, ברונכוסקופיה

1.3.1. נזקק המבוטח עפ"י סעיפים 1.1 – 1.2 ליעוץ עם רופא מומחה או בדיקה אבחנתית מסוג אולטראסאונד, C.T או MRI הוא יהיה זכאי לביצוע היעוץ כאמור או בדיקה במסלול תור מהיר אצל נותני שירות שבהסכם עם המבטח, באמצעות פניה למוקד השירות של המבטח, עפ"י ההוראות המפורטות להלן:

1.3.1. יעוץ עם רופא מומחה:

המבוטח זכאי לבצע את ההתייעצות בתוך שלושה ימי עסקים ממועד פנייתו למוקד השירות, עם רופא מומחה שבהסכם אליו יופנה המבוטח על ידי מוקד השירות, בכפוף להשתתפות עצמית בסך של 250 ₪ בגין כל התייעצות.

1.3.2. בדיקה אבחנתית:

1.3.2.1. בחר המבוטח לפנות למרפאת הסדר לביצוע בדיקה, יפנה המבוטח למוקד

שירות ויקבל המבוטח הנחיות על ההכנות הנדרשות לשם ביצוע הבדיקה (לדוגמא: האם המבוטח נדרש להגיע בצום, האם יש תרופות שהמבוטח נוטל שיש להפסיק נטילתן טרם הבדיקה ולאיזה פרק זמן, האם יש הכנות מקדימות לבדיקה, דיאטה וכו')

- 1.3.2.2. הבדיקה תבוצע תוך שני ימי עסקים ממועד פנית המבוטח למוקד השירות, למעט במקרים בהם קיימת מניעה או הכנה שלא מאפשרת את ביצוע הבדיקה תוך תקופה זו.
- 1.3.2.3. במקרים אלו, בהם יש צורך בהכנה ו/או דרישות נוספות טרם ביצוע הבדיקה, יקבע התור לביצוע הבדיקה כך שהבדיקה תבוצע תוך שני ימי עסקים מהמועד בו יודיע המבוטח למוקד השירות על השלמת ההכנות או הדרישות המקדימות כאמור.
- 1.3.2.4. תוצאות הבדיקה והפענוח ימסרו ללקוח בתוך שני ימי עסקים ממועד ביצוע הבדיקה.
- 1.3.3. למען הסר ספק יובהר כי הכיסוי ינתן לפי התקרות הנקובות בסעיפים 1.1-1.2 לעיל, ואין בסעיף זה בכדי להוסיף עליהן או לגרוע מזכות המבוטח לקבל החזר כספי עפ"י סעיפים אלו עבור ההוצאה שהוציא בפועל.
- 1.3.4. השירות הינו בתוקף כל עוד לחברה הסדר תקף עם ספק השירות המאפשר תור מהיר.

1.4. בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן ו/או למחלות אחרות לרבות, אך לא רק, בדיקות פרמקוגנטיקה ובדיקות לאיתור גידולים

- כיסוי מלא לכל הבדיקות המבוצעות במעבדה כגון, אך לא רק, בדיקות שמטרתן בין היתר:
- קביעת דרכי טיפול במחלה, תוך שימוש בכלי האבחון הבאים, כולם או מקצתם, על מנת לבדוק מה הטיפול האופטימלי לטיפול במחלה, בפני איזה טיפול המחלה עמידה וכו'.
 - סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות, אך לא רק, סיוע בהחלטה על כדאיות הטיפול
 - סיוע בהתאמת טיפול תרופתי מותאם אישית – סיוע בהתאמת הטיפול התרופתי לשונות הגנטיות של החולה, בדיקת יעילות הטיפול התרופתי,
 - קביעת המינון המותאם לחולה במטרה לטפל בחולה באופן מהיר ומדויק, מניעת תופעות לוואי ו/או רעילות מהטיפול התרופתי וביצוע מעקב אחר תוצאות הטיפול התרופתי ויעילותו
 - איתור מקום הגידול
 - הערכת מידת סיכון להופעת סרטן בעתיד
 - אבחון מוקדם
 - הערכת התקדמות עתידית של המחלה
 - בירור מידת העמידות של הגידול לסוגים שונים של תרופות כימיות
 - בדיקות גנטיות, לרבות בדיקות הנעשות על רקמה ביולוגית שמטרתן בין היתר, אך לא רק: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול ו/או מינון, סוג התרופה וכו'.
 - חיזוי המחלה (רמת האגרסיביות של הגידול) - סיכוי הפשטות המחלה סיכוי הישנות המחלה.

* וכן כל הבדיקות שיורחבו בעתיד במעבדות השונות, יכללו בכיסוי זה. אופן התשלום בגין הבדיקות -

החברה המבטחת תשלם ישירות למעבדה או תשלם למבוטח כנגד חשבונית. בגין ספק שנמצא בהסכם עם החברה המבטחת תקרת השיפוי תהייה מלאה ללא תקרה. בגין ספק שאינו בהסכם עם החברה המבטחת תקרת השיפוי תעמוד על 60,000 ₪.

1.5. בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון

מבוטח יהיה זכאי לבצע אבחון גנטי פעם אחת לכל תקופת הביטוח לגילוי נשאות גנים סרטיים ו/או גנים של מחלות אחרות.
החברה תשלם 80% מההוצאות שנשא המבוטח בפועל ועד 7,041 ₪.

1.6. טיפולים פיזיותראפיים / הידרותרפיים / ספורטתרפיה

החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין ההוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפולי פיזיותרפיה / הידרותרפיה, ולא יותר מ-4,023 ₪ לכל שנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.7. אח/ות פרטי

החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין ההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל להעסקת אח/ות פרטית לצורך שמירה על המבוטח במסגרת אשפוז בבית חולים ללא קשר לניתוח (להלן השמירה הפרטית) עד 905 ₪ לכל יום, לתקופה שלא תעלה על ארבע עשר (14) ימים למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. המבוטח רשאי להגיש לחברה העתקי המסמכים גם באופן דיגיטלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח.
המבטחת או לחלופין הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח בדבר ביצוע השמירה הפרטית.

1.8. טיפולים / ייעוצים אונקולוגיים

החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין הוצאות בהן נשא בפועל עבור ייעוצים אונקולוגיים ו/או טיפולים אונקולוגיים כגון, אך לא רק: טיפולי רדיותרפיה, ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרו מגנטיים, וזאת עד 100,591 ₪ לכל שנת ביטוח.

1.9. טיפולי ושירותי הפריה

- 1.9.1. החברה המבטחת תשלם למבוטח/ת בגין ההוצאות בהן נשא/ה בפועל בגין טיפולי הפריה חוץ גופית, טיפולי הפריה, הזרעה וכן כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת ו/או בת זוגו של המבוטח להריון או הריונות ו/או הגדלת הסיכוי כי המבוטחת או בת זוגו של המבוטח תיכנס להריון או הריונות ו/או הגדלת הסיכוי כי המבוטחת תחזיק ההריון או ההריונות ו/או שמירה על ההריון, ועד לסך של 14,585 ₪ לכל סדרת טיפולים ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 1.9.2. בנוסף עבור טיפולי הפריה אשר בוצעו בחו"ל – השתתפות החברה המבטחת תהיה בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 22,633 ₪. המבוטחת או המבוטח עבור בת זוגו, יהיו זכאים לטיפול אחד בחו"ל (לכל אחד, במידת הצורך).
הכיסוי כולל לרבות, אך לא רק, טיפול הכולל תרומת ביציות, השתלת ביציות וכל ההוצאות הנלוות הכרוכות בתהליך זה.
- 1.9.3. מימון לשירותי פונדקאות – החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מהסכום ששולם בפועל תמורת שירותי פונדקאות עד 35,207 ₪ לכל סדרת טיפולים. יכוסו עד ארבע סדרות.
בנוסף, המבוטח ישתתף וישפה את המבוטח בגין 80% מההוצאה שהוצאה בפועל עבור בדיקות הריון ע"פ סעיף 1.9 להלן וע"פ התקורות הנקובות בסעיף 1.9 להלן, אשר בוצעו באם פונדקאית.

1.9.4. שמירת ביציות לטווח ארוך – לרבות, אך לא רק, בשיטת וטרי פיקציה וזאת עד 40,236 ש.

1.10. בדיקות ושירותים לנשים בהריון:

- 1.10.1. החברה המבטחת תשלם תגמולי ביטוח בעבור בדיקות לנשים בהריון כגון, אך לא רק: בדיקה וסריקה על קולית מורחבת של עובר הנישא ברחמה של המבטחת (סקירה מוקדמת ו/או סקירה מאוחרת), בדיקת שקיפות עורפית, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת מי שפיר או ססי שיליה, בדיקת חלבון עוברי, מוניטור ביתי לניטור היריון בסיכון גבוה, בדיקת צ'יפ גנטי, בדיקת NIPT (ו/או כל בדיקת דם אחרת אשר תתוסף / תחליף את בדיקת מי השפיר) ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההיריון.
- 1.10.2. השתתפות החברה המבטחת הינה בשיעור 80% מההוצאות הממשיות שהוצאו בפועל, אך לא יותר מ-4,627 ש. עבור כל הבדיקות יחד בכל ההיריון.
- 1.10.3. במקרה והמבטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 8,047 ש לכל ההיריון, ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.

1.11. ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי

המבטחים בפוליסה יהיו זכאים לאבחון גנטי טרום לידתי ולהתייעצות עם גנטיקאי בין היתר לצורך קבלת הסברים על תוצאות הבדיקות שנעשו, כדוגמת הבדיקות המפורטות להלן. סכום הביטוח המרבי יהיה 80% אך לא יותר מ-1,810 ש. מההוצאות אשר הוצאו בפועל כיסוי זה יינתן לכל ההיריון.

הבדיקות הגנטיות הינן כגון, אך לא רק, בדיקות אלו:

- סיסטיק פיברוזיס (CF)
- X-שביר (Fragile-X)
- גושה (Gaucher)
- קאנוואן (Canavan)
- פנקוני אנמיה (Fanconi Anemia)
- תמונת בלום (Bloom)
- המופיליה
- אשר (Usher)
- דיסאוטונומיה מישפחתית (Familial Disautonomia)
- מוקוליפידוזיס מסוג 4 (Mucopolysaccharidosis type 4-ML4)
- אטקסיה (Ataxia Telangiectasia A-T)
- ניימן פיק (Niemann-Pick)
- חוסר אלפא 1 אנטיטריפסין (α 1-Antitrypsin Deficiency)
- אגירת גליקוגן (Glycogen Storage)
- חרשות (קונקסין)
- מייפל סירופ (MSUD)

- טיי זסק
- F.I.S.H. 3 כרומוזומים
- F.I.S.H. 5 כרומוזומים
- קוסטף
- Nemaline myopathy
- A1AT
- חרשות לא-סינדרומית מסוג DFNB1
- Spinal Muscular Atrophy
- GSD1
- MCN
- SMA
- תסמונת רט
- גן פרטיגנטון

1.12. טיפול בתא לחץ

המבטח ישתתף וישפה את המבוטח בגין טיפול בתא לחץ ובכפוף להפניה כתובה של רופא מטעם המבוטח ועד לתקרה של 10,562 ₪ המבוטח רשאי להגיש לחברה העתקי המסמכים גם באופן דיגיטלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח.

1.13. טיפול פסיכולוגי

במקרים של מות בן משפחה מדרגה ראשונה חו"ח, גירושין, פיטורין, מחלה קשה, אנורקסיה, בולימיה, התמכרות לסמים ו/או אלכוהול של בן משפחה מדרגה ראשונה, יוכל המבוטח לבחור כל מטפל והמבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאה שהוציא המבוטח בפועל בגין הטיפול, אך לא יותר מסך 216 ₪ לכל טיפול ועד 12 טיפולים בשנה לכל מבוטח.

1.14. מנוי בנטל"י

מבוטח שיעבור אירוע לבבי ורופא קרדיולוג מטעמו קבע צורך רפואי המגובה בממצאים רפואיים יהיה זכאי למנוי בנטל"י + קרדיו ביפר למשך שנה אחת.

1.15. היעדרות ילד מבית הספר

ילד שנעדר מבית הספר 30 ימים רצופים כתוצאה מתאונה או ממחלה, יהיה זכאי לתשלום חודשי של 1,207 ₪ עבור כל חודש היעדרות (החל מהחודש השני להיעדרות) לתקופה של 12 חודשים.

1.16. הפסקות הריון באמצעות גלולת מייגיפין

לאחר אישור ועדה רפואית (עד שבוע שביעי) וזאת עד לגובה 3,721 ₪ (כולל עלות הוועדה) ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.17. פסיכולוגיה רפואית

שירות וליווי פסיכולוגים עבור החולים ובני משפחותיהם, שירותי אבחון וטיפול פסיכולוגי המותאמים למאפייני החולה ומלווה אותם לכל אורכו של התהליך הרפואי ולאחריו בשיתוף פעולה מלא עם הרופא המטפל. החברה המבטחת תשפה את המבוטח בסך של 502 ₪ ליעוץ וזאת עד 3 פגישות ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.18. השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים

החברה המבטחת תשפה את המבוטח עבור הוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין רכישת אביזר רפואי, לו נזקק המבוטח עקב מצב רפואי המצריך שימוש באותו אביזר רפואי, עפ"י הפניה מפורטת בכתב מרופא מומחה מטעם המבוטח. כדוגמת המפורט, אך לא רק:

מערכת CPAP, מכשיר אלקטרוני ליישור הגב, מכשיר BPAP, מכשירי הנשמה, חבישות לחץ, מכשיר שמיעה, מכשיר TNS, תותב לאין אונות, פאה לחולה אונקולוגי או סכרתי, חמצן, רצועות / מכשיר לאבדוקציה לתינוקות, משאבת אינסולין וסד גבס, חגורת בקע, חגורה מתקנת, גלוקומטר (מכשיר למדידת סוכר), מכשיר אוטומאטי / חצי אוטומאטי למדידת לחץ דם, מקלונים לבדיקת סוכר פרוטזה חיצונית לשד, תומכים ומגינים לצוואר ולכתף, גרביים אלסטיות, חגורה אורטופדית, עזרי הליכה כגון, אך לא רק: מקל הליכה, טריפוד, קוודרפוד, קביים מכל הסוגים, נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת לחולים כגון, אך לא רק: חולי סכרת הסובלים מנמק או חוסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים. משקפיים יכוסו בתנאי שמדובר במחלות: קרטקונוס, קוצר / רוחק ראייה מעל 7, קוצר/רוחק ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד), כמו כן, משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.

המבוטח יהיה זכאי להחזר של 85% מהוצאותיו בפועל ועד תקרה של 10,060 ₪ לכל שנת ביטוח בגין רכישת אחד או יותר מהאביזרים.

1.19. אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה

ילד שהנו מבוטח יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י פסיכולוג קליני ו/או פסיכולוג חינוכי ו/או מכון אבחון ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקות TOVA, BRC, MOXO ומבחנים/מבדקים עד לסכום בסך 1,508 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.20. טיפול בבעיות התפתחות בילדים

החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות בילד אשר התגלו ואובחנו על ידי רופא מומחה להתפתחות הילד מטעם המבוטח, אצל ילד מבוטח המחייבות טיפול ע"י אחד מאלה:

פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג ו/או הוראה מתקנת. המבוטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות כאמור לעיל בשיעור של עד 75% מעלות הטיפול אך לא יותר מ- 120 ₪ לטיפול ולא יותר מ-20 טיפולים סה"כ בשנת ביטוח.

1.21. בדיקות לרפואה מונעת

למבוטח מעל גיל 50, הכוללות: ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות העצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני, עד 352 ש"ח לבדיקה, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.22. שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב- amblyopia

החברה המבטחת תשתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) ו/או בעקבות ניתוח ו/או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה, וזאת עד 155 ש"ח לטיפול ועד 12 טיפולים למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.23. זריקות למטרות רפואיות

החברה המבטחת תשתתף בהוצאות בגין זריקות לצורך רפואי כגון, אך לא רק: חומצה הילארונית, אפידורל, וולטרן, קורטיזון, בוטוקס רפואי, וזאת עד 3,017 ש"ח למקרה ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. למען הסר ספק, החברה המבטחת תכסה גם את עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן הזריקה.

1.24. טיפולים בכאב

המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפולים בכאב כגון הזרקות ממוקדות ואחרות כולל תחת שיקוף או CT או MRI, שימוש בקנביס רפואי אשר אושר לשימוש למבוטח על ידי משרד הבריאות וכל זאת על פי הוראת רופא מומחה מטעם המבוטח וזאת עד לסכום של 4,023 ש"ח בשנת ביטוח. למען הסר ספק, הטיפולים אינם כוללים טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.

1.25. שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי

החברה המבטחת תחזיר למבוטח בגין שירותי אמבולנס ו/או היטס רפואי עבור העברתו של המבוטח לבי"ח ו/או ממנו ו/או העברתו בין בתי החולים לצורך קבלת טיפול או שירות רפואי, ללא מגבלה.

1.26. הוצאות בגין בדיקה פתולוגית

החברה המבטחת תשלם ישירות לבי"ח או למעבדה פרטית או תחזיר הוצאות אלה למבוטח המבוטח רשאי להגיש לחברה העתקי המסמכים גם באופן דיגיטלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח. בגין בדיקה פתולוגית לרבות, אך לא רק, בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות, אך לא רק, בדיקות אימונוהיסטוכמיות או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת ע"י רופא מטעם המבוטח לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח ו/או אופי הטיפול לו הוא נדרש. כמו כן, תכוסה במלואה בדיקה פתולוגית נוספת בישראל או בחו"ל. כיסוי זה יחול גם על בדיקות פתולוגיות המתבצעות שלא לצורך ניתוח.

1.27. הוצאות בגין טיפולים משקמים

טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום – לאחר ביצוע ניתוח, יינתן כיסוי על פי הוראת רופא מטעם המחבט לטיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום עד 20 טיפולים לשנת ביטוח ועד לסך של 311 ₪ לטיפול.

1.28. מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS

מבוטח אשר חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כתוצאה מעירוי דם, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 181,065 ₪ ובלבד שהמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח, ובמקרה של מבוטח קיים, בטרם תחילת הביטוח הקודם.

1.29. מענק חד פעמי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B

מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח, חלה בצהבת מסוג B יהי זכאי לפיצוי חד פעמי על סך 72,426 ₪ ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן שאינו עולה על 36 חודש ממועד הניתוח והמבוטח לא היה נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח, ובמקרה של מבוטח קיים, בטרם תחילת הביטוח הקודם.

1.30. ימי החלמה

בכל מקרה של אירוע רפואי המחייב החלמה, תשתתף החברה המבטחת בהוצאות החלמה ששולמו בעקבות ובסמוך לאירוע אכמור עד לסך של 855 ₪ לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על שנים עשר (12) ימי החלמה, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח, בכפוף להצגת חשבוניות מקוריות או העתק נאמן למקור.

1.31. טיפול ע"י מקרופאגים

טיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה אחרת. כיסוי בעת שהייה בבי"ח ו/או בבית החלמה ו/או בבית. עד לסך של 10,060 ₪ למקרה.

1.32. שירות תור מהיר אצל נותני שירות שבהסכם לביצוע התייעצות תוך 3 ימי עסקים.

1.33. ביצוע בדיקה אבחנתית הכוללת CT ו-MRI תוך 2 ימי עסקים ופענוח תוך 2 ימי עסקים נוספים.

1.34. החזר הוצאות בגין כל הסעיפים המפורטים לעיל יינתן כנגד קבלה מקורית או נאמן למקור.

1.35. למען הסר ספק, בכל סעיף בפוליסה בו קיימת זכות נוספת לכיסוי שקיים בפרק זה, הכיסוי יינתן בנוסף לכיסוי הניתן בפרק זה.

1.36. שיפוי שב"ן :

בחר המבוטח לקבל את השירות הרפואי או השיפוי בגינו מקופת חולים ו/או מתוכנית שב"ן. תחזיר החברה המבטחת למבוטח את גובה ההשתתפות העצמית ששלומה על ידו לקופת חולים ו/או השב"ן (לפי העניין) במקרה זה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח ע"י החברה המבטחת בשיעור של 100% מההוצאה ועד לסכומים המרביים הנקובים בסעיפים לעיל, ולא תיגבה מהמבוטח השתתפות עצמית.

1.37. הסמכות הקובעת את הזכאות בכל פרק זה, הינה רופא מטעם המבוטח.

למען הסר ספק המבוטח רשאי להגיש לחברה העתקי המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח.

שירות אבחון מהיר

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

1. הגדרות:

"אתר אינטרנט של החברה"	אתר אינטרנט של החברה שכתובתו: WWW.MIGDAL.CO.IL.
"דמי מנוי"	הסכומים שעל המבוטח לשלם לחברה מידי חודש, בגין כתב שירות זה, כנקוב בדף פרטי הביטוח.
"דף פרטי הביטוח"	דף המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל בין היתר, את פרטי המבוטח, דמי המבוטח, המועד הקובע ופרטים נוספים הנוגעים לכתב שירות זה.
"החברה" ו/או "המבטחת"	מגדל חברה לביטוח בע"מ.
"המועד הקובע"	מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה, לגבי המבוטח, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.
"המפקח"	הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר.
"הפוליסה"	תכנית ביטוח תקפה של החברה הכוללת את השירות בכתב שירות זה.
"השירות" או "השירותים"	השירותים הכלולים במפורש ברשימה שבסעיף ד' להלן, שינתנו למנוי על פי הוראות כתב שירות זה.
"השתתפות עצמית"	סכומים בהם מחויב המבוטח לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב שירות זה. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המבוטח לנותן השירות או לספק, כפי שיוורה לו מוקד השירות, אך בשום אופן לא באמצעות החברה.
"מדד"	מדד המחירים הידוע בשם מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות), שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר ולרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו.
"מוקד השירות" או "המוקד"	קו טלפון שיפעיל המבטח עבור המבוטחים, באמצעותו יווסתו פניות המבוטחים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על-פי כתב שירות זה. מספר הטלפון של מוקד השירות הוא: 1-700-50-66-62
"מנוי"	אדם אשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה והינו זכאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב שירות זה.

"מרפאת הסדר"	מרפאה עמה התקשר המבטח בהסכם בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה ובלבד שהינה צד להסכם עם המבטח במועד פניית המבטח למנוי לצורך קבלת השירות.
"נותן שירות שבהסכם"	רופא, מרפאה, מכון וכל גוף אחר המספק שירות לו זכאי המבטח על פי כתב שירות זה, עמם קשור המבטח בהסכם תקף במועד פניית המבטח למוקד השירות לצורך קבלת השירות.
"ספק השירות" או "המבטח"	הגוף עימו התקשרה החברה בהסכם לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה.
"רופא"	מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז-1976, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.
"רופא מומחה"	רופא שהוסמך על-ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג – 1973 או לפי כל תקנה שתבוא במקומה, ושתחום מומחיותו הוא רלוונטי למתן השירות המבוקש על פי כתב שירות זה.
"רופא שבהסכם" ו/או רופא מומחה שבהסכם"	רופא ו/או רופא מומחה עימו התקשר המבטח בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבטח במועד פניית המבטח למנוי לצורך קבלת השירות. ברשימת רופאי ההסכם כלולים רופאים מומחים שהינם מנהלי מחלקה וסגני מחלקה בבתי חולים בישראל.
"שנה"	תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה מתחילה במועד הקובע.
"תקופת אכשרה"	תקופה זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי במועד הקובע ותסתיים בתום המועד הקובע בצד כל שירות. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בלבד כל עוד השירות כתב שירות זה הינו בתוקף ותחול מחדש בכל פעם בה צורך המבטח לכתב שירות זה מחדש, בתקופות שירות בלתי רצופות. המבטח לא יהיה זכאי לשירותים לפני תום תקופת האכשרה. למען הסר ספק, מובהר כי המבטח יחויב בתשלום דמי מנוי בגין תקופת האכשרה.

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

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

2. תנאי מהותי להתחייבויות המבטח על פי כתב שירות זה:

2.1 בכל עניין הקשור בקבלת שירותים על פי כתב שירות זה, על המבטח לפנות תחילה למוקד השירות ולפעול בהתאם להוראות המפורטות בכתב שירות זה להלן.

2.2 קבלת אישור המבטח מראש ובכתב לקבלת השירותים או לשיפוי בגינם טרם ביצוע השירותים בפועל הינה תנאי מהותי לאחריות המבטח על-פי כתב שירות זה.

2.3 לא קוימו החובות על פי סעיפים 1-2 לעיל במועדן, וקיומן היה מאפשר לספק להקטין את חבותו, אין המבטח אחראי בכל הקשור למתן שירות אלא במידה שהיה חייב אילו קוימה החובה כאמור. הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:

2.3.1 החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות.

2.3.2 אי קוימה או איחורה לא מנע מהחברה את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.

2.4 השירותים נשוא כתב שירות זה יינתנו על ידי נותני שירות שבהסכם בלבד והמבטח לא זכאי לשירותים אלו אצל נותני שירות שאינם בהסכם ו/או לשיפוי בגינם ו/או כל תשלום אחר על פי כתב השירות.

3. התחייבות המבטח:

המבטח יהיה זכאי לקבל מהמבטח את השירותים הבאים, בהתאם למפורט להלן:

3.1 אבחון מהיר אצל ספקים שבהסכם

3.1.1 הגדרות:

בנוסף להגדרות המופיעות בסעיף 1 לעיל, בכל הקשור לשירות אבחון מהיר עפ"י סעיף זה, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצידם:

"בדיקות רפואיות אבחנתיות"	בדיקות המבוצעות למנוי במסגרת תהליך אבחון המבוצע מכוח כתב שירות זה.
"רופא ממין"	רופא מומחה עימו קשור המבטח בהסכם תקף כרופא ממין בקשר למתן השירותים במועד קבלת השירות בפועל.
"תהליך אבחון Diagnosis"	תהליך רפואי שעובר מנוי כדי לקבוע את אופי המחלה או ההפרעה, על פי סימנים ותסמינים, באמצעות רופא מומחה ובדיקות רפואיות אבחנתיות על פי תנאי כתב השירות והאמור בסעיף זה להלן.

3.1.2 המבטח יהא זכאי לתהליך אבחון כמפורט להלן:

3.1.2.1 תהליך אבחון בסיסי:

3.1.2.1.1 המבטח זכאי לפגישה ראשונית עם רופא ממין אשר יקבע את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הראשוניות (דם, שתן, רנטגן) הנדרשות לביצוע במסגרת תהליך האבחון. בדיקות אלו ייקבעו ויתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות בסמוך למועד הפגישה הראשונית כאמור לעיל.

3.1.2.1.2 תהליך האבחון הבסיסי יתקיים תוך 3 ימי עבודה ממועד פנייתו של המבטח ובסיומו ימסור הרופא הממין דו"ח אבחון הכולל את תוצאות תהליך האבחון.

3.1.2.1.3 תהליך האבחון הבסיסי כאמור בסעיף זה כרוך בהשתתפות עצמית בסך של 180 ₪.

3.1.2.2 שיחה טלפונית עם הרופא הממין:

3.1.2.2.1 מנוי המעוניין בשיחה טלפונית עם הרופא הממין, יעביר לספק השירות את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים ככל שיש כאלה. הרופא הממין ישוחח עם המבוטח טלפונית תוך יום עבודה אחד ממועד קבלת המסמכים הרפואיים.

3.1.2.2.2 שיחה טלפונית עם הרופא הממין כרוכה בהשתתפות עצמית בסך של 100 ₪.

3.1.2.2.3 אולם, אם ביצע המבוטח תהליך אבחון בסיסי לא תחול השתתפות עצמית נוספת בגין השיחה הטלפונית עם הרופא הממין על פי סעיף זה וההשתתפות העצמית עבור תהליך האבחון הבסיסי והשיחה הטלפונית עם הרופא הממין יחדיו הינה בסך 180 ₪.

3.1.2.3 תהליך אבחון מקיף:

3.1.2.3.1 במידת הצורך, על פי המצב הרפואי של המבוטח ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא הממין, ובטרם הסתיים תהליך האבחון, יופנה המבוטח לבדיקות רפואיות אבחנתיות נוספות בנוסף לאלו הקיימות בתהליך האבחון הבסיסי.

3.1.2.3.2 בדיקות הדמיה שהינן CT, MRI, ממוגרפיה, מיפויים, CT PET, ביופסיות בשד ייקבעו ויתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות תוך 3 ימי עבודה.

3.1.2.3.3 בדיקות פולשניות אחרות יתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות תוך 7 ימי עבודה.

3.1.2.3.4 נדרש המבוטח לתהליך אבחון מקיף, יתייעץ הרופא הממין עם רופא מומחה בתחום הרלוונטי בנוגע למצב הרפואי של המבוטח בסיום הבדיקות וההתייעצות ימסור הרופא הממין דו"ח אבחון הכולל את תוצאות תהליך האבחון.

3.1.2.3.5 ההשתתפות העצמית עבור תהליך האבחון הבסיסי והאבחון המקיף עפ"י סעיף זה הינה יחדיו הינה בסך 500 ₪.

3.1.3 ספק השירות יפעל להשלים את תהליך האבחון וגיבוש המסקנות תוך מספר הימים הקטן ביותר, בכפוף לאילוצים רפואיים. בכל מקרה לא תעלה התקופה על 3 ימי עבודה ממועד קבלת תוצאות הבדיקה האחרונה הנדרשת.

3.1.4 מנוי אשר זומן לתהליך אבחון יהא זכאי לביצוע כל הבדיקות הנדרשות המבוצעות אצל ספק השירות, כפי שייקבעו על פי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא הממין מטעם ספק השירות, לשם אבחון הבעיה הרפואית בגינה פנה לקבלת השירות. יובהר, שאם במהלך תהליך האבחון תימצא בעיה רפואית ו/או מחלה ו/או הפרעה נוספת על זו שבגינה פנה המבוטח לקבלת השירות, יבצע נותן השירות תהליך אבחון לבעיה ו/או המחלה ו/או ההפרעה הנוספת וכל תהליכי האבחון אשר יבוצעו במסגרת אותה פניה יחשבו כתהליך אבחון אחד לכל דבר ועניין.

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

3.1.6 נותן השירות יפעל, בכפוף לאילוצים ושיקולים רפואיים, לרכז את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות במסגרת תהליך האבחון במספר ימים מצומצם כמפורט בסעיפים לעיל. נותן השירות יפעל לביצוע בדיקות שאינן מחייבות הכנה מוקדמת (צום, נטילת תרופות וכיו"ב) במסגרת יום עבודה אחד, בכפוף לאילוצים רפואיים. בדיקות המחייבות הכנה מוקדמת יבוצעו במועד שייקבע בין נותן השירות למנוי ובכל מקרה תוך הזמן המפורט בסעיף 3 זה לעיל.

3.1.7 חריגים מיוחדים לשירות אבחון מהיר

3.1.7.1 השירות לא יכלול שירות רפואי שאינו בדיקות רפואיות אבחנתיות בלבד.

3.1.7.2 השירות לא יכלול טיפול רפואי או טיפול תרופתי מכל סוג שהוא.

3.1.7.3 השירות לא יכלול אבחון פסיכיאטרי ו/או הפרעות נפש ו/או מחלות נפש.

3.1.7.4 השירות לא יכלול בדיקות לאבחון הפרעות קשב וריכוז.

3.1.7.5 השירות לא יכלול אבחון מצבים רפואיים בתחום רפואת שיניים, פה ולסת.

3.1.7.6 יובהר כי השירותים בגין כתב שירות זה, אינם באים במקום פנייה לחדר מיון בהתאם לצורך הרפואי.

4. אופן קבלת השירותים:

4.1 נזקק המבוטח לשירות על-פי כתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו, מספר תעודת הזהות, כתובתו, מס הטלפון בו ניתן להשיגו, ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי בגינו נזקק המבוטח לשירות ככל שיתבקש.

4.2 לשם מתן השירות ימסור המבוטח לספק ו/או למוקד השירות ו/או לנותן שירות, לפי העניין, את מלוא המידע הרפואי הידוע לו, כפי שיידרש על ידי המבטח ו/או מוקד השירות ו/או נותן השירות, לפי העניין.

4.3 השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.

4.4 על המבוטח להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבון.

4.5 עם סיום כל טיפול, יחתום המבוטח על ספח ביקורת המאשר את קבלת השירות.

4.6 השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד או השטחים המוחזקים אשר נמצאים בשליטת ישראל.

4.7 המבוטח יהא זכאי לבחור את נותן השירות ממנו יקבל את השירות מתוך רשימה של נותני שירות בהסכם כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו למוקד השירות. רשימת נותני השירותים שבהסכם תשתנה מעת לעת.

4.8 במקרה של סדרת הטיפולים, מועדי יתר הטיפולים (למעט הטיפול הראשון) יתואמו ע"י המבוטח מול נותן השירות שבהסכם.

4.9 השירותים על-פי כתב שירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות וללוח העבודה של נותן השירות שבהסכם.

4.10 במקרה שמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על-פי כתב שירות זה, יודיע על כך המבוטח למוקד השירות באופן מיידי ולא פחות מ - 12 שעות טרם מועד הטיפול. למען הסר ספק, מובהר כי על המבוטח להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות שבהסכם.

4.11 מחויבות המבוטח בטיפולו בפניה של מנוי לקבלת השירות אצל נותן שירות שבהסכם תסתיים במוקדם מבין שני האירועים המפורטים להלן:

4.11.1 הפנית המבוטח לנותן השירות.

4.11.2 ביטול הפנייה לקבלת השירות על ידי הודעת המבוטח למוקד השירות.

4.12 האחריות לתאום וביצוע השירותים תהא על המבוטח בלבד.

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

5. חריגים:

המבוטח לא זכאי לקבלת השירותים בסעיף 4.3 לעיל, במקרים בהם השירות המבוקש נובע ממצב רפואי שהינו תוצאה ישירה ו/או עקיפה של:

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

5.2 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.

5.3 מצב רפואי בתחום רפואת שיניים פה ולסת

6. קיומם של הוראות והנחיות הצבא בגין שירותים הניתנים בעת השירות הצבאי

בעת השירות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל ו/או למנוע מהמבוטח בעת השירות הצבאי (החייל) קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למנוי בהתאם לתנאי כתב שירות זה.

המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המבוטח נמצא בשירות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

7. הגבלת אחריות המבטח ו/או החברה:

7.1 החברה והמבטח לא יהיו אחראים באופן כלשהו לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

7.1.1 כל נזק (ישיר או עקיף), הפסד, הוצאה או תוצאה אחרת, אובדן לגוף או לרכוש

שיגרם למנוי ו/או לכל אחד אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שירות זה ו/או תוך

כדי או עקב מתן השירות, אם בשל מעשה ו/או מחדל, לרבות רשלנות מקצועית או

אחרת של נותני השירות ו/או בגין אי מתן השירות במועד שנקבע לכך מכל סיבה

שהיא.

7.1.2 הוצאות שהוציא מנוי עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכתב שירות זה.

7.1.3 מובהר כי החברה אינה המעסיקה של המבטח והחברה והמבטח אינם המעסיקים

של נותני השירות.

7.2 במקרה שפעילות המבטח או חלק משמעותי ממנה תפגע על-ידי מלחמה, הפיכה, סכסוכי

עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר שאינו בשליטת המבטח,

פטור המבטח מלתת את השירותים על פי כתב שירות זה והחברה ו/או המבטח לא יהיו

אחראים לכל נזק כתוצאה מכך.

7.3 יובהר כי העברת מידע רפואי על המבוטח לנותן השירות אינה מהווה קבלה של המידע

הרפואי בידי החברה.

7.4 יובהר כי השירותים המפורטים בכתב שירות זה אינם באים להחליף פנייה לשירותי חרום

/או חדר מיון במקום שהיא דרושה.



8. תנאי הצמדה

8.1 כל הסכומים הנקובים בכתב שירות זה ו/או בדף פרטי הביטוח ולרבות דמי מנוי, סכומי השתתפות עצמית, סכומי השיפוי יהיו צמודים למדד. חישוב ההצמדה יעשה בהתאם ליחס שבין המדד החדש ובין המדד הבסיסי.

8.2 המדד הבסיסי - לעניין תגמולי הביטוח ו/או ההשתתפות העצמית יהיה המדד המופיע בסעיף 8 בפרק ההגדרות בפוליסה.

8.3 המדד החדש יהיה המדד החדש יהיה המדד הידוע במועד בו מבוצע התשלום.

9. שונות

9.1 הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המבוטח רשאי להעבירה לאחר.

9.2 כל התשלומים הנקובים בכתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. באם יחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.

פרק ה'

חוות דעת נוספת בארץ ובחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל

1. מקרה הביטוח -

מבוטח הזקוק לחוות דעת רפואית נוספת בכל תחום רפואי.

2. הכיסוי -

הכיסוי כולל קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות.

3. סכום הביטוח -

בחו"ל-

שיפוי מלא בגין הפניה לנותן שירות שבהסכם. השיפוי בגין חוות דעת שנייה בחו"ל המתבצעת באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם, יהא עד סך \$ 2,500. במידה וקבלת חוות הדעת מחייבת נסיעת החולה לחו"ל, יכוסו הוצאות הטיסה והשהייה עד סך \$ 2,500 לאדם.

בארץ-

שיפוי מלא כשמדובר בנותן שירות בהסכם או במקרה של רופא שאינו בהסכם עד לגובה- 1207 ₪.

4. בדיקות המבוצעות בחו"ל:

הכיסוי כולל: עלות הבדיקה, עלות שליחתה לחו"ל, פיענוח הבדיקה, קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות וחוות דעת. השיפוי בגין עלות הבדיקות, עלות שליחתן לחו"ל, פיענוח הבדיקות וחוות הדעת יהא \$5,000 ובהשתתפות עצמית של 20%.

המבוטח רשאי להגיש לחברה העתקי המסמכים גם באופן דיגיטלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח.

פרק ו' רפואה משלימה

1. הגדרות לפרק זה:

- "טיפול אלטרנטיבי" - טיפול במצבים בריאותיים על ידי שימוש בדוגמאות שיטות הטיפול המפורטות להלן, כגון, אך לא רק:
- 1.1 "אקופונקטורה" - טיפול אשר במהלכו נעשה דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף
- 1.2 "הומיאופתיה" - שיטת טיפול כוללנית, העושה שימוש בתרופות המופקות מחומר טבעיים שנמהלו או דוללו פעמים רבות.
- 1.3 "ביו פידבק" - טכניקה טיפולית העושה שימוש במכשור אלקטרוני לצורך מדידה מיידי של שינויים פיזיולוגיים בגוף המטופל.
- 1.4 "כירופרקטיקה" - שיטת טיפול בה משתמש המטפל בידיו לשם הפעלת לחצים על ענ השדרה וחוליותיו במטרה להשיב את הגוף לאיזון.
- 1.5 "טיפול לפי שיטת פלדנקייז" - שיטת טיפולית כוללנית העושה שימוש בתנועות והתעמלות ייחודיות.
- 1.6 "אוסטיאופתיה" - טיפול בהפרעות של מערכת השלד והשרירים.
- 1.7 "רפלקסולוגיה" - שיטת טיפול ייחודית הנעשית דרך לחיצות בכפות הרגליים.
- 1.8 "שיאצו" - שיטת טיפול ייחודית המאופיינת באמצעות לחץ בעזרת האצבעות.
- 1.9 "היפנוזה" - טיפול בטכניקה המביאה לשינוי מבוקר בקשב.
- 1.10 "נטורופתיה" - שיטת ריפוי אישית על בסיס טבעי.
- 1.11 "ייעוץ דיאטטי" – התאמה אישית של תוכנית לתזונה.
- 1.12 "שיטת טווינא" – טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב מסאז' רקמות עמוק.
- 1.13 "דמיון מודרך לחולי סרטן"
- 1.14 שיטת פאולה – טיפול המבוסס על הפעלת השרירים הטבעתיים.
- 1.15 שיטת שניידר



1.16 שיטת אלכסנדר

1.17 חדר מלח

1.18 פרחי בר

1.19 רפואה סינית

* רשימה זו אינה רשימה סגורה, כל טיפול רלוונטי נוסף ו/או מקביל יכוסה.

2. מקרה הביטוח:

טיפול אלטרנטיבי שבוצע ו/או יבוצע ו/או שהצורך בביצוע נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

3. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח:

אצל נותן שרות שלא בהסדר - סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בגובה 80% מההוצאה ועד 216 ₪ לכל טיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.

אצל נותן שרות בהסכם – השתתפות עצמית של 20% ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.

הזכאות לטיפול הינה כנגד המצאת הפניה של רופא המשפחה או רופא מומחה לקבלת הטיפול המבוקש.

המבוטח רשאי להגיש לחברה העתקי המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח.

פרק ז' פיצוי בעת גילוי מחלה קשה

1. מקרה הביטוח

- המבוטח ייחשב כזכאי לתגמולי הביטוח על פי פרק זה, בעת גילוי אחת המחלות ו/או קרות אירועים רפואיים חמורים כמפורט להלן ומזכה את המבוטח בסכום הביטוח בסך 50,000 ₪ ובכפוף לאמור להלן.
- למען הסר ספק, הסמכות שקובעת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.

1.1 סרטן: CANCER

- 1.1.1 נוכחות של גידול תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.
מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה, מחלת הודג'קין וסרטן מסוג DCIS ובתנאי שהמחלה מצריכה טיפול כימותרפי ו/או הקרנות.
- 1.1.2 אין מחלת הסרטן כוללת את:
- 1.1.2.1 1.1.2.1 מחלות עור מסוג: BASAL CELL CARCINOMA & HYPERKERATOSIS.
- 1.1.2.2 1.1.2.2 מחלות עור מסוג - SQUAMOUS CELL CARCINOMA, אלא אם התפשטו לאיברים אחרים.
- 1.1.2.3 1.1.2.3 מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפוזי בנוכחות מחלת ה-AIDS.
- 1.1.2.4 1.1.2.4 לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ 10,000 ul/10,000 B cell lymphocytes ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי.

1.2 אי ספיקת כליות כרונית: END STAGE RENAL FAILURE

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

1.3 שבץ מוחי: CVA

כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 6 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה מטעם המבוטח.

1.4 התקף לב חריף / אוטם חריף בשריר הלב – (ACUTE CORONARY SYNDROME)

נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

האבחנה חייבת להיתמך ע"י שני הקריטריונים הבאים במצטבר:

- בדיקה ביוכימית מראה כי הייתה עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של $ng/ml1$ או רמה גבוהה יותר, או בסטייה מהערך התקין על פי אמות מידה רפואיות המקובלות להגדרת אוטם, זאת בהתייחס לערכי המעבדה הבודקת או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות, המבוצעות בבתי החולים לכלל החולים.
- בנוסף קיומה של אחת משתי האינדיקציות הבאות : כאבי חזה אופייניים, או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

ובלבד שהוגדר ככזה ע"י קרדילוג מוסמך מטעם המבוטח תוך מתן הנמקה רפואית.

1.5 נכות מלאה ותמידית:

המוטב ייחשב כבעל נכות מוחלטת ותמידית אם כתוצאה מתאונה או מחלה נשללה ממנו לחלוטין ולצמיתות האפשרות לעסוק בתעסוקה כלשהי או לעשות עבודה כלשהי תמורת תגמול או רווח. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, אובדן מוחלט ולצמיתות של כושר הראייה של שתי העיניים, או אובדן מוחלט ולצמיתות של כושר השימוש בשתי גפיים, ייחשבו לנכות מוחלטת ותמידית לעניין פרק זה.

1.6 מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) (Terminal Liver Disease):

- 1.6.1 מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:
 - 1.6.1.1 צהבת.
 - 1.6.1.2 מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות.
 - 1.6.1.3 שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית
 - 1.6.1.4 אנצפלופטיה כבדית
 - 1.6.1.5 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.

1.7 אי ספיקת כבד פולומיננטית (Fulminant Hepatic):

- 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 חלק מהסימנים הבאים:
- 1.7.1 הקטנה חדה בנפח הכבד
 - 1.7.2 נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה
 - 1.7.3 ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד – PT או רמות פקטורים 5 ו-7
 - 1.7.4 צהבת מעמיקה

1.8 מחלת ריאות חסימתית כרונית – (CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE):

- 1.8.1 מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:
- 1.8.1.1 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.
- 1.8.1.2 הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.

1.9 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 וכיו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה מטעם המבוטח.

1.10 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.

1.11 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS):

נוכחות של נגיף HIV בגופו של מבוטח,

1.12 טרשת נפוצה - (Multiple Sclerosis):

דמילינציה במוח או בחוט השדרה. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית לאירוע בודד של דמילינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), והוכחה בדיקת MRI לפגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה מטעם המבוטח.

1.13 ניוון שרירים מוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis):

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

1.14 שיתוק (פרפליגיה, 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).

1.15 קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy):

מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.

1.16 ניתוח אבי העורקים (Aorta):

ניתוח ו/או פרוצדורה המבוצעת באמצעות צנתור, בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן. הגדרה זו לא תחריג מכיסוי חולים בהם מתבצע ניתוח באבי העורקים. בנוסף יכללו מקרים בהם הפרוצדורה מבוצעת באמצעות צנתור אם קיימת מפרצת בגודל 5 ס"מ או יותר.

1.17 השתלת איברים (Organ Transplantation):

לב, ריאה, לב-ריאות, אונת ריאה, کلیה, לבלב, کلیה ולבלב, כבד, אונת כבד, מוח עצמות, שחלה ומעי - 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 או השתלה עצמית, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר או עקב פגיעה בתפקודו של אותו איבר.

1.18 ניתוח מעקפי לב – (CABG)

ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כללי. למען הסר ספק, מובהר כי צינתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.

1.19 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.

2. סייג בשל מצב רפואי קודם

2.1. המבוטח זכאי לקבל את סכום הפיצוי עקב מקרה הביטוח, גם אם היה חולה לפני הצטרפותו לפוליסה במחלה המהווה מקרה ביטוח, אך מהמועד שהחלים מאותה מחלה חלפו למעלה מ-24 חודשים (למחלת הסרטן למעלה מ-60 חודש) כמתועד בתיקו הרפואי של המבוטח.

2.2. למען הסר ספק, החלמה לצורך סעיף זה פירושה שאין המבוטח נמצא בטיפול רפואי כלשהו בגין המחלה. לעניין זה, בדיקות מעקב, טיפול תרופתי (מונע) ובדיקות שגרתיות לא יחשבו כטיפול רפואי.

3. זכות לפיצוי נוסף -

קיבל המבוטח פיצוי בגין מחלת הסרטן (סעיף 1.1), לא ימנע הדבר פיצוי נוסף בהתאם לנספח זה בגין כל מחלה אחרת (סעיפים 1.19-1.2). קיבל המבוטח פיצוי בגין מחלה כלשהי, לא ימנע הדבר קבלת פיצוי בגין מחלה אחרת.

פרק ח'

ביטוח לפרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה:

בקורות פרוצדורה רפואית המפורטת להלן תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות שהוצאו על-ידי המבוטח בפועל עבור השירותים הרפואיים המפורטים להלן:

1. הזרקות לעמוד השדרה שבוצעו אלקטיבית או במהלך אשפוז, למעט הזרקה אפידורלית במהלך לידה – עד לסך של 10,060 ₪ לכל שנת ביטוח.
2. צנתור לטיפול בהידרצלה ו/או ווריקוצלה וניתוח להפרדת הידבקויות תוך רחמיות.
3. תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI.
4. טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה: כולל עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה בגובה 80% מההוצאות בפועל ועד לסך של 10,060 ₪ ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.
5. זכאות לבדיקת ממוטמיה לצורך אבחון מחלת סרטן השד בסכום השווה ל-80% מההוצאות הממשיות עבור הבדיקה ועד לסך של 1,710 ₪ ש"ח לבדיקה ובתנאי שהתגלה בשד חשד לגוש והמבוטחת הופנתה לבדיקה הנ"ל ע"י רופא מטעמה.
6. טיפולים בהמופילטרציה - מתן חומר המעודד צמיחת כדוריות לבנות. הטיפול מתבסס על טיפול כימותרפי יחד עם מתן דם מועשר למבוטח הסובל ממחלת הסרטן עד לסך של 80,473 ₪.
7. שמירת מח עצם לתקופות ארוכות - מבוטח אשר יחלה במחלת הסרטן ואשר נלקח ממנו מח עצם להשתלה, יהא זכאי על פי נספח זה להחזר הוצאות בגין שמירת מח העצם לשלוש שנים החל מתום השנה השנייה לשמירתו ועד סה"כ חמש שנים. סכום ביטוח מירבי למקרה ביטוח יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל אך לא יותר מסך של 10,060 ₪.
8. הקפאת זרע וביציות - בוטח/ת אשר י/תחלה במחלת הסרטן יהא/תהיה זכאי/ת על פי נספח זה, לפני ביצוע הטיפולים כימותרפיים או רדיותרפיים, לבצע הקפאה לשמירת זרע וביציות של המבוטח/ת לתקופה מרבית של עד 10 שנים. סכום ביטוח מירבי למקרה ביטוח יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל אך לא יותר מסך של 50,295 ₪.

פרק ט' - כתב שירות ליווי רפואי ושירותי תמיכה וסיוע בעת אשפוז בבית חולים ולאחר שחרור מאשפוז

המנוי זכאי לשירותים הכלולים בכתב שירות זה, בכפוף לתנאים להלן ובלבד שכתב שירות זה כלול בפוליסה על שם המנוי והינו בתוקף על שם המנוי, במועד קבלת השירותים בפועל.

1. הגדרות:

"אח/ות"	אחות או אח בעלי תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות בישראל עמם קשור הספק בהסכם תקף במועד קבלת השירות בפועל.
"אתר אינטרנט של החברה"	אתר אינטרנט של החברה שכתובתו: WWW.MIGDAL.CO.IL.
"אשפוז"	שהיה רצופה של המנוי בבית חולים בישראל, על פי הוראה מפורשת של רופא מוסמך, במחלקות המוגדרות על ידי בית החולים ו/או משרד הבריאות כמחלקות אשפוז. השירות אינו כולל שהייה בחדר מיון ו/או אשפוז יום ו/או אשפוז במחלקות שיקום ו/או גריאטריות.
"בית חולים"	מוסד רפואי בישראל שהרשויות המוסמכות בישראל מכירות בו כבית חולים הכולל מחלקות אשפוז, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי או סיעודי.
"דמי מנוי"	הסכומים שעל המנוי לשלם לחברה מידי חודש, בגין כתב שירות זה, כנקוב בדף פרטי הביטוח.
"החברה" ו/או "המבטחת"	מגדל חברה לביטוח בע"מ.
"המועד הקובע"	מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה, לגבי המנוי, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.
"המפקח"	הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר.
"המשלם"	האדם, חבר בני אדם או תאגיד, המתקשר עם החברה על-פי הפוליסה לצורך תשלום דמי הביטוח.
"הפוליסה"	תכנית ביטוח תקפה של החברה הכוללת את השירות בכתב שירות זה.
"השירות" או "השירותים"	השירותים הכלולים במפורש ברשימה שבסעיף 3 להלן, שינתנו למנוי על פי הוראות כתב שירות זה.
"השתתפות עצמית"	סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב שירות זה. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי לנותן השירות או לספק, כפי שיוורה לו מוקד השירות, אך בשום אופן לא באמצעות החברה.
"מדד"	מדד המחירים הידוע בשם מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות), שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר ולרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו.

קו טלפון שיפעיל הספק עבור המנויים, באמצעותו יווסתו פניות המנויים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על-פי כתב שירות זה. הספק רשאי לשנות את מספר הטלפון של מוקד השירות, בתיאום ובאישור החברה, ובלבד שימסור על כך הודעה מראש בכתב למנויים.	"מוקד השירות" או "המוקד"
אדם אשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה והינו זכאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב שירות זה.	"מנוי"
מרפאה עמה התקשר הספק בהסכם בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה ובלבד שהינה צד להסכם עם הספק במועד פניית המנוי למנוי לצורך קבלת השירות.	"מרפאת הסדר"
רופא, מרפאה, מכון וכל גוף אחר המספק שירות לו זכאי המנוי על פי כתב שירות זה, עמם קשור הספק בהסכם תקף במועד פניית המנוי למוקד השירות לצורך קבלת השירות.	"נותן שירות שבהסכם"
הגוף עימו התקשרה החברה בהסכם לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה. ספק השירות במועד הקובע הינו: bwell פתרונות לאיכות חיים בע"מ. מוקד השירות יהא פעיל בימים א-ה בין השעות 08:00-22:00, לא כולל ימי שבתון וחגים בטלפון מס': 03-6936396 או *9899 (מכל טלפון).	"ספק השירות" או "הספק"
אדם אשר הוסמך/ה ואושר/ה כדין לעסוק במתן שירותים כעובד/ת סוציאלי/ת על ידי השלטונות המוסמכים בישראל, עמו/ה התקשר הספק בקשר למתן שירותים המפורטים בכתב שירות זה.	"עובד/ת סוציאלי/ת"
מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז-1976, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.	"רופא"
רופא שהוסמך על-ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג – 1973 או לפי כל תקנה שתבוא במקומה, ושתחום מומחיותו הוא רלוונטי למתן השירות המבוקש על פי כתב שירות זה.	"רופא מומחה"
רופא ו/או רופא מומחה עימו התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה, ובלבד שהיה צד להסכם עם הספק במועד פניית המנוי למנוי לצורך קבלת השירות. ברשימת רופאי ההסכם כלולים רופאים מומחים שהינם מנהלי מחלקה וסגני מחלקה בבתי חולים בישראל.	"רופא שבהסכם" ו/או רופא מומחה שבהסכם"
תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה מתחילה במועד הקובע.	"שנה"

- 1.1 כל האמור בכתב השירות בלשון יחיד אף בלשון רבים משמעו, וכל האמור בלשון זכר אף בלשון נקבה משמעו, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת.
- 1.2 כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד והן לא תשמשנה לצורך פרשנות.

2. תנאי מהותי להתחייבויות הספק על פי כתב שירות זה:

- 2.1 בכל עניין הקשור בקבלת שירותים על פי כתב שירות זה, על המנוי לפנות תחילה למוקד השירות ולפעול בהתאם להוראות המפורטות בכתב שירות זה להלן.
- 2.2 קבלת אישור הספק מראש ובכתב לקבלת השירותים או לשיפוי בגינם טרם ביצוע השירותים בפועל הינה תנאי מהותי לאחריות הספק על-פי כתב שירות זה.
- 2.3 לא קיומו החובות על פי סעיפים 2.1-2.2 לעיל במועדן, וקיומן היה מאפשר לספק להקטין את חבותו, אין הספק אחראי בכל הקשור למתן שירות אלא במידה שהיה חייב אילו קוימה החובה כאמור. הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
 - 2.3.1 החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות.
 - 2.3.2 אי קוימה או איחור לא מנע מהחברה את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.
- 2.4 השירותים נשוא כתב שירות זה יינתנו על ידי נותני שירות שבהסכם בלבד והמנוי לא זכאי לשירותים אלו אצל נותני שירות שאינם בהסכם ו/או לשיפוי בגינם ו/או כל תשלום אחר על פי כתב השירות.

3. מפרט השירותים:

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

- 3.1 שירות מלווה רפואי אישי
- 3.2 שירותי תמיכה וסיוע בעת אשפוז בבית חולים ולאחר שחרור מאשפוז

המנוי יהיה זכאי לקבל מהספק את השירותים הבאים, בהתאם למפורט להלן:

4. מלווה רפואי אישי

- 4.1 הזכאות לשירות מלווה רפואי אישי הינה בכל אחד מהמקרים הבאים:
 - 4.1.1 מצב שבו קיים אבחון על ידי רופא או חשד רפואי (חוות דעת) מתועד על ידי רופא של מחלה ו/או בעיה רפואית מתמשכת ו/או אירוע רפואי קשה, בין אם עקב מחלה או תאונה.
 - 4.1.2 מצב רפואי ללא אבחנה אשר תהליך הבירור, במטרה להגיע לאבחנה רפואית החל לפחות 30 יום לפני הפנייה לספק לקבלת שירותים על פי כתב השירות. תהליך הבירור יחל ממועד המסמך הרפואי הראשון המעיד על המצב הרפואי ויכלול לפחות ייעוץ אצל רופא מומחה בתחום ההתמחות הקשור למצב הרפואי ובדיקה אחת רלוונטית מתוך הרשימה להלן: בדיקת הדמיה כגון: MRI, CT וכיו"ב, למעט צילום

רנטגן רגיל בלבד) ו/או בדיקות פולשניות ו/או בדיקת מעבדה מורכבות (לא כולל בדיקות דם, צואה ושתן שגרתיות) ו/או בדיקות עזר נוספות;

4.1.3 מצב רפואי מתועד על ידי רופא, אשר אחת הדרכים המקובלות לטיפול בו הינו באמצעות ניתוח אלקטיבי בישראל או תחליף ניתוח.

(כל אחד מהמקרים הנ"ל יקרא להלן: "המקרה הרפואי")

4.2 השירותים המופרטים בסעיף זה יינתנו לתקופה של 24 חודשים מיום אישור המקרה המזכה.

4.3 בקורות אחד או יותר מהמקרים הרפואיים המתוארים בסעיפים 4.1 לעיל יהיה זכאי המנוי לקבלת השירותים הבאים:

4.3.1 Case Manager - מנהל תיק אישי:

4.3.1.1 המנוי זכאי למינוי מנהל תיק אישי טלפוני אשר ילווה את המנוי לאורך כל

שלבי הטיפול המקרה הרפואי .

4.3.1.2 במסגרת השירות יינתן ליווי ותמיכה בשלבי הטיפול הרפואיים והנפשיים של המנוי.

4.3.1.3 השירות יינתן ללא מגבלת פניות וללא תשלום דמי השתתפות עצמית.

4.3.1.4 מנהל תיק אישי יהיה בעל אחת מבין ההכשרות הבאות: עו"ס/ פסיכולוג/רופא כללי/אחות רפואית.

4.3.2 הכוונה על ידי עובד/ת סוציאלי/ת :

4.3.2.1 המנוי זכאי לפגישה עם עובד/ת סוציאלי/ת לקבלת ייעוץ, הכוונה ומתן הסבר

על תהליך הטיפול במקרה הרפואי.

4.3.2.2 המנוי יפנה למנהל התיק האישי טלפוני, אשר יתאם עבורו פגישה, בטווח של עד 3 ימי עבודה.

4.3.2.3 בפגישה שתתקיים י/תבצע העובד/ת הסוציאלי/ת איסוף נתונים ראשוני המכיל היסטוריה רפואית.

4.3.2.4 משך פגישת הייעוץ עם העובד/ת הסוציאלי/ת הינו עד שעתיים והיא תיערך בביתו של המנוי.

4.3.2.5 השירות יינתן ללא תשלום דמי השתתפות עצמית.

4.3.3 התייעצות עם רופא אישי:

4.3.3.1 לבקשת המנוי, ימנה הספק עבור המנוי רופא מלווה אישי לטיפול במקרה

הרפואי הנדון, אשר ילווה את המנוי לאורך שלבי הטיפול במקרה.

4.3.3.2 השירות יינתן, באמצעות רופא אישי ברמת מנהל מחלקה/סגן מנהל מחלקה (להלן: "רופא אישי") אשר המקרה הרפואי הינו בתחום התמחותו .

- 4.3.3.3 במסגרת השירות זכאי המנוי ל- 6 התייעצויות עם הרופא האישי. חלוקת הפגישות תעשה בסיוע המנהל תיק אישי, באופן שיאפשר מתן חו"ד ראשונית על המקרה, ולאחריה בטווח, מעקב על התפתחות המקרה, והמלצות להמשך טיפול.
- 4.3.3.4 כל פגישה תכלול מתן ייעוץ, וחו"ד ראשונית מכווניה לטיפולים אפשריים עם המלצות והפניות לגורמים מטפלים שונים.
- 4.3.3.5 התאום יבוצע ע"י מנהל תיק אישי בטווח של עד 5 ימי עבודה מיום קבלת פניית המנוי.
- 4.3.3.6 מובהר כי הייעוץ אינו כולל מתן חוות דעת לצרכי הליך משפטי, ולא ייעוץ שאינו קשור ישירות למקרה הרפואי.
- 4.3.3.7 בעבור כל התייעצות ישלם המנוי דמי השתתפות עצמית בסך 90 ₪
- 4.3.3.8 מובהר כי דין התייעצות חוזרת כדין התייעצות.
- 4.3.3.9 הפגישה תכלול מתן מרשמים במידת הצורך, אך אינה כוללת מתן טיפול תרופתי מכל סוג שהוא, וכל מימוש מרשם שכזה באם יינתן, יעשה ע"י המנוי ועל חשבונו בלבד
- 4.3.3.10 ההתייעצויות יבוצעו בקליניקה של הרופא האישי.
- 4.3.4 ליווי על ידי אח/ות רפואית :**
- 4.3.4.1 הליווי כולל שהות האח/ות במחיצתו של המנוי, עד 25 שעות במצטר בגין כל מצב רפואי.
- 4.3.4.2 ניצול שעות הליווי נתון לשיקול דעתו של המנוי, בכפוף לתאום מוקדם מול מוקד השירות בטווח של 3 ימי עסקים טרם הצורך בליווי.
- 4.3.4.3 השירות יינתן ללא תשלום דמי השתתפות עצמית.
- 4.3.5 ועדה רפואית**
- 4.3.5.1 במסגרת השירות ועפ"י מצבו הרפואי של המנוי תתקיים ועדה רפואית לבחינת המקרה והגשת המלצותיה למנוי והכל בכפוף למפורט להלן:
- 4.3.5.2 הרכב הועדה יכלול צוות רפואי המתמחה בתחום הרפואי הנדרש למנוי, אשר יכלול עד 5 מומחים בתחומם ובכללם את הרופא אישי, ידון וינתח לעומק את פרטי המקרה הרפואי, ויקיים דיון בהליך הטיפול הרפואי הניתן למנוי ובהמלצות להמשכי טיפול בו
- 4.3.5.3 הזכאות לוועדה רפואית בעינינו של המנוי כאמור, הינה עד פעמיים למקרה רפואי.

- 4.3.5.4 ההרכב יתכנס לדון במועדים שונים בהתאם לזמינותם של המומחים, ולצרכי מנויים נוספים הנזקקים לשירות זה באמצעות הספק ולראשונה תוך 7 ימי עסקים ממועד פניית המנוי לקבלת השירות.
- 4.3.5.5 המוקד ידאג לתאם בהתאם לצורך ולהחלטת הרופא המלווה את הטיפול במנוי השירות יינתן במידת הצורך ובהתאם להחלטת הרופא האישי.
- 4.3.5.6 השירות ניתן ללא תשלום דמי השתתפות עצמית.

5. שירותי תמיכה וסיוע בעת אשפוז בבית חולים בישראל:

מנוי אשר הופנה לאשפוז בבית חולים לצורך קבלת טיפול עקב מצבו הרפואי יהיה זכאי לקבלת השירותים המפורטים להלן

5.1 שירותי בדיקות מעבדה עד הבית :

המנוי זכאי לקבלת שירותי בדיקות מעבדה בבית לצורך הכנה לאשפוז וזאת בכפוף להמלצות הרופא המטפל במנוי באופן קבוע ואשר הפנה אותו לאשפוז, במסגרתה יינתנו הבדיקות המפורטות להלן:

- 5.1.1 בדיקות דם, בדיקת שתן, ניתור מדדים - לחץ דם, דופק, סטורציה. רישום רגישות לתרופות.
- 5.1.2 השירות יינתן בתוך פרק הזמן הנדרש בקשר עם הבדיקות בגין האשפוז הרלוונטי. השירות כפוף לתשלום דמי השתתפות עצמית בסך 85 ₪.

5.2 שירותים במהלך אשפוז בבית חולים:

מנוי אשר אושפז בבית חולים בישראל העולה על 24 שעות, יהא זכאי לקבלת השירותים המפורטים להלן:

5.2.1 שירותי ביקור על ידי רופא מומחה שבהסכם:

5.2.1.1 במסגרת השירות יהיה זכאי המנוי לקבלת הסבר מהרופא המומחה על המחלה ו/או על מצבו הרפואי בגינו אושפז בבית החולים וכן הסבר על העניינים המפורטים להלן:

- הסבר על תוצאות של בדיקות שביצע.
- הסבר על מצבו הרפואי של המנוי, התהליכים ופרוצדורות רפואיות אותם עבר ו/או עתיד לעבור המנוי במהלך תקופת האשפוז בבית חולים.
- הכוונה בהתנהלות מול הצוות הרפואי באשר לאפשרות משך קיצור אשפוז בבית חולים.
- תכנון המשך החלמתו לאחר שחרורו מבית החולים ושהותו בבית.

5.2.1.2 השירות יינתן במהלך השעות בהן המחלקה מאוישת על ידי הסגל הרפואי הבכיר במחלקה. למען הסר ספק, השירות לא יינתן בזמן שהייתו של המנוי בחדר המיון.

5.2.1.3 זכאות לשירות המנוי יהיה זכאי לשירות על פי כתב שירות זה, במהלך עד ארבעה אשפוזים בשנת ביטוח ולא יותר מ 3 ביקורים בכל אשפוז.

יובהר, כי לא ניתן לצבור אשפוזים בהם לא ניתן שירות במהלך שנת ביטוח, ולהעבירם לשנת הביטוח העוקבת.

5.2.1.4 השירות יינתן בכפוף לתשלום דמי השתתפות עצמית בסך 150 ₪ לביקור.

5.2.1.5 לצורך קבלת השירות ע"פ סעיף זה, על המנוי ועל המנוי ו/או בא כוחו של המנוי לדאוג להעברת טופס ויתור סודיות המקנה לספק השירות את האישור להעביר למנוי ו/או בא כוחו של המנוי מידע אודות מצבו הרפואי של המנוי.

5.2.2 שיחת יעוץ טלפונית עם פסיכולוג רפואי :

5.2.2.1 במסגרת השירות יהא זכאי המנוי לשיחת יעוץ טלפונית עם פסיכולוג רפואי מטעם הספק לצורך קבלת כלים להתמודדות עם מצבו הרפואי כהגדרתו לעיל טרם אשפוזו בבית חולים.

5.2.2.2 יובהר כי, השירות אינו בא להחליף התייעצות ו/או פנייה לרופא ו/או לכל גורם אחר בכל מקום שהיא דרושה.

5.2.2.3 שיחות הטלפון עם הפסיכולוג הרפואי אינה כוללת מתן חוות דעת לצורכי הליך משפטי ו/או יעוץ שאינו קשור ישירות למקרה הרפואי.

5.2.2.4 השירות אינו כרוך בתשלום דמי השתתפות עצמית.

5.2.3 שירותים לאחר אשפוז בבית חולים :

5.2.3.1 המנוי יהיה זכאי לקבלת שירות שינוע עזרים רפואיים בעת שחרור מאשפוז בבית חולים לתקופת שלא תעלה על 14 יום המנוי יהא זכאי לסיוע בשינוע עזרים רפואיים אותן רכש בעצמו או שכר מכל גוף ו/או מוסד כלשהוא והכל בכפוף למפורט להלן:

5.2.3.2 הזכאות לשינוע האביזר הרפואי כאמור לעיל הינה עד פעמיים בגין אותו אשפוז.

5.2.3.3 לצורך קבלת השירות יעביר המנוי את טופס ההזמנה של הציוד הרפואי אותו נידרש לשנע ממקום למקום.

5.2.3.4 השירות כרוך בתשלום דמי השתתפות עצמית בסך 50 ₪ למשלוח אחד.

5.2.3.5 מובהר למען הסר ספק, כי השירות אינו כולל את עלות רכישת או שכירות הציוד הרפואי אותו צריך לשנע.

5.2.3.6 השירותים המפורטים בסעיף זה יינתנו לאחר תקופת אכשרה בת 30 יום

5.2.4 שירותי פינוי באמצעות אמבולנס:

5.2.4.1 המנוי זכאי לקבלת שירותי פינוי באמצעות אמבולנס לביתו או למוסד שיקומי לאחר אשפוז, בהתאם למצבו הרפואי ועל פי המלצת הצוות הרפואי בבית החולים בו אושפז.

5.2.4.2 השירות יינתן רק במקרים שבהם נדרש לבצע העברת המנוי בשכיבה מבית החולים לביתו ו/או למוסד שיקומי.

5.2.4.3 השירות כפוף לתשלום דמי השתתפות עצמית בסך **150** ₪ לפינוי.

5.2.5 תמיכה רפואית ע"י רופא או אחות:

המנוי זכאי לקבלת תמיכה רפואית על ידי רופא או אחות בנושאים המפורטים להלן:

5.2.5.1 סיוע ביצירת קשר עם הרופא המטפל מבית החולים.

5.2.5.2 מעקב רפואי יומיומי עם המנוי על ידי נציג אישי טלפוני שיעביר את המידע לרופא או לאחות.

5.2.5.3 ביקור בבית המנוי בהתאם לצורך כפי שיקבע על ידי הרופא או האחות.

5.2.5.4 מעקב חום.

5.2.5.5 טיפול בכאבים.

5.2.5.6 ייעוץ וטיפול בבחילות.

5.2.5.7 מעקב וטיפול בחבישות.

5.2.5.8 סיוע בקבלת הטיפול התרופתי אשר הוגדר למנוי.

5.2.5.9 יעוץ והדרכה במניעת זיהומים וסיבוכים לאחר אשפוז.

5.2.5.10 הדרכה רפואית בכל הנובע מהאשפוז.

המנוי זכאי לקבלת השירותים המפורטים לעיל עד **14** יום ממועד שיחרורו מבית החולים בכפוף לתשלום דמי השתתפות עצמית בסך **70** ₪ ליום. מובהר כי השירות אינו כולל מתן מרשם ו/או החזר בגין עלות תרופות לרבות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות.

5.2.6 שירותי עזר לבית-

5.2.6.1 המנוי יהא זכאי לקבלת ייעוץ להתאמת הבית בו אמור לשהות המנוי לאחר חזרתו מהאשפוז בהתאם לצרכיו.

5.2.6.2 לצורך קבלת השירות, יפנה המנוי או בני משפחתו למוקד השירות אשר יפנה את המנוי לנותן השירות לצורך קבלת היעוץ כאמור לעיל.

5.2.6.3 השירות יינתן בכפוף לתשלום דמי השתתפות עצמית בסך של 50 ₪.

5.2.6.4 למען הסר ספק השירות אינו כולל את ביצוע ההתאמות, אלא קבלת המלצה בלבד בדבר התיקונים והשינויים הנדרשים בבית על מנת להתאימו לצרכיו של המנוי לאחר האשפוז.

6. אופן קבלת השירותים:

6.1 נזקק המנוי לשירות על-פי כתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו, מספר תעודת הזהות, כתובתו, מס הטלפון בו ניתן להשיגו, ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי בגינו נזקק המנוי לשירות ככל שיתבקש.

6.2 לשם מתן השירות ימסור המנוי לספק ו/או למוקד השירות ו/או לנותן שירות, לפי העניין, את מלוא המידע הרפואי הידוע לו, כפי שיידרש על ידי הספק ו/או מוקד השירות ו/או נותן השירות, לפי העניין.

6.3 השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.

6.4 על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבון.

6.5 עם סיום כל טיפול, יחתום המנוי על ספח ביקורת המאשר את קבלת השירות.

6.6 השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד או השטחים המוחזקים אשר נמצאים בשליטת ישראל.

6.7 המנוי יהא זכאי לבחור את נותן השירות ממנו יקבל את השירות מתוך רשימה של נותני שירות בהסכם כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו למוקד השירות. רשימת נותני השירותים שבהסכם תשתנה מעת לעת.

6.8 במקרה של סדרת הטיפולים, מועדי יתר הטיפולים (למעט הטיפול הראשון) יתואמו ע"י המנוי מול נותן השירות שבהסכם.

6.9 השירותים על-פי כתב שירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות וללוח העבודה של נותן השירות שבהסכם.

6.10 במקרה שמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על-פי כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות באופן מיידי ולא פחות מ- 12 שעות טרם מועד הטיפול. למען הסר ספק, מובהר כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות שבהסכם.

6.11 מחויבות הספק בטיפול בפניה של מנוי לקבלת השירות אצל נותן שירות שבהסכם תסתיים במוקדם מבין שני האירועים המפורטים להלן:

6.11.1 הפנית המנוי לנותן השירות.

6.11.2 ביטול הפנייה לקבלת השירות על ידי הודעת המנוי למוקד השירות.

6.12 האחריות לתאום וביצוע השירותים תהא על המנוי בלבד.

7 חריגים:

המנוי לא יחזיר זכאי לקבלת השירותים במקרים בהם השירות המבוקש נובע ממצב רפואי שהינו תוצאה ישירה ולא עקיפה של:

7.1 מצב רפואי ו/או פרוצדורה הקשורה בפוריות או פריון ו/או סיבוכי הריון או לידה מכל סיבה שהיא, למעט מצב רפואי בעקבות לפחות 3 הפלות רצופות.

7.2 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.

7.3 מצב רפואי בתחום רפואת שיניים פה ולסת

8 קיומם של הוראות והנחיות הצבא בגין שירותים הניתנים בעת השירות הצבאי

בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל ו/או למנוע מהמנוי בעת השרות הצבאי (החייל) קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למנוי בהתאם לתנאי כתב שירות זה.

המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא.

בכל מקרה שבו המנוי נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

מובהר בזאת כי דמי הביטוח לא ישתנו עקב שירות צבאי כאמור.

9 הגבלת אחריות הספק ו/או החברה:

החברה והספק לא יהיו אחראים באופן כלשהו לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

9.1 הוצאות שהוציא מנוי עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכתב שירות זה.

9.2 מובהר כי החברה אינה המעסיקה של הספק והחברה והספק אינם המעסיקים של נותני השירות.

9.3 במקרה שפעילות הספק או חלק משמעותי ממנה תפגע על-ידי מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק, פטור הספק מלתת את השירותים על פי כתב שירות זה והחברה ו/או הספק לא יהיו אחראים לכל נזק כתוצאה מכך.

9.4 יובהר כי העברת מידע רפואי על המנוי לנותן השירות אינה מהווה קבלה של המידע הרפואי בידי החברה.

9.5 יובהר כי השירותים המפורטים בכתב שירות זה אינם באים להחליף פנייה לשירותי חרום /או חדר מיון במקום שהיא דרושה.

10 תשלום דמי המנוי:

- 10.1 שיעורם של דמי המנוי קבוע בדף פרטי הביטוח.
- 10.2 דמי המנוי ישולמו לחברה מראש על-ידי המנוי, במועדים ובאחד מדרכי התשלום המוצעים על-ידי החברה ושנבחרו בהצעת הביטוח. למען הסר ספק, דמי מנוי ישולמו החל מהמועד הקובע, גם במהלכה של תקופת האכשרה.
- 10.3 אם לא ישולמו דמי המנוי במלואם, אזי:
 - 10.3.1 החברה תהיה זכאית לבטל את כתב שירות זה בהתאם להוראות חוק חוזה ביטוח.
 - 10.3.2 מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, לא שולמו דמי הביטוח, כולם או מקצתם במועד, יתווספו לסכום שבפיגור וכחלק בלתי נפרד הימנו הפרשי הצמדה כאמור בסעיף 12 להלן ובאם לא שולמו לאחר תום 30 ימים מהיום שנקבע לתשלומם, תתווסף גם ריבית על פי הקבוע בהסדר התחיקתי וכמפורט בדף פרטי הביטוח, על התקופה שלאחר 30 ימים מהיום שנקבע לתשלום דמי הביטוח עד תשלומם בפועל.
- 10.4 החברה תהיה זכאית לשנות הן את דמי הביטוח והן את תנאי כתב שירות זה לכל המנויים. שינוי זה יהיה תקף בתנאי שהמפקח אישר את השינוי והוא ייכנס לתוקף 60 יום לאחר שהחברה שלחה למנוי הודעה בכתב על השינויים.

11 תוקפו של כתב השירות

- 11.1 כתב השירות ייכנס לתוקפו החל מהמועד הקובע.
- 11.2 ביטול על ידי החברה ו/או הספק:
 - 11.2.1 במועד ביטול הפוליסה מכל סיבה שהיא.
 - 11.2.2 בתום תקופת כתב השירות על פי המפורט בדף פרטי הביטוח, במקרה בו לא חודשה הפוליסה במועד החידוש על פי אמור בסעיף 11 להלן וההסדר התחיקתי.

11.2.3 לאחר קבלת התראות בשל אי תשלום מלוא או חלק מדמי המנוי לחברה עפ"י חוק חוזה הביטוח.

11.3 בנוסף לאמור בסעיף 11.2 ומבלי לגרוע מזכויות החברה על פי כל דין או על פי כל הוראה אחרת בכתב השירות, רשאית החברה לבטל את כתב השירות לכלל המנויים, בכל עת, לפני תום תקופת השירות, במקרה של סיום ו/או הפסקת ההסכם שבין החברה לספק, אם החברה לא הגיעה להסדר עם ספק שירות חלופי בכפוף לאישור המפקח. ביטול כתב השירות על פי סעיף זה יכנס לתוקף, באופן מיידי מרגע ההודעה על הביטול ("ממועד ההודעה על הפסקת השירות") והמנוי יהיה זכאי להחזר יחסי של דמי הביטוח, אם נגבו עבור התקופה שלאחר מועד ההודעה על הפסקת השירות.

11.4 ביטלה החברה את כתב השירות בהתאם לסעיף 11.3 לעיל יהיה זכאי מנוי אשר פנה למוקד השירות טרם מועד ההודעה על הפסקת השירות אך טרם קיבל את השירות בפועל, לקבל או להשלים את קבלת השירות תוך 90 ממועד ההודעה על הפסקת השירות.

11.5 להסרת כל ספק יובהר, כי במועד פקיעתו, ביטולו או סיום תקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, למעט במקרה של ביטול כתב השירות לכלל המנויים על פי סעיף 11.3 לעיל, תסתיים זכאות של המנוי לקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה.

11.6 ביטול על-ידי המנוי:

11.6.1 המנוי רשאי, בכל עת, לבטל כתב השירות בהודעה בכתב לחברה, והביטול ייכנס לתוקפו תוך 15 יום מיום קבלת הודעת הביטול על ידי החברה.

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

12 תנאי הצמדה

12.1 כל הסכומים הנקובים בכתב שירות זה ו/או בדף פרטי הביטוח ולרבות דמי מנוי, סכומי השתתפות עצמית, סכומי השיפוי יהיו צמודים למדד. חישוב ההצמדה יעשה בהתאם ליחס שבין המדד החדש ובין המדד הבסיסי.

12.2 המדד הבסיסי - לעניין תגמולי הביטוח ו/או ההשתתפות העצמית יהיה המדד על פי סעיף 8 לפרק ההגדרות בפוליסה שפורסם ביום 15.03.2021

12.3 המדד החדש יהיה המדד החדש יהיה המדד הידוע במועד בו מבוצע התשלום.

13 שונות

13.1 הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

13.2 כל התשלומים הנקובים בכתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. באם יחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.

14 מקום השיפוט וברירת דין

מקום השיפוט הבלעדי בכל הקשור בכתב שירות זה הוא בבתי המשפט בישראל והדין החל הינו דיני מדינת ישראל בלבד.

נספח ב' – SLA (Service Level Agreement)

תוך 30 יום מיום חתימת ההסכם, מתחייבת החברה המבטחת להפיץ לכל המבוטחים את חוברת הפוליסה, בהתאם לתנאי ההסכם, לרבות סעיף 10 להסכם, צירוף טפסי הצטרפות לבני המשפחה בתוספת דברי הסבר על עיקרי הפוליסה והשירותים על פי תקנות גילוי נאות וכל דין ודפי מידע לעובד ולבני משפחתו, אשר מפרטים את תנאי הפוליסה החדשה. החברה המבטחת תנפיק חוברת מידע וכן תספק תרגום והסבר לכל החומרים שפורטו לעיל. החברה המבטחת תישא במלוא עלויות הפקת החוברות לרבות הפצה ודיור החוברות. במידה ויחולו שינויים בפוליסה במהלך תקופת הביטוח, תשלח החברה המבטחת חוברות חדשות ומעודכנות לכל המבוטחים ותישא בעלויות אלו בהתאם.

- טרם הפצת דפי המידע והחוברת הנ"ל על החברה המבטחת לקבל את אישור בעל הפוליסה לנוסח המסמכים.
- החברה המבטחת תקים מוקד ספציפי וייעודי שלא יחובר לנתב הכללי של החברה המבטחת, ותקצה קו ייעודי חינוך שמספרו **1-700-50-66-62** וכן שלושה (3) נציגי שירות ייעודיים, ספציפיים, קבועים ומקצועיים אשר על פי נוסח אשר יוגדר על ידי חברת טבע, יטפלו בלעדית במבוטחי בעל הפוליסה וייתנו מענה לכל פניה של המבוטחים (להלן: "מוקד טבע"). מוקד טבע יפעל בימי חול א'-ה' בין השעות 08:00-16:00 ולאחריו יופעל מוקד למקרי חירום בלבד. החברה המבטחת מתחייבת כי מוקד טבע יספק מענה מקצועי, בהיר ומהיר במיוחד לפניות המבוטחים ולדאוג שזמני ההמתנה יהיו קצרים והכול בכפוף לסעיף 5 להלן. החברה המבטחת תקצה נציג מקצועי מצוות תביעות, אשר יהיה זמין לקבל את פניותיהם הדחופות של צוות מוקד טבע וכן של נציגי המבוטחים.
- החברה המבטחת תשלח נציג להרצאות בנושא על-פי החלטת בעל הפוליסה ולפי שיקול דעתו הבלעדי, ללא קשר למחויבות בסעיף 10.2 להסכם.
- בנוסף לאמור לעיל, החברה המבטחת תדאג לשני (2) נציגים ייעודיים וקבועים בעלי סמכות לביצוע לרבות, אך לא רק, לאישור תשלומי תביעות, שישהו פעמיים בשבוע למשך 5 שעות כל פעם, באתרי בעל הפוליסה השונים על פי החלטתו של בעל הפוליסה ועל-פי שיקול דעתו הבלעדי, במועד קבוע ובתיאום מראש עם בעל הפוליסה. בימים אלה תתקיים קבלת קהל ופגישות בין נציגים אלו לבין המבוטחים, לטיפול שוטף בענייניהם של המבוטחים, לטיפול ויישוב תביעות ו/או כל עניין אחר. בנוסף תתאפשר מסירה וקבלת חומר בפגישות השבועיות באתרי בעל הפוליסה השונים על פי החלטתו של בעל הפוליסה ועל-פי שיקול דעתו הבלעדי, למי מהמבוטחים שיחפץ בכך.
- החברה המבטחת תעמיד מיוזמתה ועל חשבונה את כל הציוד והמידע הנדרש לביצוע פעולות אלה במשרדים שיוקצו ומסוף המחשב יהיה מחובר קוויית למחשביה. המסוף יאפשר הצגת מידע רפואי והדפסה מיידית של כל מידע רלוונטי. כאמור לעיל, הציוד הנדרש, התקנתו ואחזקתו יהיו על חשבון החברה המבטחת. כל פעולה שתבוצע במסוף זה, ויש צורך כי המבוטחים יעודכנו בכך, לרבות העתקים, יועבר בנוהל הרגיל למבוטחים על-ידי החברה המבטחת.

- בנוסף, על החברה המבטחת לדאוג ולהעסיק עובדים מקצועיים ומיומנים, על חשבונה, שיטפלו באופן בלעדי בחומר שמתקבל ממבוטחי בעל הפוליסה, והכל לשביעות רצון בעל הפוליסה. למען הסר ספק, על עובדים אלה לדאוג לטפל בכל התביעות לתשלום שמתקבלות מהמבוטחים, וכן עליהם להקפיד לעמוד בזמני תשלומי התביעות ומתן תשובות לשאלות, כפי שמפורט בפוליסה ובנספח זה. כמו כן, עובדים אלו יפגשו עם מבוטחי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, במשרדי החברה המבטחת, באופן שוטף ורצוף, ובתיאום מראש, בכל בקשה של המבוטחים ובני משפחותיהם, לרבות השירותים להם זכאים מכוח ההסכם, הפוליסה ונספח זה.

1. דרישות טכניות – תנאי סף

- 1.1 מערכת CRM לניהול מוקד.
- 1.2 מערכת הקלטת שיחות.
- 1.3 תוכנת ניהול מידע הכוללת את כל המידע הנדרש בהקשר לזכויות המגיעות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, הביטוחים המשלימים של קופות החולים ופוליסות הפרטיות הקיימות בשוק.
- 1.4 מחלקת back office לניהול מערך סילוק התביעות וניהול התביעות מול חוק בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, הביטוחים המשלימים של קופות החולים וחברות הביטוח.
- 1.5 המבוטחים יוכלו לפנות למוקד השירות באמצעות טלפון ייעודי (מספר חינם) פקס (מספר חינם) ודואר אלקטרוני ייעודי.

2. השירותים הנדרשים במסגרת המערך למתן מידע ומימוש זכויות – תנאי סף

- 2.1 מתן מידע מקצועי ואובייקטיבי לגבי כיסויים הקיימים במסגרת קופת החולים בה חבר המבוטח בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.
- 2.2 מתן מידע מקצועי ואובייקטיבי לגבי הכיסויים הקיימים במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) בו מבוטח בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.
- 2.3 מתן מידע לגבי הכיסויים הקיימים בפוליסה בהקשר לבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח וכן מענה על כל שאלה והבהרה בקשר לתנאי הסכם ופוליסה אלו.
- 2.4 מתן מידע והכוונה מעשית בפועל לגבי הדרך הנכונה והיעילה לניצול נכון ומרבי של הכיסויים בהסתמך על הביטוחים והכיסויים שברשות המבוטח.
- 2.5 מתן מידע כללי (הסברים ומידע בלבד) בכל הקשור למחלות, תרופות ובדיקות אשר ניתנו למבוטח על ידי רופא אשר אצלו ביקר.
- 2.6 מידע שוטף ומתן הנחיות לגבי הכנות שקיבל המבוטח לבצע לקראת ביצוע בדיקות או צילומים אשר עליו לעבור לרבות מתן הסבר על ידי רופא המוקד.
- 2.7 איסוף מידע אינטרנטי לגבי מחלות, תרופות ודרכי טיפול והעברת זה לידי המבוטח ללא נקיטת עמדה רפואית / מקצועית.
- 2.8 מתן מידע שוטף לגבי תרופות, תופעות לוואי, התוויות נגד וכדומה לרבות מתן הסבר על ידי רופא המוקד.
- 2.9 מתן מידע בנוגע להגשת חומר לביטוח הלאומי לצורך הכרה באחוזי נכות.
- 2.10 מתן מידע בנוגע להגשת תביעה למס הכנסה לצורך קבלת זיכוי מס על רקע המחלה או הניתוח.
- 2.11 מוקד טבעי יסייע למבוטחים במילוי טפסים, לרבות טפסי התביעה ובתרגום ובהסבר המונחים, לרבות המונחים הרפואיים והחברה המבטחת תעמיד לצורך זה כוח אדם מתאים,

מיומן ומקצועי במשרדיה. כמו כן, תספק החברה המבטחת לבעל הפוליסה תרגום והסבר על השאלות המופיעות בטפסים השונים, לרבות טפסי התביעות לנוחיות המבוטחים, הסבר שיסופק על-ידי החברה המבטחת למבוטחים.

2.12. החברה המבטחת, בין היתר באמצעות מוקד טבע, תסייע לבעל הפוליסה, למבוטחים ולנציגי בעל הפוליסה בכל הליך פרוצדוראלי, הסבר, טופס, הבהרות וכיו"ב בכל עניין הקשור בזכויות המבוטחים על פי הפוליסה וההסכם.

2.13. התחייבות החברה המבטחת לסיוע על פי הסכם ופוליסה אלו, הם חלק בלתי נפרד מתנאי ההסכם ומקבל הסיוע לא יחויב בכל תשלום בגין הסיוע הנ"ל.

2.14. החברה המבטחת תעמיד לרשות בעל הפוליסה את האמצעים לשם שיווק תנאי הפוליסה והשירות הניתן לה, ובכלל זה תפיק, על פי דרישת בעל הפוליסה אתר אינטרנט ו/או פעילות הסברתית אחרת, העלויות הכרוכות בפעולות אלו ו/או בהטמעת הביטוח כולל מימון חומר פרסומי ושיווקי ייקבעו בהסכמה ובכפוף לאישור המבטח.

3. מידע שוטף והסברה למבוטחים:

3.1. המבטח יממן, יפיק וידפיס, על חשבונו, חוברות הסבר מפורטת לביטוח-הבריאות על-פי ההסכם. החוברת תהיה בפורמט מהודר, ותכלול, על-פי הנחיות בעל-הפוליסה, מכתב של בעל-הפוליסה, תמצית הכיסויים בשפה פשוטה וברורה, הדרכה מפורטת מה לעשות בעת תביעה וכיו"ב, והכל בהתאם לשיקול-דעתו הבלעדי של בעל-הפוליסה. מימון חוברת ההסבר יכול עותקים לכל המבוטחים (כולל מבוטחים חדשים שיצטרפו מעת לעת), ומגנט ובו פרטים חשובים כגון מס' טלפון, כתובת למשלוח, וכדו'. החוברת תישלח למבוטחים בדואר הביתה עם תחילת הסכם זה והמבטח יעביר כמות נוספת של חוברות למרכז הרווחה של בעל הפוליסה לחלוקה בהתאם לצורך.

3.2. המבטח יממן, יפיק ויפעיל, על חשבונו, אתר אינטרנט ייעודי למבוטחים על-פי הסכם זה, המכיל את תנאי הסכם זה, פרטים ליצירת קשר, טופס הצטרפות לבני משפחה, הדרכה בנוגע להגשת תביעות, מחירים וכיו"ב, בהתאם להנחיות בעל-הפוליסה ועל-פי שיקול דעתו הבלעדי. המבטח יקפיד על עדכון אתר האינטרנט בהתאם לשינויים החלים בפוליסה ו/או בהסכם.

3.3. במהלך ארבעת החודשים מתחילת תוקפו של ההסכם, המבטח יממן ויקיים, על חשבונו, כנסי הסברה למבוטחים (בהם תוסבר מהות התוכנית, יתרונותיה, מחירה, אופן ההצטרפות, נוהל תביעות וכיו"ב), באתרים שונים של בעל-הפוליסה, בהתאם להנחיות בעל-הפוליסה, ועל-פי שיקול דעתו הבלעדי.

3.4. בנוסף, בהתאם להנחיות בעל-הפוליסה ועל-פי שיקול דעתו הבלעדי, יממן המבטח ויקיים כנסי הסברה למבוטחים חדשים, לפחות אחת לרבעון, במשך כל תקופת תוקפו של ההסכם.

4. שירות למבוטחים שסיימו עבודתם אצל בעל הפוליסה ובני משפחתם אשר היו מבוטחים עמם:

4.1. במהלך 90 הימים שלאחר הפסקת עבודתו של המבוטח אצל בעל-הפוליסה, יצור המבטח קשר עם המבוטח ויציע לו ולבני-משפחתו להמשיך את הביטוח בהתאם לאמור בסעיף 40 לפרק ההגדרות בפוליסה. מבוטח הפורש לגמלאות יוכל להמשיך את הביטוח במסגרת פוליסת טבע פורשים.

4.2. אם דחה המבוטח את פניית המבטח כאמור בסעיף זה, יתעד זאת המבטח בכתב, כולל אך לא רק, את תאריך הפניה ושעת הפניה, שם נציג החברה הפונה, אופן הפניה (מכתב, פקס, טלפון) וסיבת הדחייה (אם צוינה). תיעוד כאמור יישמר לתקופה של שבע (7) שנים ולבקשת בעל-הפוליסה יועמד לרשותו.

5. בקרה ושירות לבעל הפוליסה:

5.1. המבטח יעמיד לרשות בעל-הפוליסה איש קשר ראשי ובכיר ואיש קשר בכיר לגיבוי, שיהיו בעלי ידע מקצועי וניסיון נרחב בתחום ביטוחי-הבריאות ונוהלי החברה המבטחת, ויהיו בקיאים היטב בפרטי ההסכם (להלן, ביחד ולחוד: "אנשי-הקשר").

5.2. במקרים דחופים אנשי-הקשר יהיו זמינים עבור נציג בעל-הפוליסה 24 שעות ביממה, 365 ימים בשנה.

5.3. אנשי-הקשר ישיבו לפניות נציג בעל-הפוליסה באופן מיידי ולא יאחר משעה אחת מעת שקיבלו פניה מנציג בעל-הפוליסה ככל שהדבר יתאפשר.

5.4. אנשי-הקשר יעמידו לרשות נציג בעל-הפוליסה את מספר הטלפון הישיר שלהם בעבודה, מספר הטלפון הנייד הישיר, כתובת הדואר

5.5. מענה של אנשי-הקשר לפנייה של נציג בעל-הפוליסה ייעשה באופן בו נעשתה הפניה (כלומר, פניה בדואר-אלקטרוני תיענה בדואר-אלקטרוני, פניה בפקס תיענה בפקס ופניה בטלפון תיענה בטלפון), אלא אם נסיבות העניין ו/או בקשת נציג בעל-הפוליסה מחייבות מענה שונה.

5.6. לבקשת נציג בעל-הפוליסה, יספקו אנשי-הקשר גם תשובה בכתב, בהתאם לנאמר בשיחת טלפון.

5.7. אנשי-הקשר יודיעו מראש לנציג בעל-הפוליסה על היעדרות זמנית מהעבודה, ידאגו למנות אדם מתאים במקומם ויודיעו על כך לנציג בעל-הפוליסה, תוך מסירת מלוא פרטי ההתקשרות הישירים של המחליף.

5.8. לנציג בעל-הפוליסה הזכות להורות למבטח להחליף את אנשי-הקשר, על-פי שיקול דעתו הבלעדי.

5.9. המבטח יבצע גיבוי רציף של המידע, לפי הסטנדרטים גבוהים ביותר. בעל-הפוליסה יהא רשאי לדרוש עמידה בסטנדרטים מיוחדים, כפי שיוגדרו על-ידו מעת לעת.

5.10. כחלק מהשירותים הרגילים הניתנים על-פי הסכם זה ובנוסף להם, בעל-הפוליסה יהא זכאי לקבל מהמבטח את המידע – כולו או מקצתו, על-פי שיקול-דעתו הבלעדי של בעל-הפוליסה – בין היתר באמצעות דו"חות.

5.11. בעל-הפוליסה יהא זכאי להגדיר את מועדי ותדירות דו"חות המידע, סוגי המידע, פילוח התפוצה ונמעני הדו"חות, והכל לפי שיקול דעתו הבלעדי.

5.12. הדו"חות והמידע יסופקו לבעל-הפוליסה בפורמט כפי בחירתו של בעל-הפוליסה – עותק מקורי, נייר, קובץ, דיסקט, תקשורת מחשבים, דואר אלקטרוני (כולל הצפנה, כפי שיידרש על-ידי בעל-הפוליסה מעת לעת) וכיו"ב.

5.13. בעל-הפוליסה יהא רשאי, מזמן לזמן, לשנות את הדו"חות בהתאם לכל אחד מהפרמטרים שצוינו לעיל.

5.14. הדו"חות יימסרו לבעל-הפוליסה בתוך הזמן הסביר הקצר ביותר הנדרש להפקתם.

5.15. בין היתר יועברו מידי חודש לבעל הפוליסה הדוחות הבאים:

- 5.15.1. דו"ח של כלל המבוטחים – יישלח עד 5 ימי עסקים בתחילת כל חודש לאחר קבלת אישור קליטה על ידי טבע.
- 5.15.2. דו"ח שגויים – יישלח עד 5 ימי עסקים בתחילת כל חודש לאחר קבלת אישור קליטה על ידי טבע.
- 5.15.3. דו"ח עדכוני מבוטחים - יישלח עד 5 ימי עסקים בתחילת כל חודש לאחר קבלת אישור קליטה על ידי טבע.

5.16. אנשי-הקשר יתאמו – ביוזמתם, לפחות אחת לשישה חודשים – פגישה עם נציג בעל-הפוליסה, על מנת לקיים מעקב אחר הנושאים השוטפים, להעלות ולפתור בעיות הקשורות להסכם זה ולהציע דרכי התייעלות בשירות.

6. תהליך חיתום:

6.1. משקיבל המבטח הצהרת-בריאות שאינה שלמה ו/או טעונה תיקון כלשהו, יודיע על כך לעובד ו/או לבן-המשפחה (לפי העניין) בתוך ארבעה עשר (14) ימי עסקים –במכתב בדואר ו/או בשיחת טלפון ו/או בהודעת SMS – ויפרט את הטעון השלמה.

6.2. לא השלים העובד ו/או בן-המשפחה את הטעון השלמה ו/או תיקון בתוך 14 יום, יפנה אליו המבטח שוב במכתב בדואר, בטלפון ובהודעה SMS. משחלפו עוד 14 יום ולא הושלם הדרוש, יפנה אליו המבטח שוב במכתב, בטלפון ובהודעת SMS בדואר להשלמת הפרטים.

7. השירותים הנדרשים במסגרת מערך ניהול הפוליסה – תנאי סף

- 7.1. הפקת פוליסות בתחילת הביטוח יעשו על ידי החברה המבטחת (חברת הביטוח).
- 7.2. הפקת אישורי ביטוח שהמבוטח עשוי להזדקק להם.
- 7.3. שינוי כתובת מבוטח.
- 7.4. עדכון פרטי הגביה או אופן הגביה של המבוטח.
- 7.5. טיפול ובירור בבעיות גביה ותשלומים.
- 7.6. עדכון מספר המבוטחים בפוליסה (במקרה של הולדת ילד, פטירה חו"ח וכו').

8. השירותים הנדרשים במסגרת המערך לסילוק תביעות יעיל – תנאי סף

- 8.1. מוקד טבע יקבל את מסמכי התביעה הנדרשים לסילוק התביעה ויאשר למבוטח את קבלתם בדואר בפקס או באי-מייל כפי שסוכם בין המבוטח למוקד טבע.
- 8.2. מוקד טבע יבחן את החומר הרפואי על פי הנחיות החברה המבטחת (חברת הביטוח) ותנאי הפוליסה. מוקד טבע מתחייב כי משך הבחינה לא יעלה על 7 ימי עבודה ממועד קבלת מסמכי התביעה שנדרשו מהמבוטח.
- 8.3. אם יידרש ניהול תביעה משולב עם קופת החולים בה חבר המבוטח, או הביטוח המשלים או חברת ביטוח אחרת, יפעל מוקד טבע מול הגורם המבטח הנוסף על מנת לסלק את התביעה במשותף.
- 8.4. לצורך ניהול התביעה משולב יחתום המבוטח על ייפוי כוח לטובת החברה המבטחת המסמיך אותה לפעול בשמו מול כל מבטח נוסף לרבות (אך לא רק) קופת חולים, כמו כן במידת הצורך, ועל פי החלטת המבוטח, ייפגש נציג מוקד טבע עם המבוטח במשרדי החברה המבטחת, יסביר לו על ייפוי הכוח ויסייע לו במילוי הטופס.
- 8.5. בזמן תביעת ניתוח בארץ יצורפו מסמכים המבהירים את אופן חישוב סכום ההחזר, בצירוף כל הסכומים הרלוונטיים.
- 8.6. עם סיום הליך בחינת הזכאות והתיאומים לגבי החזרי תשלום, מול המבטח הנוסף ו/או קופת החולים, ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח, ישלח מוקד טבע המחאה למבוטח על פי הפרטים שנמסרו למוקד טבע על ידי המבוטח. החברה המבטחת ומוקד טבע מתחייבים כי תשלום התביעה יעשה תוך תקופה שלא תעלה על ארבעה עשר (14) ימי עבודה ממועד סיום הליך בדיקת הזכאות כאמור לעיל. המבוטח יחתום על ייפוי כוח לטובת החברה המבטחת מול השב"ן.
- 8.7. עם סיום הליך בחינת הזכאות והתיאומים מול החברה המבטחת הנוספת ו/או מול קופת חולים, לגבי שליחת כתב התחייבות לקבלת טיפול רפואי, ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת הטיפול, ישלח מוקד טבע טופס התחייבות למבוטח או לספק השירות על פי הפרטים שנמסרו למוקד טבע על ידי המבוטח. החברה המבטחת מתחייבת כי כתב ההתחייבות שלה יכלול את כל הזכאויות הרלוונטיות למקרה הנדון על פי תנאי הפוליסה. המבטח ישלח התחייבות כספית לתשלום תגמולי הביטוח על פי דרישת ספק השירות לא יאוחר מארבעה עשר (14) ימי עבודה מקבלת דרישת ספק השירות ו/או המבטח והמצאת כל המסמכים הנדרשים, למעט במקרים דחופים בהם תשלום ההתחייבות הכספית מיד על פי דרישת ספק השירות. במקרים בהם ספק השרות אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יהיה המבוטח

- זכאי לקבל מהמבטח כיסוי כספי כנדרש על ידי ספק השרות, לרבות העברה כספית ישירה לספק השרות בכפוף להסכמת ספק השרות.
- 8.8. במידה והמבטח ימצא לא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח, ישלח מוקד טבע מכתב סירוב מנומק המסביר למבטח מדוע לא נענתה בקשתו לתשלום תגמולי הביטוח, כמו כן במידת הצורך, ועל פי החלטת המבטח, ייפגש נציג מוקד טבע עם המבטח במשרדי החברה המבטחת, ויסביר לו את סיבת הדחייה.
- 8.9. עם סיום הטיפול, ובאותם מקרים בהם לא הצליח מוקד טבע להביא לסילוק משותף של התביעה מול מבטח נוסף לרבות קופת חולים או ביטוח משלים, החברה המבטחת תשלם והחברה המבטחת ומוקד טבע יפעלו לשיבוב/החזר מול החברה המבטחת הנוספת והשבת כל הכספים המגיעים למבטח על פי הכיסוי שבידו.
- 8.10. נפטר מבטח חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר הגיעו למבטח ולא שולמו לו או בעבורו לפני מועד הפטירה למי אשר התחייבה לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לתשלום לאחר ביצוע התשלום לפי ההתחייבות האמורה, תשלם החברה המבטחת את היתרה לעיזבון של המבטח או ליורשיו הנקובים בעותק צו קיום צוואה או בצו ירושה אשר יומצא לה על ידי העיזבון.
- 8.11. במידה ונמסרה למבטח תשובה בקשר לזכאות ו/או לכיסוי שלא קיים בפוליסה ו/או לא קיים ברובד בו הוא מבטח, התביעה תאושר ותשולם.
- 8.12. תביעה שאושרה טלפונית, תשולם (גם במידה ואושרה בניגוד לתנאי הפוליסה).
- 8.13. המבטח יוכל להגיע למשרדי החברה המבטחת ולהאזין להקלטת השיחות עמו. היועץ יוכל להאזין להקלטת שיחות בשיחת טלפון עם נציג החברה המבטחת.

9. אמנת שירות – SLA

- 9.1. מוקד טבע מתחייב לענות לטלפון מוקדם ככל האפשר, כאשר לפחות 80 אחוז מהשיחות יענו תוך 30 שניות ובכל מקרה בתוך לא יותר מ-40 שניות. – פניה בכתב (דוא"ל / פקס) תיענה תוך יום עסקים אחד. עניינים דחופים ייענו במהירות המרבית.
- 9.2. מענה לפנייה של מבטח ייעשה באופן בו נעשתה הפניה (כלומר פניה בדואר אלקטרוני תיענה בדואר אלקטרוני, פניה בפקס תיענה בפקס ופניה בטלפון תיענה בטלפון) אלא אם נסיבות העניין ו/או בקשת המבטח מחייבות מענה שונה.
- 9.3. לבקשת מבטח, יספק מוקד טבע גם תשובה בכתב, בהתאם לנאמר בשיחת טלפון.
- 9.4. זיהוי מבטח ייעשה באמצעות מספר תעודת זהות.
- 9.5. המבטח יעשה מאמץ שמוקד השרות יכיל לפחות דובר רוסית אחד ודובר אנגלית אחד במהלך שעות העבודה (קרי ימים א-ה בין השעות 08:00 – 16:00).
- 9.6. המבטח ומוקד טבע יעשו מאמץ סביר – מבלי לפגוע באיכות ובמהירות השירות – שנציג שהחל לטפל בפניה מסוימת של מבטח יהא זה שיסיים את הטיפול בפניה זו וישב למבטח, אלא אם ביקש המבטח אחרת.
- 9.7. מוקד טבע מתחייב כי במקרים בהם יהיה קיים עומס פונים למוקד, ייקח נציג השירות מהמבטח המתקשר את פרטיו וכן את השעה הנוחה מבחינתו שיחזרו אליו, ויחזור אליו בשעה שנקבעה עמו כאמור, וזאת, תוך שלוש (3) שעות ממועד הפניה הראשונה. במקרה של עומס, החזרה ללקוח תהיה תוך יום עסקים אחד.
- 9.8. מוקד טבע מתחייב כי בכל מקרה, משך הטיפול בבעיה בגינה פנה המבטח למוקד טבע לא יעלה על 7 ימים ככל שהדבר יתאפשר בנסיבות המקרה.

- 9.9. ממוקד טבע מתחייב לסיים בחינת כל חומר רפואי על פי תנאי הפוליסה, תוך זמן שלא יעלה על 7 ימי עבודה ממועד קבלת מסמכי התביעה שנדרשו מהמבוטח ובמידה ונדרשת השלמת מסמכים מהמבוטח, ההודעה תישלח ו/או תימסר למבוטח לא יאוחר מתום ארבעים ושמונה (48) שעות נוספות.
- 9.10. הגיש המבוטח את כל המסמכים הדרושים, בהתאם לדרישת המבטח, ייתן המבטח את החלטתו בתוך שבעה (7) ימי עבודה, או במועד מוקדם מכך, היה ומצבו של המבוטח מחייב זאת. באישור התביעה יפורטו תגמולי הביטוח המקסימליים ואם יש למבוטח אפשרויות בחירה בגין מקרה הביטוח, יציגו אפשרויות אלו במלואן.
- 9.11. לרשות בעל הפוליסה יהיה פקס / מייל חם, אשר יגיע ישירות לאגף התביעות ויטופל במידת הצורך באופן דחוף עוד באותו היום. מספר הפקס יימסר למנהלי משאבי אנוש, בהתאם להנחייתו של בעל הפוליסה, לצורך תביעות דחופות הדורשות טיפול מיידי.
- 9.12. מוקד טבע מתחייב להתעדכן באופן שוטף לגבי שינויים ועדכונים החלים בסל הבריאות, בהוראות והנחיות משרד הבריאות, בביטוחים המשלימים של קופות החולים, ובחברות הביטוח ולעדכן את הנחיותיו, את הנוהליים על פיהם הוא פועל, את מערכות המחשב התומכות, ואת הצוותים על בסיס שינויים אילו.
- 9.13. החברה המבטחת מתחייבת כי עם סיום הליך בחינת הזכאות, על-פי סעיף 8.4 לעיל, ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח, תשלח המחאה / הפקדה בנקאית למבוטח עפ"י הפרטים שנמסרו למוקד טבע על ידי המבוטח תוך תקופה שלא תעלה על ארבעה עשר (14) ימי עבודה.
- 9.14. המבטח יתעד ויגבה כל שיחת טלפון, פקס ותכתובת דואר אלקטרוני עם מבוטח ומי מטעמו, כך שיהיו זמינים לצורך בירור מחלוקות ולכל צורך אחר.
- 9.15. החברה המבטחת לא תענה למבוטח כי הוא אינו מבוטח מבלי לבדוק עם מחלקת השכר של בעל הפוליסה.

מוקד עובדי טבע עומד לרשותך בטלפון 1-700-50-66-62
פקס 076-8869918 כתובת מייל Tviotbriteva@migdal.co.il

לפניות בכתב:

מגדל חברה לביטוח בע"מ, מחלקת תביעות בריאות,
רח' היצירה 2 קריית אריה פתח תקווה ת.ד. 3063 מיקוד 4951106.
