

ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי ארגון אזרחים עובדי צה"ל ובני משפחותיהם



ארגון עובדי צה"ל
מקצוענים בשירות הצבאי



עובדות ועובדים יקרים,

עובדי צה"ל מתאפיינים במומחיות מקצועית, היותם מוקד ידע ובניסיון שצברו במהלך שנות העסקתם בעיסוקים עליהם הם מופקדים.

כיום מועסקים בצה"ל אלפי עובדים כאשר כמחציתם בתפקידי אחזקה בדרג הגבוה והיתרה במגוון רחב של תפקידי ניהול, מחשוב, הנדסה רפואה וכדומה.

ארגון עובדי צה"ל הנו הארגון היציג של העובדים. ייעודו העיקרי, שמירה על זכויות ותנאי העסקתם של העובדים – תחומי איגוד מקצועי וטיפול תרבות פנאי ורווחה בסטנדרטים גבוהים.

בהתאם להסכמי העבודה מול מערכת הביטחון, ארגון עובדי צה"ל אמון על מתן שירותי התרבות והרווחה ולפיכך, גיבשנו תפיסת הפעלה לפיה אנו מלווים את העובדים ובני משפחותיהם בכל שלב מכריע במחזור החיים המשפחתי החל משלב הקליטה, ועד שלב הפרישה.

הארגון מעניק מגוון רחב של שירותי רווחה וביניהם מגוון ביטוחים ועוד. הארגון שם לעצמו למטרה, לאפשר מתן שירותים ברמה הגבוהה ביותר שהולמת את מעמדם ולהוקיר תודה על תרומת העובדים לביטחון המדינה.

לאחרונה נחתם הסכם למול חברת מגדל בתחום ביטוח הבריאות תוך שמירה על כיסוי התאונות האישיות ובחברת זו תמצאו את כל הפרטים לגבי כיסויי הפוליסה, עלויות, אופן הצטרפות, פרטי קשר ועוד.

שלכם,

מאיר בן הרוש
יו"ר ארגון עובדי צה"ל



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

מוקד יעודי למבוטחים 1-800-077-183 | פקס 076-8869008 | מייל Tviottzhal@migdal.co.il
ניתן להגיש תביעה באופן דיגיטלי דרך אתר האינטרנט של מגדל www.migdal.co.il או באמצעות האפליקציה

תמצית תנאי ביטוח בריאות קבוצתי לארגון אזרחים עובדי צה"ל
חבילת כיסויים - גילוי נאות

לוח 1 – תמצית פרטי הפוליסה

שם הביטוח	תמצית פרטי הפוליסה
סוג ביטוח	ביטוח בריאות הכולל כיסוי השתלות בישראל ובחו"ל, טיפולים וניתוחים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים בחו"ל, תרופות שלא כלולות בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, אפשרות לכיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ משלים שב"ן (או מה"שקל הראשון), שירותים אמבולטוריים, אבחון רפואי מהיר, חוות דעת נוספת בחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל, רפואה משלימה, פרוצדורות רפואיות, טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.
תקופת ביטוח	לתקופה החל מה- 01.04.2022 עד 31.03.2027
תיאור הביטוח	חבילה הכוללת כיסויים כדלהלן: <u>רובד בסיס</u> פרק א'1 – השתלות בישראל או בחו"ל. פרק א'2 - טיפולים וניתוחים מיוחדים בחו"ל. פרק א'3 - ניתוחים בחו"ל. פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית . <u>רובד מורחב</u> פרק ג' 2 - אפשרות לרכישת רובד משלים לתכנית השב"ן, הלוקח בחשבון את מימון ההשתתפות של קופת החולים בהוצאות ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל בהתאם לתכנית השב"ן בה חבר המבוטח. הכיסוי ניתן עבור הוצאות המוכרות בעת ביצוע ניתוחים ע"י נותן שירות שבהסכם עם החברה. או פרק ג' 1 – אפשרות לרכישת כיסוי מה'שקל הראשון' לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל. הכיסוי ניתן עבור הוצאות המוכרות בעת ביצוע ניתוחים ע"י נותן שירות שבהסכם עם החברה. <u>פרק ד' - שירותים אמבולטוריים:</u> התייעצות עם רופא מומחה, בדיקות רפואיות אבחנתיות, שירות תור מהיר, בדיקות סקר ורפואה מונעת, בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון, טיפולים פיזיותרפיים/הידרותפיים/ריפוי בעיסוק/טיפול שיקומי אחר, אחות פרטית, פיצוי בגין אשפוז בבית חולים שלא לצורך ניתוח, טיפולים וייעוץ אונקולוגיים, טיפולי ושירותי הפריה, בדיקות היריון, ביצוע בדיקה

<p>לאבחון גנטי טרום לידתי, מעקב הריון, שמירת הריון באישפוז, הפסקת הריון באמצעות גלולת מייגיפין, השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים, פיצוי בגין היעדרות מלימודים, בעיות הרטבה לילדים, אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה, טיפול בבעיות התפתחות בילדים, שיקום הדיבור ו/או הראיה למבוטח לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב-amblyopia, זריקות לצורך רפואי, שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי בישראל, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, טיפולים משקמים, ימי החלמה, טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים, טיפול בתא לחץ, טיפולים בכאב, יעוץ פסיכולוגי, מנוי למשדר קרדיולוגי, ניתוחי חניכיים וטיפול שיניים כירורגיים, סיוע וטיפול לאחר ניתוח, שיפוי שב"ן.</p> <p>פרק ה' - שירות אבחון מהיר.</p> <p>פרק ו' - חוות דעת נוספת בחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל.</p> <p>פרק ז' - רפואה משלימה .</p> <p>פרק ח' - פרוצדורות רפואיות.</p> <p>פרק ט' - טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.</p>																
<p>סעיף 4 לפרקים א' 1-3 לפוליסה. סעיף 3 לפרק ב' לפוליסה. סעיף 5 לפרק ג' לפוליסה. סעיף 5 לפרק ג' לפוליסה. שירות אבחון מהיר סעיף 3.1.2.8 וסעיף 5.</p>	<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים</p>															
<p>אין תקופת אכשרה</p>	<p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)*</p>															
<p>חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים.</p>	<p>האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים</p>															
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="167 1332 391 1556">פרמיה לגמלאי/ית עד גיל 67 / בן/ת הזוג עד גיל 67</th> <th data-bbox="391 1332 566 1556">פרמיה לילד / נכד עד גיל 30</th> <th data-bbox="566 1332 758 1556">פרמיה לבן/ת זוג / ילד בוגר מעל גיל 30</th> <th data-bbox="758 1332 949 1556">פרמיה לעובד/ת (במימון הארגון)</th> <th data-bbox="949 1332 1157 1556"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="167 1556 391 1780">40.92 ₪</td> <td data-bbox="391 1556 566 1780">6.14 ₪</td> <td data-bbox="566 1556 758 1780">26.6 ₪</td> <td data-bbox="758 1556 949 1780">20.3 ₪ במימון הארגון ללא גילום מס</td> <td data-bbox="949 1556 1157 1780">רובד בסיס פרקים א'-ב'</td> </tr> <tr> <td data-bbox="167 1780 391 1995">92.06 ₪</td> <td data-bbox="391 1780 566 1995">16.37 ₪</td> <td data-bbox="566 1780 758 1995">52.17 ₪</td> <td data-bbox="758 1780 949 1995">58.3 במימון חלקי בגובה 22 ₪ של הארגון</td> <td data-bbox="949 1780 1157 1995">רובד מורחב משלים לשב"ן פרקים ג'-ט' - מקביל</td> </tr> </tbody> </table>	פרמיה לגמלאי/ית עד גיל 67 / בן/ת הזוג עד גיל 67	פרמיה לילד / נכד עד גיל 30	פרמיה לבן/ת זוג / ילד בוגר מעל גיל 30	פרמיה לעובד/ת (במימון הארגון)		40.92 ₪	6.14 ₪	26.6 ₪	20.3 ₪ במימון הארגון ללא גילום מס	רובד בסיס פרקים א'-ב'	92.06 ₪	16.37 ₪	52.17 ₪	58.3 במימון חלקי בגובה 22 ₪ של הארגון	רובד מורחב משלים לשב"ן פרקים ג'-ט' - מקביל	<p>עלות הביטוח</p>
פרמיה לגמלאי/ית עד גיל 67 / בן/ת הזוג עד גיל 67	פרמיה לילד / נכד עד גיל 30	פרמיה לבן/ת זוג / ילד בוגר מעל גיל 30	פרמיה לעובד/ת (במימון הארגון)													
40.92 ₪	6.14 ₪	26.6 ₪	20.3 ₪ במימון הארגון ללא גילום מס	רובד בסיס פרקים א'-ב'												
92.06 ₪	16.37 ₪	52.17 ₪	58.3 במימון חלקי בגובה 22 ₪ של הארגון	רובד מורחב משלים לשב"ן פרקים ג'-ט' - מקביל												

				לפוליסה הקודמת המחייב מיצוי שב"ן
ביטוח בריאות לעובדים רובד מורחב מהשקל הראשון פרקים ג'-ט' – מסלול חדש שלא היה בפוליסה הקודמת שאינו מחייב מיצוי שב"ן, רק למי שיבחר להצטרף למסלול זה				
פרמיה לעובדת/ת	פרמיה לבן/ת זוג / ילד בוגר מעל גיל 30	פרמיה לילד / נכד עד גיל 30	פרמיה לגמלאי/ית עד גיל 67 / בן/ת זוג של גמלאי עד גיל 67	
132.9	132.9 ₪	29.29 ₪	250.28 ₪	
גמלאי מעל גיל 67	רובד בסיס פרקים א'-ב'	רובד מורחב א' ללא פרק ג' 2 ניתוחים בישראל משלים לשב"ן	רובד מורחב ב' כולל פרק ג' 2 ניתוחים בישראל - מסלול מקביל למסלול בפוליסה הקודמת המחייב מיצוי שב"ן	
67-70	65.25 ₪	35.29 ₪	183.54 ₪	
71-75	74.45 ₪	41.53 ₪	217.05 ₪	
76-80	83.34 ₪	48.79 ₪	260.50 ₪	
81-85	78.82 ₪	58.3 ₪	270.66 ₪	
+86	73.86 ₪	70.37 ₪	257.82 ₪	
ביטוח בריאות לגמלאים רובד מורחב מהשקל הראשון פרקים ג'-ט' – מסלול חדש שלא היה בפוליסה הקודמת שאינו מחייב מיצוי שב"ן, רק למי שיבחר להצטרף למסלול זה				
גמלאי מעל גיל 67	רובד מורחב ב' כולל פרק ג' 1 ניתוחים בישראל מהשקל הראשון			
67-70	315.10 ₪			
71-75	325.53 ₪			
76-80	329.70 ₪			
81-85	329.70 ₪			
+86	329.70 ₪			

ילד- עד גיל 30. ילד שלישי ואילך- חינם. הפרמיות הנ"ל צמודות למדד הידוע ב - 15 לדצמבר 2021. 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 1.1 בפרק א'1 לתנאי התכנית.	החברה המבטחת תשפה את המבוטח על תשלומיו בגין השתלה בסכום ביטוח בלתי מוגבל בגין סעיפים 1.3.1-1.3.14 במקרה שמבוצעים במרכזים שהינם בהסדר עם החברה המבטחת ואילו השתלה במרכזים שאינם בהסדר יוגבל סכום הביטוח ל- 6,500,000 ₪	אין
הוצאות רפואיות והוצאות נלוות בעת ביצוע השתלה	<ul style="list-style-type: none"> הערכה רפואית של המבוטח (כולל טיסות לחו"ל). טיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח בתקופות המתנה בחו"ל לפני ביצוע ההשתלה תשלום עבור אשפוז בחו"ל לרבות, אך לא רק, אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום לרבות, אך לא רק, כל ההוצאות הכרוכות בטיפול הרפואי, באשפוז, בדיקות, שירותי מעבדה תרופות ובטיפולים להם נזקק המבוטח, אביזרים מושתלים, אביזרים רפואיים, טיפולי שיקום והשגחה, לרבות הוצאות בגין טיפולים רפואיים נדרשים לפני אשפוז, בתקופת המתנה להשתלה, במהלך האשפוז 	בגין ההוצאות הממשיות ששולמו כמפורט סעיף 1.3.1 ועד 1.3.14 לפרק א'1.	אין

		<p>ולאחר ההשתלה.</p> <ul style="list-style-type: none"> • תשלום עבור ההוצאות להשגת האיבר להשתלה, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה ו/או לביצוע פעולות אחרות הנדרשות לשם השגת האיבר. • כיסוי לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם. • תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח, ומלווה במלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל. כולל הוצאות העברה יבשתית משדה התעופה לבית החולים ובחזרה. • למבוטח הוא ילד עד גיל 21 תכסה החברה המבטחת הוצאות טיסה ושהיה של שני מלווים. • תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים. כולל ליווי רופא מלווה. • תשלום עבור הוצאות שהייה, לרבות מגורים וכלכלה, בהיותם בהמתנה לביצוע ההשתלה, במהלך האשפוז ולאחר השחרור מבית החולים של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל, במידה והמושתל הינו ילד עד גיל 21, יהיה התשלום עבור 	
--	--	---	--

		<p>שני מלווים</p> <ul style="list-style-type: none"> • תשלום עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה, בארץ או בחו"ל. • תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל • תשלום לכיסוי הוצאות חיפוש אחר תורם להשתלת מח עצמות בסך 500,000 ₪. • הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל לביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בישראל, • הוצאות רפואיות נלוות וכל הוצאה אחרת שנדרש מהמבוטח להוציא בחו"ל או בארץ עפ"י הוראה רפואית • שירותי שיקום וסיוע ושירותים רפואיים לאחר ההשתלה 	
אין	7,200 ₪ לחודש למשך תקופה של 24 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה.	במקרה של ביצוע השתלה יהיה זכאי המבוטח לגמלה חודשית	גמלת החלמה לאחר השתלה
אין	שיפוי של עד 7,200 ₪ לחודש בגין פגיעה בהשתכרותו, למשך תקופה מרבית בת 24 חודשים מיום מתן התרומה. בנוסף שיפוי עבור הוצאות בגין שירותים רפואיים הנדרשים לאחר מתן תרומת האיבר וכתוצאה ישירה ממנה, עד לסכום של 123,000 ₪ וזאת מעבר ובנוסף לזכאותו על פי כל פרק בו הוא מבוטח בפוליסה זו.	תרם המבוטח בתקופת הביטוח איבר מגופו לצורך ביצוע השתלה	הוצאות בגין תרומת איבר
אין	360,000 ₪ יש להגיש את התביעה בטרם ביצוע ההשתלה	פיצוי חד פעמי לפני ביצוע השתלה סעיף 1.4	השתלות מסלול 2 פיצוי

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
טיפולים ניתוחים 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 1,024,000 ₪. כמפורט בסעיף 2.2 לפרק א'2 . גין תשלומים ששולמו בארץ תינתן תוספת של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי לטיפול מיוחד.	אין
	תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל. תשלום עבור טיפולי המשך בחו"ל הנובעים מביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.	החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין תשלומיו בגין הוצאות כמפורט בסעיף 2.3.3 2.3.4 לפרק א'2 .	אין
הוצאות נלוות לטיפול ניסיוני בחו"ל	עלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן	עד סכום של 100,000 ₪ .	אין
	הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה עד לכפל הסכום.	עד לסכום של 40,000 ₪ למבוטח ומלווה אחד ועד 60,000 ₪ לשני מלווים	
	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר	עד לסכום של 100,000 ₪ .	

		מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה	
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 אחרת במהלך האשפוז וכן כל הוצאה המפורטת בפוליסה.	בגין ניתוחים בחו"ל, תהיה תקרת השיפוי מלאה עבור ניתוחים שתואמו מול החברה במרכזים שבהסכם. בגין ניתוחים בחו"ל שלא תואמו עם החברה המבטחת, סכום השיפוי יהיה עד לתקרה של 200% מעלות הניתוח בארץ. 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	כמפורט בסעיפים 3.5-3.7 לפרק א'3 ועד הסכומים הנקובים בצד כל הוצאה.	אין
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
תרופות שלא בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית	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 LABEL או תכשיר מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים	סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה עד 3,000,000 ₪ לסך כל מקרי הביטוח על פי פרק זה. לגבי תרופות המכוסות על פי סעיף 2 ד' בפוליסה, סכום הביטוח יעמוד על 1,000,000 ₪. לגבי תרופות המכוסות על פי סעיף 2 ח' לעיל, בפוליסה סכום הביטוח יעמוד על 1,000,000 ₪. סעיף ט' קנאביס רפואי עד 1,000 ₪ בחודש ועד סך 20,000 ₪ לתקופת של שנתיים . טיפול בטכנולוגיית CAR T –	150 ₪ לחודש ולא יותר מסכום השיפוי המרבי, אך לכל היותר בעבור 2 מרשמים שונים בהם משתמש המבוטח באותו מועד, בגין תרופות לטיפול במחלת הסרטן ותרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש לא תחול השתתפות עצמית. בגין קנאביס רפואי תחול השתתפות

<p>עצמית של 150 ₪ לחודש 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.</p>	<p>החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל וזאת עד 300,000 ₪. סכום השיפוי בגין פרק ב' זה יהא לתקופה של שנתיים, סכום זה יתחדש בגין כלל המבוטחים לשנתיים נוספות.</p>	<p>שהצורך בהם הומלץ בשילוב טיפול תרופתי ע"י רופא מומחה לטיפול במחלה של המבוטח, או טיפול תרופתי בתרופה לטיפול IND כהגדרתן בנספח זה. בנוסף יכוסו תרופות בהתאמה אישית כהגדרתן בסעיף ד' לפרק ב' לפוליסה. קנאביס רפואי למחלת הסרטן.</p>	
<p>אין</p>	<p>שירות נלווה – עד 5,500 ₪ לכל סדרת טיפולים, סעיף 2.4 לפרק ב'.</p>	<p>שיפוי להוצאות לרכישת שירות ו/או טיפול רפואי המתחייב לצורך נטילת תרופה. סעיף 2.4.</p>	<p>השירות הנלווה לתרופה</p>
<p>בכפוף להשתתפות עצמית של 20%</p>	<p>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 ₪.</p>	<p>כיסוי לכל הבדיקות המבוצעות במעבדה</p>	<p>בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן ו/או למחלות אחרות לרבות, אך לא רק, בדיקות פרמקוגנטיקה ובדיקות לאיתור גידולים</p>
<p>בכפוף להשתתפות עצמית של 20%</p>	<p>עד 100,000 ₪ עבור כל הטיפולים הרפואיים כאמור, אחר שמיצה את כל זכויותיו במסגרת תוכנית השב"ן המוכרת.</p>	<p>ביצוע בדיקה או טיפול רפואי בבית חולים ציבורי, שאינם כלולים בסל הבריאות הממלכתי ובתוכנית השב"ן המוכרת.</p>	<p>טיפולים שאינם מכוסים בסל הבריאות ובשב"ן</p>
<p>בכפוף להשתתפות עצמית בסך 500 ₪.</p>	<p>המבטח ישלם ישירות לספק השרות או ישפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל כנגד קבלות וזאת עד לסך של 10,000 ₪</p>	<p>ייעוץ וליווי רפואי על ידי רופאים מומחים</p>	<p>שרות של ייעוץ וליווי רפואי על ידי רופאים מומחים - Case management</p>

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.	התייעצויות – המבוטח זכאי להחזר מעבר לזכויות במסגרת השב"ן ועד 1,508 ₪ . לא ינתן כיסוי להוצאות עבור ניתוח שבוצע אצל ספק שירות שלא בהסכם עם המבטח.	אין
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".	אין	אין
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול מהשקל הראשון ניתוחים יכוסו בתנאי שנבחר מנתח ובית חולים שבהסדר עם חברת הביטוח ובטרם ביצוע הניתוח – למי שבחר להרחיב לפי מסלול זה	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 4 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 . לא ינתן כיסוי להוצאות עבור ניתוח שבוצע אצל ספק שירות שלא בהסכם עם המבטח ולא ינתן החזר בגין ניתוח.	אין
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
אמבולטורי	התייעצות עם רופא מומחה	4 בשנה עד סך של 1,000 ₪ לכל יעוץ.	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%
	בדיקות רפואיות אבחנתיות	ללא תקרה	ההשתתפות העצמית

בשיעור של 20% או 150 ₪ לכל בדיקה, הגבוה מביניהם.			
השתתפות עצמית בסך של 250 ₪ בגין כל התייעצות.	יעוץ עם רופא מומחה ו/או שירות מוקד א.ר.ם URGENT לרפואת אף אוזן גרון דחופה בתוך שלושה ימי עסקים	מסלול תור מהיר	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	בדיקה אבחנתית מסוג אולטראסאונד, C.T או MRI בתוך שני ימי עסקים במרפאת הסדר		
בכפוף להשתתפות עצמית של 30%	בתום שתי שנות הביטוח הראשונות, ומידי שתי שנות ביטוח יהיה זכאי מבוטח לשיפוי הוצאותיו בגין בדיקות סקר אשר יבוצעו במכון על פי בחירתו. עד 410 ₪, לכל סדרת בדיקות.	בדיקות סקר ורפואה מונעת	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	אבחון גנטי פעם אחת לכל תקופת הביטוח לגילוי נשאות גנים סרטניים ו/או גנים של מחלות אחרות. עד 3,500 ₪ לכל תקופת הביטוח.	בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד 120 ₪ לכל טיפול ועד 12 טיפולים בכל שנת ביטוח לחילופין, תתאפשר קבלת שירות לטיפול פיזיותרפיה בטכנולוגיה מתקדמת במציאות מדומה. השירות ינתן בהשתתפות עצמית של 45 ש"ח בלבד אצל נותן שרות שבהסכם ויכלל במניין 12 הטיפולים בכל שנת ביטוח.	טיפולים פיזיותרפיים / הידרותרפיים / ספורטרפיה/טיפול שיקום	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד 800 ₪ לכל יום, עד 14 ימים למקרה ביטוח	אח/ות פרטי/ת או מטפל/ת פרטי/ת	
אין	מבוטח מעל 18 שנה, אשר אושפז בבית חולים בישראל שלא לצורך ניתוח, פיצוי של 105 ₪ לכל יום אשפוז, החל מהיום הרביעי לאשפוז עד 10 ימים. בגין תקופת אשפוז אחת במהלך כל שנת הביטוח. מבוטח מתחת ל- 18 שנים, אשר אושפז בבית חולים בישראל שלא לצורך ניתוח, פיצוי של 210 ₪ לכל יום אשפוז, החל מהיום הרביעי לאשפוז עד 10 ימים. בגין תקופת	פיצוי בגין אשפוז בבית חולים שלא לצורך ניתוח	

	אשפוז אחת במהלך כל שנת הביטוח.		
אין	עד 100,000 ₪ לכל הטיפולים לכל שנת ביטוח	טיפולים ויעוצים אונקולוגיים	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד לסך של 30,000 ₪ לכל תקופת הביטוח	טיפולי ושירותי הפריה	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	המבוטחת או המבוטח עבור בת זוג, יהיו זכאים לטיפול אחד בחו"ל (לכל אחד, במידת הצורך) עד 22,500 ₪.	טיפולי הפריה אשר בוצעו בחו"ל	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	הסכום ששולם בפועל תמורת שירותי פונדקאות עד 120,000 ₪.	מימון לשירותי פונדקאות	
אין	עד 40,000 ₪	שמירת זרע ו/או ביציות לטווח ארוך	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד 4,100 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל היריון. במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 6,200 ₪ לכל היריון. סכום ביטוח נוסף של 3,000 ₪ לבדיקת מי שפיר- צ'יפ גנטי.	בדיקות ושירותים לנשים בהריון	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד 1,500 ₪ מההוצאות אשר הוצאו בפועל כיסוי זה יינתן לכל הריון.	ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עבור ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, עד 500 ₪ לכל ביקור ועד 2 ביקורים במהלך כל היריון.	מעקב הריון	
אין	אשפוז בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 14 ימים, פיצוי של 105 ₪ לכל יום אשפוז החל מהיום ה-14 לאשפוז. ועד סך 5,120 ₪ לכל היריון.	שמירת הריון באשפוז	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד 3,000 ₪. כולל עלות הוועדה.	הפסקות הריון באמצעות גלולת מייגיפין	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד תקרה של 8,000 ₪ לכל תקופת הביטוח בגין רכישת אחד או יותר מהאביזרים.	השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים	

	<p>בנוסף, אם בוצע ניתוח במהלך תקופת הביטוח יהיה זכאי המבוטח במהלך 2 חודשים לאחר ביצוע הניתוח להחזר עד לתקרה של 8,000 ₪ לשנתיים, יובהר כי סכום הביטוח מתחדש כל שנתיים עבור רכישת אביזרים רפואיים הנדרשים כתוצאה מביצוע הניתוח. השתתפות המבטח עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים, וסכום ההחזר לא יעלה על 450 ₪ בכל פעם.</p>		
אינ	<p>היעדרות מבטח שגילו נמוך מ- 21 מלימודיו בבית ספר, כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, פיצוי בסך 205 ₪ ליום לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה- 21 להיעדרות ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי).</p>	פיצוי בגין היעדרות מלימודים:	
בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%.	<p>תקרת החזר עד 515 ₪ לטיפול עד 3 טיפולים לתקופת ביטוח אצל ילדים מעל גיל 5.</p>	טיפולים בהרטבת לילה	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	<p>עד 3 פגישות ועד לסך 2,000 ₪</p>	אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה	
בהשתתפות עצמית של 250 ₪ לאבחון.	<p>מבחן ממוחשב להפרעת קשב וריכוז (TOVA, BRC, MOXO) - תור מהיר תוך 3 ימי עסקים (כולל פענוח מידי)</p>	אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה שירות תור מהיר אצל נותן שירות שבהסכם עד התקרה שבפוליסה	
השתתפות עצמית 450 ₪ לאבחון.	<p>אבחון לקויות למידה-אבחון דידיקטי- תור מהיר תוך 10 ימי עסקים לבדיקה ופיענוח</p>		
השתתפות עצמית 1,200 ₪ לאבחון.	<p>אבחון לקויות למידה- אבחון פסיכודידיקטי: תור מהיר תוך 10 ימי עסקים לבדיקה ופיענוח</p>		
בכפוף להשתתפות עצמית של 40%	<p>עד 120 ₪ לטיפול ולא יותר מ-40 טיפולים לכל המקצועות גם יחד במהלך תקופת הביטוח.</p>	טיפול בבעיות התפתחות / ליקויי למידה בילדים עד גיל 16	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	<p>עד 150 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים</p>	שיקום הדיבור ו/או הראיה למבטח לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב-amblyopia	
אינ	<p>עד 4,000 ₪ לשנת ביטוח</p>	זריקות לצורך רפואי	

אין	ללא מגבלה	שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי
אין	ללא מגבלה	הוצאות בגין בדיקה פתולוגית
אין	כיסוי להוצאות טיפולים פיזיותרפיים ו/או הידרותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום – לאחר ביצוע ניתוח, עד 20 טיפולים לשנת ביטוח עד לסך 200 ₪ לטיפול.	הוצאות בגין טיפולים משקמים
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	התעמלות שיקומית לאחר אירוע רפואי ועל פי הוראת רופא מטעם המבוטח, ועד לסכום מרבי של 180 ₪ לחודש עד 12 חודשים.	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	התעמלות שיקומית לאחר ניתוח, ועד לסך של 180 ₪ לחודש ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים המסתיימת לכל המאוחר בתום 18 חודשים ממועד ביצוע הניתוח.	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד לסך של 800 ₪ לכל יום ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי החלמה	ימי החלמה
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	בעת שהייה בבי"ח ו/או בבית החלמה ו/או בבית, עד לסך של 11,500 ₪ למקרה.	טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים
אין	עד לסך של 20,000 ₪ לשנת ביטוח.	טיפול בתא לחץ
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד לסך של 6,000 ₪ לשנת ביטוח.	טיפולים בכאב
בכפוף להשתתפות עצמית של 40%	יעוץ ו/או טיפול פסיכולוגי שניתנו למבוטח ע"י פסיכיאטר ו/או פסיכולוג ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי מורשה. עד 225 ₪ לטיפול ולא יותר מ 12 טיפולים לשנת ביטוח.	יעוץ פסיכולוגי
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עבור דמי מנוי לשירות משדר קרדיוולוגי עד לסכום של 165 ₪ לחודש, לתקופה מרבית בת 24 חודשים.	מנוי למשדר קרדיוולוגי
אין	טיפול שיבוצע ע"י מומחה בהסכם עם המבטח כיסוי מלוא עלות הטיפול.	ניתוחי חניכיים, וניתוחים/טיפולים כירורגיים המבוצעים במרפאת רופא

בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	ביצוע ע"י מומחה אשר אינו בהסכם עם המבטח עד 10,250 ₪ בכל תקופת הביטוח.	מומחה כירורג פה ולסת או פריודנט מומחה. יובהר כי על פי פרק זה לא יכוסו טיפולים שיקומיים כלשהם לרבות ומבלי למצות התקנת שתלים, כתרים, גשרים, תותבות או כל טיפול שיניים משמר או מניעתי. יובהר כי על פי פרק זה יכוסו ניתוחי יישור לסתות וטיפולי שיניים כהכנה לביצוע ניתוח זה או הנדרשים לאחר הניתוח. (כגון טיפולי יישור שיניים).	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד 1,000 ₪ לשבוע עבור שרותי סיוע או טיפול. ממועד השחרור מבית החולים ועד 6 שבועות.	סיוע וטיפול לאחר ניתוח	
אין	קיבל המבוטח את הטיפול הרפואי במסגרת השב"ן, ונדרש לשלם השתתפות עצמית ישיב המבטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ועד לתקרה הנקובה בפוליסה.	שיפוי שב"ן	
השתתפות עצמית בסך של 180 ₪	פגישה ראשונית עם רופא ממיין אשר יקבע את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הראשוניות תהליך האבחון הבסיסי יתקיים תוך 3 ימי עבודה ממועד פנייתו של המבוטח	אבחון בסיסי	שירות אבחון מהיר
השתתפות עצמית בסך של 100 ₪. אולם, אם ביצע המבוטח תהליך אבחון בסיסי לא תחול השתתפות עצמית נוספת בגין השיחה הטלפונית עם הרופא הממיין על פי סעיף זה וההשתתפות העצמית עבור תהליך	שיחה טלפונית עם הרופא הממיין: הרופא הממיין ישוחח עם המבוטח טלפונית תוך יום עבודה אחד ממועד קבלת המסמכים הרפואיים.		

האבחון הבסיסי והשיחה הטלפונית עם הרופא הממייין יחדיו הינה בסך 180 ₪.			
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 CT, MRI, 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
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	השיפוי בגין חוות דעת שנייה שניתנה על ידי רופא / רופאים מחו"ל היא 8,200 ₪	חוות דעת נוספת בחו"ל	חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל
אין	נסיעה של המבוטח לחו"ל תכוסה עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה וסכום של עד \$400 לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.		
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	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 עד סך \$ 5,000.	בדיקות המבוצעות בחו"ל	
השתתפות עצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
בכפוף להשתתפות עצמית של 25%	עד 120 ₪ לכל טיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.	טיפול אלטרנטיבי במצבים בריאותיים על ידי שימוש בדוגמאות של שיטות טיפול המפורטות בפרק ז' לפוליסה	רפואה משלימה

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 10,000 ₪ לכל שנת ביטוח.	אין
		צנתור לטיפול בהידרוצלה ו/או ווריקוצלה וניתוח להפרדת הידבקויות תוך רחמיות.	אין
		תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI.	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 1 לפרק ט' 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 ט'	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 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.	אין

אין	כמפורט בסעיף 5 לפרק ט' ועד הסכומים הנקובים בצד כל הוצאה.	התייעצות עם רופא מומחה הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל	תגמולי ביטוח נוספים (הוצאות בגין שירותים נוספים)
-----	--	---	--

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

בהיוודע לך על צורך בשירות רפואי כלשהו המכוסה על פי הפוליסה
מומלץ לפנות למוקד תביעות של מגדל בטלפון: 1-800-077-183
ניתן להגיש תביעה באופן דיגיטלי באמצעות אתר האינטרנט של מגדל בכתובת:
www.migdal.co.il או באמצעות האפליקציה או באמצעות מייל: Tviottzhal@migdal.co.il
או באמצעות פקס: 076-8869008
המוקד פעיל בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00

במקרים דחופים לאחר שעות העבודה, ניתן לפנות למוקד רפואי בטלפון : 073-2049169
המוקד פעיל בימים א'-ה' מהשעה 17:00 בערב ועד השעה 8:00 למחרת, ובימי שישי, שבת וחגים
24 שעות ביממה.

לפניות בדואר:

מגדל חברה לביטוח בע"מ, מחלקת תביעות בריאות, רח' היצירה 2 קריית אריה פתח תקווה ת.ד.
3063 מיקוד 4951228 .

ניתן להגיש תביעות באופן דיגיטלי 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.

במקרים של מחלוקת מול חברת הביטוח בנושא תביעה ו/או במקרים שקיים קושי מול חברת הביטוח
בנושא תביעה, ניתן לפנות לחברת הייעוץ: חברת בריאוטיפ
בטלפון 03-6005481 או במייל shimrit@briutip.co.il

במקרה של צורך בתרופה שאינה כלולה בסל הבריאות:

עם היוודע 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 076-8869008 או כתובת מייל Tviottzhal@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 - או חתימה על הצהרה לנושא קבלת מקור במידה והתרופה נרכשה ע"י המבוטח ישירות.
 - 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 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, 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 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. במידה והתביעה אושרה על ידי חברת הביטוח והמבוטח מעוניין באספקת התרופה על ידו יועבר ישירות לבית המרקחת התחייבות כספית למימון הוצאות התרופה ואנו ונסדיר 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 יצויין 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/בוצע כל שימוש נוסף בקבלה, ובמקביל ישלחו 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 076-8869008 ו/או כתובת מייל Tviottzhal@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 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. 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

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לארגון אזרחים עובדי צה"ל

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 משלים לשב"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.

למבוטחים במסלול ניתוחים מ"השקל הראשון" –

למי שבחר להרחיב את הביטוח לפי מסלול זה כיסוי אצל נותני שרות בהסדר בלבד.

יש להגיש תביעה מראש ובטרם ביצוע הניתוח

לאחר שבחרת את הרופא המנתח מתוך רשימת המנתחים שעובדים עם מגדל, עליך לפנות למגדל בתביעה הכוללת מידע בין היתר על הרופא ופירוט לגבי הניתוח שאמור להתבצע ושם ביה"ח בו יבוצע הניתוח.

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.

**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 076-8869008 ו/או כתובת מייל Tviottzhal@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.
- במידה והניתוח בוצע באמצעות השב"ן ולנותני השרות יש הסדר עם מגדל וכן הזכאות של הניתוח הוכרה, יבוצע החזר על גובה ההשתתפות העצמית ששולמה במסגרת השב"ן
- ט. 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 יצויין 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:

מבוטח אשר מבקש לתבוע החזרים עבור הוצאות רפואיות (לדוגמא: התייעצות עם רופא מומחה, בדיקות אבחנתיות, בדיקות הריון וכו') יעביר ישירות באמצעות אתר האינטרנט של מגדל בכתובת: www.migdal.co.il . הדואר ו/או פקס מספר 076-8869008 ו/או כתובת מייל Tviottzhal@migdal.co.il ו/או דרך הרופא המנתח טופס הגשת תביעה להחזר הוצאות רפואיות

א. 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 עם 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 יצויין 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 ממתני סובל המבוטח מהבעיה).
 - 1.3 הפניה לניתוח
 - 1.4 העתק תוצאות בדיקות

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 קולקטיבית לאזרחים עובדי צה"ל 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:

1 "החברה" מגדל חברה לביטוח בע"מ

המבטחת

2 "בעל הפוליסה" ארגון עובדי צה"ל

3 "עובד" אזרח עובד צה"ל, בנוסף גם נבחר או עובד פעיל של ארגון עובדי צה"ל

4 "בני משפחה" בן/ת זוג, ילדים, בני/ות זוג של הילדים וילדי הילדים (נכדים)

5 "אלמן" בן/ת זוג של חבר / עובד / גמלאי שנפטר

3. המבוטחים הינם:

א "מבוטח קיים"

מי שבמועד הצטרפותו לביטוח המקורי או לביטוח זה, הינו עובד/ת ו/או חברה ו/או גמלאי/ת אצל "בעל הפוליסה" ו/או בן או בת זוגו (ובכלל זאת ידועה/ה בציבור, בני/ות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם העובד, בכפוף להצהרה בכתב של החבר על כך) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים שגילם עד 30 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 30, אך בתעריף ילד מעל גיל 30.

ב) "מבוטח חדש"

מי שלא היה במועד ההצטרפות לביטוח עובד/ת ו/או חברה ו/או גמלאי/ת ו/או מבוטח/ת אצל "בעל הפוליסה" והנו עובד / חבר ו/או עובד / חבר / גמלאי חדש ו/או בן/ת זוג קיים ו/או בן/ת זוג חדש (ובכלל זאת ידועה/ה בציבור, בני/ות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם העובד, בכפוף להצהרה בכתב של החבר על כך) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים, שגילם עד 30 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 30, אך בתעריף ילד מעל גיל 30.

ג) "פוליסה קודמת" /

"ביטוח מקורי"

פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, שתחילתה ביום 31.12.2013 אשר התנהלה במגדל חברה לביטוח בע"מ וכל הפוליסות שקדמו לה.

למען הסר ספק, יובהר כי כל המבוטחים שבטוחו במסגרת פוליסת הבריאות של ארגון עובדי צה"ל ובני משפחותיהם, אשר התנהלה

במגדל חברה לביטוח בע"מ, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, שתחילתה ביום 31.12.2013 וכל הפוליסות שקדמו לה (להלן: "הפוליסה הקודמת" / "ביטוח מקורי") לרבות עובדים ו/או חברים ו/או גמלאים חדשים, בני/ות זוג חדשים וילדיהם כהגדרתם בסעיף 3 א' - ב' 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 והכל בכפוף לסעיף תנאי ההצטרפות הרצ"ב.

אזרח עובד צה"ל בעבר שמקבל פנסיה בגין עבודתו בנ"ל. 1.4.2022 דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה / המבוטח לשלם לחברה המבטחת לפי תנאי פוליסה זו.	(ד) "גמלאי" 4. "המועד הקובע" 5. "פרמיה"
מדד המחירים לצרכן – המדד הכללי המפורסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ולמחקר כלכלי או כל מדד שיחליף את מדד זה שיפורסם במקומו.	6. "המדד"
מדד שפורסם ביום 15 לפברואר 2022. כל הסכומים, סכומי הביטוח והפרמיות בפוליסה ובהסכם צמודים למדד זה.	7. "המדד היסודי"
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.	8. "מנתח / מרדים 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.	9. "בית חולים שבהסכם"
הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל נספח שצורף לפוליסה ו/או בדף פרטי הביטוח.	10.
חוק בריאות ממלכתי תשנ"ד – 1994.	"סכום ביטוח"
כהגדרתה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.	11. "חוק הבריאות"
תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל	12. "קופת חולים"
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.	13. "שירותי בריאות נוספים" (שב"נ)
מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.	14. "ישראל"

15. "חו"ל" כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל.
16. "בית חולים" מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי או שיקומי, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.
17. "בית חולים פרטי" בית חולים כמוגדר לעיל המורשה ע"י משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
18. "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.
19. "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.
20. "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 או אשפוז למספר שעות ייחשב כיום אשפוז לצורך הזכאות בפוליסה.
21. תקופה של כל 12 חודשים רצופים שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח.
- "שנת ביטוח"
22. יובהר כי ההסכם והפוליסה חלות באופן שוויוני גם על בני זוג מאותו המין. הסמכות המאשרת את הזכאות בכל פרקי הפוליסה הינה רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.
- יובהר כי, במסגרת פרק הניתוחים בישראל פרקים ו' 1- ו' 2 מרגע שקיימת המלצה רפואית לצורך בניתוח, לרבות במקרים בהם הצורך אינו על רקע מחלה פעילה, אלא מתוך רצון למנוע החמרה או היווצרות של מחלה החברה המבטחת תעניק כיסוי לניתוח זה.
23. כל חוזרי המפקח המצורפים חלים על הסכם ופוליסה זו - אך הינם תנאי מינימום - ולעולם מה שגובר הוא המופיע בפרק הרלוונטי או בחוזרים אלו והמטיב עם המבוטחים. קרי, החברה מתחייבת כי ההגדרות בפוליסה זו נוסחו בפרקים הרלוונטיים באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזרי הביטוח. כמו כן לא ייעשה שימוש בחוזרים כפרשנות שסותרת את הפוליסה המטיבה. "מטיבה" לפי דעת בעל הפוליסה.
24. "כפל ביטוח":
- (א) 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.
- (ב) 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.
25. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות בין הוראות ההסכם והפוליסה הקודמים לבין הוראות ההסכם והפוליסה אלו, יפעלו הסתירות ו/או אי בהירות ו/או דו המשמעות לטובת המבוטח/ים שהצטרפו/ 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.

26. 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 מבטוח כלשהו ועם בעל הפוליסה (לפי העניין). וכן לכל הקשור ומתנהל באופן שוטף מול המפקח על הביטוח לרבות טיטות חוזרים, תקנות והתכתבויות של החברה המבטחת עם המפקח על הביטוח בנושא, ובכפוף לאמור בסעיף 23 לעיל.
- לאור עמדתו החדשה של ראש רשות שוק ההון ביטוח וחסכון שעדכן כי ברצונו לבחון ולבדוק את הרפורמה של ה'פוליסה האחידה', במידה ויתאפשר רגולטורית והתקנות ו/או החוזרים ו/או החוקים בנושא זה ישתנו ו/או יורחבו, תהיה לבעל הפוליסה הזכות לשנות את פרק הניתוחים בארץ כפי שהיה נהוג טרם כניסת הרפורמה לתוקף מבחינת כסויים, וכן במידה ויתאפשר לשלם למבטוח החזר בגין מנתח ובית חולים שאינם בהסכם עם המבטח, תעריף ההחזר יעמוד על תעריף המבטח כפי שמתפרסם באתר האינטרנט בתוספת 50% או העלות בפועל הנמוך מביניהם, יעשה בתאום עם המבטח.
27. למבטוחים שהיו מבטוחים בפוליסת בריאות פרטית ו/או פוליסה קבוצתית, 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. וזאת במסגרת חלון ההזדמנויות המוגדר בהסכם זה כמוגדר בסעיף 37 להלן וכן בנסיבות של עזיבת עבודה סיום הסכם או אבדן הזיקה לבעל הפוליסה.
28. 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.
- למען הסר ספק, יובהר כי במקרה של סיום ההתקשרות בין בעל הפוליסה לחברה המבטחת, תהיה המבטחת אחראית למקרי ביטוח שאירעו לפני מועד סיום ההתקשרות.
29. נספח ב' להסכם ולפוליסה, השרות SLA וכן נספח ה' נספח השיווק ושימור הלקוחות, מהווים חלק מהותי ותנאי מתלה לקיום הפוליסה וההסכם.
30. התיישנות תביעות: תקופת התיישנות של תביעה לתשלום / לקבלת תגמולי ביטוח היא חמש שנים מיום ביצוע הטיפול / הניתוח / הפרוצדורה הרפואית / קבלת התרופה .
31. בנוגע לתביעות של מבטוחים 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 ותשלום מהפוליסה החדשה.
32. **מתן מסמכים למבטוח:**
- (א) מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבטוחים, 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.
- (ב). על אף האמור בסעיף א' 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 המבטוחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין- כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי; את האפשרות של המבטוח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה; את האפשרות של המבטוח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

33. 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; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח"-

- (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
- (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה;
- (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- (4) במהלך תקופת הביטוח- בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי- בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח;
- (6) על אף האמור לעיל, המפקח רשאי לאשר למבטח מסוים כי לגבי תוכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבוטח לפי סעיף זה, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים.

34. מתן הודעות למבוטח

- א. 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 מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי
- ב. 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.
- ג. חודשה הפוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטוח את הקבוצה ערב החידוש- ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד חידוש הביטוח.
- ד. 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.
- ה. 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.

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

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

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

35. ביטול הביטוח לגבי מבוטח מסוים

(א)

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

(ב)

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 מבוטח אל מבוטח 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 מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

(ג)

פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם, אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבוטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

36. המשכיות:

(א)

בתום ההסכם ובכל במקרה של ניתוק יחסי עובד מעביד מכל סיבה שהיא ו/או במקרה של עובד שנישואיו הגיעו לקיצם בגירושין אן בשל פרידה מידועה/בציבור ו/או במקרה של פטירת העובד, יהיו זכאים המבוטחים להמשיך להיות מבוטחים 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.

(ב)

התעריפים הינם התעריפים שיהיו קיימים אצל החברה המבטחת לפוליסת בריאות באותו מועד, ושאינם גבוהים מדמי הביטוח הנהוגים אצל החברה המבטחת בפוליסה עפ"י סעיף א'

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לארגון אזרחים עובדי צה"ל

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 25% מהתעריף לביטוח בפוליסה דומה ובכפוף לאמור בסעיף א' לעיל. יובהר כי במקרה של סיום ההסכם ההנחה בשיעור 25% תינתן למשך 5 שנים.

(ג) החברה המבטחת תפנה בכתב לכל מבטוח, ותציע לו את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך 180 ימים ממועד ניתוק יחסי עובד/מעביד כאמור ותאפשר לו לבחור במעבר לפוליסת המשך. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. כמו כן, למבטוח שיפנה למבטוח תוך 180 יום ממועד הפסקת הביטוח, תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. קרי, המבטוח חייב לשלוח הודעה בכתב על הפסקת הביטוח למען המבטוח, והמבטוח תוך 180 יום רשאי להחליט על בחירה במעבר לפוליסת המשך ממועד קבלת ההודעה של המבטחת במענו.

(ד) המשכיות הביטוח לגמלאים –

מובהר כי חבר / עובד מבטוח שפרש לגמלאות ובני משפחתו יהיו זכאים להמשיך להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה זו כל עוד ההסכם בתוקף או לבצע המשכיות לפוליסה פרטית על פי סעיפים א'-ב' לעיל.

(ה) המשכיות הביטוח לשארים של חבר / עובד / גמלאי שנפטר –

מובהר כי שארים של חבר / עובד / גמלאי שנפטר יהיו רשאים להמשיך להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה זו כל עוד ההסכם בתוקף או לבצע המשכיות לפוליסה פרטית על פי סעיפים א'-ב' לעיל

(ו) פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי זו, לא תפקע לגבי מבטוח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטוח דמי ביטוח בעד המבטוח בשל כיסויים אלו.

37. תנאי הצטרפות:

37.1 מבוטחים קיימים:

(א) לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ב' או א'-ט' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה – השירותים (SLA) יצורפו כל המבוטחים הקיימים, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיפים 3 (א') ו-(ד), אשר היו מבוטחים בפרקים וברובד המקביל לפרקים ולרובד זה בפוליסה הקודמת, 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.

(ב) (א) מבוטחים שהיו מבוטחים בפרקים א'-ב' בלבד יהיו רשאים להצטרף לפוליסה הכוללת את הרובד המורחב פרקים ג'-ט' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה – השירותים (SLA), במהלך "תקופת מבצע" ב-180 הימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת אכשרה ו/או בתקופת המתנה ללא חריגים כלשהם, וללא סייג רפואי קודם כלשהו.

(ב) כל מי שלא הרחיב את הפוליסה ב-180 ימים אלו, יוכל לאחר מכן להרחיב את הפוליסה בכפוף למילוי הצהרת בריאות (המצ"ב כנספח ד' להסכם)

37.2 לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ב' או א'-ט' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה – השירותים (SLA) יצורפו כל המבוטחים הקיימים, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיפים 3 (א') ו-(ד), אשר היו מבוטחים בפרקים וברובד המקביל לפרקים ולרובד זה בפוליסה הקודמת, 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.

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לארגון אזרחים עובדי צה"ל

(א) מבוטחים שהיו מבוטחים בפרקים א'-ב' בלבד יהיו רשאים להצטרף לפוליסה הכוללת את הרובד המורחב פרקים ג'-ט' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה – השירותים (SLA), במהלך "תקופת מבצע" ב-180 הימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת אכשרה ו/או בתקופת המתנה ללא חריגים כלשהם, וללא סייג רפואי קודם כלשהו.

(ב) כל מי שלא הרחיב את הפוליסה ב-180 ימים אלו, יוכל לאחר מכן להרחיב את הפוליסה בכפוף למילוי הצהרת בריאות (המצ"ב כנספח ד' להסכם)

חברים חדשים, עובדים חדשים וגמלאים חדשים, בני/ות זוג וילדיהם:

37.3 (א) לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ב' או א'-ט' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה – השירותים (SLA) יהיו רשאים להצטרף כל החברים החדשים, העובדים החדשים והגמלאים החדשים, בני/ות זוג וילדיהם, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3 (ב'), תוך 180 יום מיום זכאותם, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופת אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי. (בכפוף למילוי טופס הצטרפות)

(ב) כל מי שהצטרף לאחר 180 יום אלו, ההצטרפות תתבצע בכפוף למילוי הצהרת בריאות (המצ"ב כנספח ד' להסכם).

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

37.4 (א) לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ב' או א'-ט' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה – השירותים (SLA) יהיו רשאים להצטרף כל העובדים הקיימים, החברים הקיימים, בני/ות זוג וילדיהם, שלא היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיפים 3 (ב'), ב-180 הימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופת אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו ובכפוף למילוי טופס הצטרפות.

(ב) כל מי שלא הרחיב את הפוליסה ב-180 ימים אלו, יוכל לאחר מכן להרחיב את הפוליסה בכפוף למילוי הצהרת בריאות (המצ"ב כנספח ד' להסכם)

כללי:

37.5 א. לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ב' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה – השירותים (SLA) או לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ט' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה – השירותים (SLA) יהיו רשאים להצטרף ילדים שגילם בכניסה לביטוח זה מעל גיל 30 ו/או בני/ות זוגם ו/או ילדיהם וכמו כן בני/ות זוגם ו/או ילדיהם של ילדים מתחת לגיל 30, במהלך "תקופת מבצע" ב-180 הימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח ו/או מיום זכאותם, המאוחר מביניהם, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת אכשרה ו/או בתקופת המתנה ללא חריגים כלשהם, וללא סייג רפואי קודם כלשהו.

ב. כל מי שלא הצטרף לפוליסה במאה שמונים (180) ימים אלו, יוכל לאחר מכן, להצטרף לפוליסה בכפוף למילוי הצהרת בריאות (המצ"ב כנספח ד' להסכם).

37.6 מבוטחים שייולדו 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 לפרקים א'-ב' או לפרקים א'-ט' במהלך 180 יום מיום לידתם או מיום האימוץ או חתונתם או מועד ההכרה כידוע בציבור, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או בתקופת אכשרה

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לארגון אזרחים עובדי צה"ל

- ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו. תינוק שנולד ויצורף במהלך 180 יום מיום לידתו, יהא מבוטח רטרואקטיבית מיום היוולדו. מי שלא יצרף את תינוקו או בן זוגו במהלך 180 הימים הראשונים כאמור, יוכל לעשות זאת לאחר מכן בכפוף למילוי הצהרת בריאות (המצ"ב כנספח ד' להסכם).
- 37.7 כל מבוטח יוכל לגרוע את עצמו מהפוליסה תוך 120 יום ממועד תחילת הביטוח או 120 יום מיום זכאותו, המאוחר מביניהם, ולקבל חזרה את הפרמיה ששולמה באופן רטרואקטיבי במידה ולא תבע את הפוליסה.
- 37.8 כל המבוטחים שיממשו את סעיף 37.7 לעיל ויבקשו להצטרף חזרה לפוליסה, יוכלו לעשות זאת בכפוף למילוי הצהרת בריאות המצ"ב כנספח ד' להסכם.
- את ההרחבה הוולונטרית יוכלו לרכוש כל המבוטחים אשר מבוטחים לפחות בפרקים א'-ב' בכפוף למילוי הצהרת בריאות (מצ"ב כנספח ד' להסכם).
- 37.9 החברה המבטחת תודיע למבוטח במכתב דחייה / קבלה לביטוח, וזאת תוך 14 ימי עבודה מהמועד בו התקבלו במשרדי המבטח כל המסמכים הדרושים. היעדר הודעה מעבר לתקופה של 14 ימי עבודה כאמור לעיל כמותה כאישור החברה המבטחת לקבלת המבוטח לביטוח בכיסוי מלא וללא חרגות. סעיף זה רלוונטי לסעיפים: 37.2 ב', 37.3 ב', 37.4 ב', 37.5 ב', 37.6, 37.8.
- 37.10 כל מי שעונה על ההגדרה בסעיף 27 לפרק ההגדרות בפוליסה, יצורפו 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, וזאת במסגרת חלון ההזדמנויות המוגדר בהסכם זה כמוגדר בסעיף 37 לעיל וכן בנסיבות של עזיבת עבודה סיום הסכם או אבדן הזיקה לבעל הפוליסה.
- 37.11 על פי סעיף 12(ב) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009 בנושא צירוף מבוטח – (א) מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה: (1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1(ד)ג) לחוק עובדים זרים; (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא יצורפו המבוטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בסעיף זה- פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד.
- אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו. (ב) סעיף משנה (א) לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבוטח או אצל מבוטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה: (1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה; (2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי 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 ד' בפרק ההגדרות לעיל. (3) לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" – פרק הכולל

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לארגון אזרחים עובדי צה"ל

אחד או יותר מהכיסויים האלה: ניתוחים; תרופות; השתלות; מחלות קשות; שיניים; תאונות אישיות. (ג) פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

* והכל בכפוף לסעיף 23 לעיל.

• מובהר ומוסכם כי אין באמור לעיל כדי לגרוע מזכות כלשהי- מכל מין וסוג שהוא- מכוח כל דין של המבוטח ו/או בעל הפוליסה, והאמור לעיל בא להיטיב ולהוסיף על זכויות המבוטח ובעל הפוליסה, ולא לגרוע מהן או לצמצמן, ויפורש רק באופן המרחיב ו/או מיטיב עם זכויות המבוטח ו/או בעל הפוליסה.

38. תקופת ההסכם:

- 38.1 הסכם זה הינו לתקופה מרבית של 5 שנים החל מיום 1.4.2022 ועד ליום 31.03.2027
- 38.2 חרף המוסכם בסעיף 38.1 לעיל, בעל הפוליסה, לפי שיקול דעתו הבלעדי ובהודעה שימסור לחברה המבטחת, רשאי לקבוע את ההסכם והפוליסה לתקופת ביטוח נוספת וזאת בכפוף להסכמה על התנאים המסחריים עם המבטח.
- 38.3 החברה המבטחת מצהירה ומתחייבת כי הזכאות לכל הנובע בהסכם ובפוליסה אלו לרבות, אך לא רק, תקרות ההחזרים, מכסות הטיפולים, תתחיל מחדש בתום מחצית מתקופת הביטוח (שנתיים וחצי), וכי החברה המבטחת תשלם ותאשר מחדש את כל הכיסויים, לרבות תקרות ההחזרים ומכסות הטיפולים, ממועד זה, עפ"י תנאי הפוליסה וההסכם. יובהר כי עבור פרק התרופות תקרות ההחזר יתחילו מחדש כל שנתיים.
- 38.4 בתום מחצית מתקופת הביטוח (שנתיים וחצי), יפתח חלון הזדמנויות המאפשר למבוטחים להיכנס לפוליסה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ובכפוף לתנאי ההצטרפות לעיל. משך חלון הזדמנויות זה יפתח ל-120 יום מתום מחצית מתקופת הביטוח (שנתיים וחצי).
- 38.5 על אף האמור לעיל, מוסכם בזאת כי בעל הפוליסה רשאי בכל עת, לפי שיקול דעתו הבלעדי ובהודעה מוקדמת של 90 ימים מראש, לסיים את ההתקשרות בין הצדדים על פי הסכם זה, אף לפני תום תקופת ההתקשרות בכפוף לכך שקבוצת המבוטחים תעבור למבטח אחר ברצף ביטוחי.
- 38.6 פחת מספר המבוטחים מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 38.7 בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב בזאת כדלקמן: לעניין היותו בעל הפוליסה, פועל בעל הפוליסה באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד ואין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.

39. דמי הביטוח החודשיים:

דמי הביטוח יהיו על בסיס חודשי וישולמו במרוכז ע"י בעל הפוליסה או מטעמו בכל חודש בגין החודש הקודם, למעט מבוטחים שמשלמים באמצעי גבייה אישי: כרטיס אשראי / הוראת קבע

פרמיה לעובד/ת (במימון הארגון)	פרמיה לבן/ת זוג / ילד בוגר מעל גיל 30	פרמיה לילד / נכד עד גיל 30	פרמיה לגמלאי/ית עד גיל 67 / בן/ת הזוג עד גיל 67	
20.3 ₪ במימון הארגון ללא גילום מס	26.6 ₪	6.14 ₪	40.92 ₪	רובד בסיס פרקים א'-ב'
58.3 במימון חלקי בגובה 22 ₪ של הארגון	52.17 ₪	16.37 ₪	92.06 ₪	רובד מורחב משלים לשב"ן פרקים ג'-ט' - מקביל לפוליסה הקודמת המחייב מיצוי שב"ן

בריאות לעובדים רובד מורחב מהשקל הראשון פרקים ג'-ט' – מסלול חדש שלא היה בפוליסה הקודמת שאינו מחייב מיצוי שב"ן, רק למי שיבחר להצטרף למסלול זה

פרמיה לעובד/ת	פרמיה לבן/ת זוג / ילד בוגר מעל גיל 30	פרמיה לילד / נכד עד גיל 30	פרמיה לגמלאי/ית עד גיל 67 / בן/ת זוג של גמלאי עד גיל 67
132.9	132.9 ₪	29.29 ₪	250.28 ₪

גמלאי מעל גיל 67	רובד בסיס פרקים א'-ב'	רובד מורחב א' ללא פרק ג' 2 ניתוחים בישראל משלים לשב"ן	רובד מורחב ב' כולל פרק ג' 2 ניתוחים בישראל - מסלול מקביל למסלול בפוליסה הקודמת המחייב מיצוי שב"ן
67-70	65.25 ₪	35.29 ₪	183.54 ₪
71-75	74.45 ₪	41.53 ₪	217.05 ₪
76-80	83.34 ₪	48.79 ₪	260.50 ₪
81-85	78.82 ₪	58.3 ₪	270.66 ₪
+86	73.86 ₪	70.37 ₪	257.82 ₪

בריאות לגמלאים רובד מורחב מהשקל הראשון פרקים ג'-ט' – מסלול חדש שלא היה בפוליסה הקודמת שאינו מחייב מיצוי שב"ן, רק למי שיבחר להצטרף למסלול זה

רובד מורחב ב' כולל פרק ג' 1 ניתוחים בישראל מהשקל הראשון	גמלאי מעל גיל 67
₪ 315.10	67-70
₪ 325.53	71-75
₪ 329.70	76-80
₪ 329.70	81-85
₪ 329.70	+86

ילד- עד גיל 30. ילד שלישי ואילך- חינם.

הפרמיות הנ"ל צמודות למדד הידוע ב – 15 לדצמבר 2021

המבטחת רשאית להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם בתום 30 חודשי ביטוח, על פי ניסיון התביעות וכמפורט בסעיף 18 בהסכם

רובד בסיס פרקים א'-ב'

פרק א' 1 – השתלות

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, ריאה, 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, מעיים, 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 ו/או של איבר אשר נלקח ממקור אחר במקומם אשר נלקח מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח עצמו או איבר מלאכותי ו/או תפועל באמצעות איבר מלאכותי, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית, וכן והשתלת איבר מבע"ח (בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית ע"י הרשויות המוסמכות במדינת ישראל או ארה"ב או האיחוד האירופי). את ההשתלה רשאי המבוטח לבצע בארץ או בחו"ל.

ובכפוף לחוק השתלת איברים התשס"ח 2008 ולחוזר ביטוח 1-1-2009 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 23 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 1.3.1-1.3.14 בהתאם להוצאות בפועל במרכזים שבהסדר ואילו השתלה במרכזים שאינם בהסדר יוגבל סכום הביטוח ל-6.5 מיליון ₪.

1.3 כתשלום בגין השתלה ייראו את התשלומים כדלקמן:

1.3.1 תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים בישראל ו/או בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבוטח וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח ו/או בתקופת 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.

1.3.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל לרבות, אך לא רק, אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום, בגין התקופה שהחלה לפני ביצוע ההשתלה ותקופת האשפוז שאחריה. 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, אביזרים מושתלים, אביזרים רפואיים, טיפולי שיקום והשגחה, לרבות הוצאות בגין טיפולים

- רפואיים נדרשים לפני אשפוז, בתקופת ההמתנה להשתלה, במהלך האשפוז ולאחר ההשתלה.
- 1.3.3 תשלום עבור הוצאות להשגת האיבר להשתלה, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה ו/או לביצוע פעולות אחרות הנדרשות לשם השגת האיבר. לרבות, אך לא רק, כיסוי הוצאות 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, איתור מח עצם / תאי אב, החברה תסייע למבוטח תוך הפעלת קשריה בארץ ובחו"ל להשגת קרנית. הכול בהתאם להוצאות בפועל.
- 1.3.4 תשלום לכל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז וכן תשלום לצוות המנתח עבור השירותים הרפואיים שינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה ובמהלך האשפוז לפני ואחר ההשתלה לרבות פיזיותרפיה. הכול בהתאם להוצאות בפועל.
- 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 עד גיל 21 תכסה החברה המבטחת הוצאות טיסה ושהייה 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. הכול בהתאם להוצאות בפועל.
- 1.3.6 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים. כולל ליווי רופא מלווה. לרבות, אך לא רק, הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים ובחזרה. הכול בהתאם להוצאות בפועל.
- 1.3.7 תשלום עבור הוצאות שהייה, לרבות מגורים וכלכלה, בהיותם בהמתנה לביצוע ההשתלה, במהלך האשפוז ולאחר השחרור מבית החולים של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל, במידה והמושתל הינו ילד עד גיל 21, יהיה התשלום עבור שני מלווים. הכול בהתאם להוצאות בפועל.
- 1.3.8 תשלום עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה, בארץ או בחו"ל, הכול בהתאם להוצאות בפועל.
- 1.3.9 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל.
- 1.3.10 תשלום עבור משתלים מיוחדים רגילים או מפרישי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח, בהתאם להוצאות בפועל.
- 1.3.11 תשלום לכיסוי הוצאות חיפוש אחר תורם להשתלת מח עצמות בסך 500,000 ₪.
- 1.3.12 הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל לביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בישראל, בנוסף יישא המבטח בכל עלות הכרוכה בביצוע ההשתלה או הטיפול

- המיוחד, בהתאם להוצאות בפועל.
- 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 וטיפול שיקומי בארץ שנקבע ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח. כמו כן, תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה, כולל הוצאות טיסה ושהיה, עד שנתיים ממועד ההשתלה, בהתאם להוצאות בפועל.
- 1.3.14 שירותי שיקום וסיוע ושירותים רפואיים לאחר ההשתלה:
המבוטח יהיה זכאי לשיפוי הוצאותיו במהלך 24 חודשים לאחר ביצוע ההשתלה, עבור כל השירותים המצוינים שלהלן:
- 1.3.14.1 שהייה במוסד החלמה ושיקום
- 1.3.14.2 טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום
- 1.3.14.3 התעמלות שיקומית
- 1.3.14.4 סיוע וטיפול סיעודי לאחר ביצוע ההשתלה
- 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 7,200 ₪ לחודש למשך 24 חודש לאחר ביצוע ההשתלה.
- 1.3.15.2 נפטר המבוטח לאחר ניתוח ההשתלה וטרם מיצה את הגמלה כקבוע לעיל יקבלו מוטביו את יתרת הגמלה כקבוע לעיל מייד לאחר פטירתו לפי צו ירושה ו/או קיום צוואה ובמידה ואין ליורשיו החוקיים.
- 1.3.15.3 גמלת ההחלמה לאחר השתלה, תשולם למושתל גם אם ההשתלה בוצעה בארץ.
- 1.3.15.4 למרות האמור בסעיף 1.3.15.1 המבוטח יהיה זכאי לבקש מהמבטח הקדמת תשלומי הגמלאות בטרם בוצעה ההשתלה, בתנאי שקיימת זכאות לביצוע השתלה עפ"י פוליסה זו, והיתה פגיעה בהשתכרותו של המבוטח עקב מצבו הרפואי. בכל מקרה, מספר הגמלאות לא יעלה על הנקוב בסעיף 1.3.15.1
- 1.3.16 1.3.16.1 הוצאות בגין תרומת איבר –
תרם המבוטח בתקופת הביטוח איבר מגופו לצורך ביצוע השתלה, יהיה זכאי המבוטח התורם לשיפוי של עד 7,200 ₪ לחודש בגין פגיעה בהשתכרותו, למשך תקופה מרבית בת 24 חודשים מיום מתן התרומה.
- 1.3.16.2 בנוסף יהיה זכאי המבוטח – תורם האיבר לשיפוי עבור הוצאות בגין שירותים רפואיים הנדרשים לאחר מתן תרומת האיבר וכתוצאה ישירה ממנה, עד לסכום של 123,000 ₪ וזאת מעבר ובנוסף לזכאותו על פי כל פרק בו הוא מבוטח בפוליסה זו. לעניין סעיף זה יוגדרו שירותים רפואיים: התייעצות עם רופאים מומחים, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח, בדיקות אבחון, טיפולים תרופתיים, טיפולים פיזיותרפיים ו/או שיקומיים ו/או כל טיפול אחר הנדרש עפ"י חו"ד של רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

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 360,000 ₪.

1.4.1 מקרה הביטוח -

אבחנה מתועדת להתקיימות השתלת אברים כהגדרתה בסעיף 1.1 לעיל למעט השתלת קרנית והשתלה עצמית של מח עצם.

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 אִן עפ"י סעיף 1.4 עפ"י שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח.

1.5 פיצוי בגין השתלה בישראל:

במקרה ובוצעה השתלה בישראל ועלות הוצאות ההשתלה כמפורט לעיל לא מומנו במלואם או בחלקם על פי חוק הבריאות או קופת החולים בו חבר המבוטח או גורם אחר, יישא המבוטח ביתרת עלות ההשתלה. אם ביצע ההשתלה בישראל.

אם ביצוע ההשתלה בישראל מומנה במלואה על פי חוק הבריאות הממלכתי או קופת חולים או ע"י גורם אחר, ישלם המבוטח פיצוי בסך 1,850 ₪ לכל יום אשפוז הקשור בהשתלה ונובע ממנו, החל מהיום שלפני ביצוע ההשתלה ולמשך תקופה רצופה שלא תעלה על 60 ימים.

קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף זה הוא לא יהיה זכאי לגמלה חודשית.

בכל מקרה תינתן אפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי של הלקוח.

פרק א' 2 – טיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל

2. **מקרה הביטוח:** טיפול רפואי בחו"ל שבוצע במהלך תקופת הביטוח ו/או יבוצע במהלך תקופת הביטוח ו/או הצורך בביצועו נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.
- 2.1 כ"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 ו/או מהווה סיכון לחיי המבוטח ו/או מהווה סיכון להחמרה במצב הרפואי של המבוטח. ו/או אי ביצוע הטיפול הרפואי עלול לגרום סכנה לחיי המבוטח ו/או אי ביצוע הטיפול עלול לגרום לנכות צמיתה העולה על 75% על פי המבחנים שנקבעו בתקנות ביטוח לאומי ו/או הטיפול נועד להצלת אובדן של השמיעה באחת או שתי האוזניים או הראייה באחת או שתי העיניים ו/או הטיפול הרפואי נועד לטיפול במחלת הסרטן או במחלות אוטואימוניות
- 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 אם הטיפול המיוחד בחו"ל בוצע בתאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות על פי סעיף 2.3 להלן, לפי העניין. במקרה של ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל שלא בוצע בתאום עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי הינו 1,024,000 ₪ לכל מקרה ביטוח. "בתאום עם המבטח" – המבוטח הודיע למבטח מראש על הצורך בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל ואפשר למבטח להתקשר עם נותני השרות הרפואי, לתאם את הטיפול המיוחד בחו"ל ולשלם עבור ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל ישירות לנותן השרות הרפואי בחו"ל. במקרה בו המבוטח איפשר לחברה המבטחת לתאם את הטיפול המיוחד בחו"ל, אך החברה המבטחת לא הצליחה להגיע להסדר, תקרת השיפוי תהיה מלאה.
- 2.3 **תשלום בגין טיפול מיוחד יראו את התשלומים כדלקמן:**
- 2.3.1 תשלומים כמפורט בסעיף 1.3 בפרק א' (1) לעיל בשינויים כדלהלן: בכל מקום בו מופיעה המילה "השתלה", יש לקרוא "טיפול מיוחד" למעט סעיפים 1.3.15, 1.4 ו-1.5.
- 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 החברה המבטחת תשפה את המבוטח כנגד מסירת קבלות מקוריות ו/או העתק נאמן למקור ותוך תקופה שלא תעלה על 10 ימים מיום מסירת כל המסמכים הנדרשים על ידי החברה המבטחת לצורך ביצוע התשלום, לרבות מסירת כתב התחייבות לכיסוי ההוצאות לנותן השרות. המבוטח רשאי להגיש לחברה העתק של המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח
- 2.5 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.
- 2.6 **הוצאות נלוות לטיפול ניסיוני בחו"ל:**
 נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני מציל חיים בחו"ל, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי – (להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן בחו"ל כדלקמן:
- 1.1 עלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן עד סכום של 100,000 ₪.
- 1.2 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום של 40,000 ₪ למבוטח ומלווה אחד ועד 60,000 ₪ לשני מלווים; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה עד לכפל הסכום.
- 1.3 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה וזאת עד לסכום של 100,000 ₪.
- 1.4 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד שנה, וזאת עד לסך של 1,000 ₪ ליום למלווה ועד 1,500 ₪ לשני מלווים.
- בכל מקרה תינתן אפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי של הלקוח.**

פרק א' 3 – ניתוחים בחו"ל

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

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 רובטי 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 בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח. למען הסר ספק, ההחלטה על ביצוע הניתוח בחו"ל הינה של 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 23 לעיל.

3.2 בגין ניתוחים בחו"ל שתואמו עם החברה המבטחת, הפוליסה תהא פוליסה לשיפוי מלא של המבוטח בגין כל הוצאותיו ללא השתתפות עצמית, קרי תהיה תקרת השיפוי מלאה. במקרה בו המבוטח איפשר לחברה המבטחת לתאם את הניתוח בחו"ל, אך החברה המבטחת לא הצליחה להגיע להסדר, תקרת השיפוי תהיה מלאה. בגין ניתוחים בחו"ל שלא תואמו עם החברה המבטחת, סכום השיפוי יהיה עד לתקרה של 200% מעלות הניתוח בארץ.

לרבות, אך לא רק, כיסוי עבור: הוצאות אשפוז לרבות בגין התקופה שהחלה לפי ביצוע הניתוח ותקופת האשפוז אחרי הניתוח, שכר הצוות הרפואי, הוצאות חדר ניתוח

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לארגון אזרחים עובדי צה"ל

- והצוות המנתח, תרופות, אביזרים מושתלים, אביזרים רפואיים, בדיקות אבחון ומעבדה, בדיקות פתולוגיות, טיפולי פיזיותרפיה, שתל, שכר אחות פרטית, טיפולי שיקום והשגחה שניתנו במהלך האשפוז, שירותי הסעה באמבולנס וכן כל הוצאה אחרת במהלך האשפוז הקשורה ישירות לניתוח ולטיפול במצבו הרפואי ו/או עקב הטיפול הרפואי, אף אם ניתנו במהלך האשפוז או בעת השהות בחו"ל שלא במהלך האשפוז.
- 3.3 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.
- 3.4 בגין ניתוח בחו"ל המכוסה על פי פוליסה זו, תחזיר החברה המבטחת למבוטח את כל הוצאותיו בגין כל הכרוך בניתוח בחו"ל במטבעי 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.
- 3.5 בנוסף לאמור, החברה המבטחת תכסה סכום חד פעמי בסך עד 68,000 ₪ בגין ההוצאות בגין נסיעות או הוצאות של המבוטח והמלווים הכרוכות בניתוח בחו"ל. ובמקרה של ילד עד גיל 21 סכום הביטוח החד פעמי יעלה לעד 100,000 ₪ . 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).
- 3.6 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.
- 3.7 כיסוי להוצאות הטסת גופה – החברה המבטחת תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל.
- 3.8 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 מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח כנחוצות בשל מצבו הבריאותי של המבוטח והפרוצדורות הרפואיות אותן נדרש המבוטח לעבור.
- 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.

4. חריגים:

- 4.1 השתלות ו/או טיפולים ו/או ניתוחים הנחשבים ניסיוניים במדינה בה הם מבוצעים ו/או הדורשים אישור מיוחד לפי כל דין, לרבות אמנה בינלאומית.
- 4.2 למען הסר ספק, ביחס לסעיפים א' 1-3, במידה וספק השירותים אינו מקבל כתב התחייבות או העברות בנקאיות, ישולם הסכום למבוטח טרם יציאתו מהארץ, בכפוף לקבלת המסמכים הדרושים מספק השרות.
- 4.3 למען הסר ספק, החברה המבטחת מתחייבת לבטח את המבוטח על חשבונו בביטוח נסיעות לחו"ל מקיף וכולל אשר יכסה גם את המצב הקיים בגינו נסע המבוטח, במסגרת פרקים א'1-3 לעיל והכול בכפוף להסכמתו של המבוטח.
- 4.4 מובהר ומוסכם בזאת כי הזכאות לביצוע ההשתלה או הטיפול / הניתוח המיוחד בחו"ל או הניתוח בחו"ל כאמור בפרקים אלו (א' 1-3) אינה מותנית באישור קופת חולים, השב"ן או כל מבטח אחר. כמו כן, המבוטח יהיה רשאי אך לא חייב למצות את זכאותו לתגמולי ביטוח בביטוח המשלים בו הוא חבר.
- בכל מקרה תינתן אפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי של הלקוח.**

פרק ב' - כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית וטיפולים רפואיים שאינם מכוסים בסל הבריאות ובשב"ן

1. הגדרות:

- 1.1 **מקרה הביטוח** – שיפוי בגין עלות תרופה אשר ניטלה ניטלת ו/או תינטל במהלך תקופת הביטוח ו/או הצורך בנטילתה נדרש או יידרש לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2 **תרופה** – חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי או תכשיר ביוטכנולוגי, שנועד לשם אבחון, ריפוא, הקלה, טיפול או מניעה של מצב רפואי כלשהו לרבות, 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.
- 1.3 **למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות, היה רופא מטעם המבוטח.**
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 2015-1-18 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 23 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.
- 1.11 **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. 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, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או ביפן ו/או ניתן אישור שימוש לתרופה באמצעות טופס 29 ג', 29 (א)(1), 29(א)(3), 29 (א)(4) ו/או 29 (א)(10). 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, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או ביפן ו/או ניתן אישור שימוש לתרופה באמצעות טופס 29 ג' 29 (א)(1), 29(א)(3), 29 (א)(4) ו/או 29 (א)(10). 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 Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או IIa
 - ב) חוזק הראיות (Strength Of Evidence) – נמצאת בקטגוריה A או B
 - ג) יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa
- 5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה- National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 - א) NCCN
 - ב) ASCO
 - ג) NICE
 - ד) ESMO Minimal Recommendation

סעיף זה נוסח באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2015-1-18 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 23 לעיל.

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

נמצא באבחון המולקולארי של הגידול ו/או בבדיקה גנטית ו/או בבדיקה גנומית 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 1,000,000 ₪.

כיסוי לתרופות בהתאמה אישית:

המבטח 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 של 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, לרבות FDA או EMEA.

כ. תרופה שאושרה לשימוש כתכשיר לחולה בודד – תרופה שאינה כלולה בקריטריונים המצוינים בסעיפים א-ד לעיל, שאושרה לשימוש על פי הוראת רופא כתכשיר שאינו רשום במוסד רפואי לחולה בודד.

ו. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח ובחלוף שלושה חודשי טיפול, נמצאה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. יובהר כי תגמולי הביטוח עבור נטילת התרופה ישולמו למבוטח החל מתום 3 חודשי טיפול ואילך וזאת עד 1,000,000 ₪

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

ח. **טיפול תרופתי בתרופה לטיפול IND** יכוסה עד תקרה כוללת בגובה 1,000,000 ₪,

ט. קנאביס רפואי למחלת הסרטן

1. 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.
2. בקרות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לשיפוי בגין הוצאותיו הישירות, שהוצאו בפועל לרכישה של קנאביס רפואי כהגדרתו לעיל על פי הנחיה של רופא מומחה לטיפול במחלת הסרטן של המבוטח ו/או הקלה בתסמינים הנובעים ממחלתו.
3. תגמולי הביטוח עבור רכישת הקנאביס הרפואי ישולמו בכפוף להמצאת קבלות, ובהתאם למפורט להלן:
 - 3.1 גבול אחריות עבור סך ההוצאות בחודש קלנדרי בגין רכישת קנאביס רפואי היינו עד לסך של 1,000 ₪ לחודש, ועד תקרה מירבית של 20,000 ₪ כל שנתיים,

בגין כל מקרה ביטוח.

3.2 תגמולי הביטוח ישולמו לאחר ניכוי השתתפות עצמית בסך 150 ₪ לחודש וזאת מסך ההוצאה באותו חודש עבור רכישת קנאביס רפואי וכן בכפוף לאמור בסעיף 2.5.3 להלן.

י. למען הסר ספק, תרופה המופיעה בסל הבריאות וקופת החולים מסרבת לממן מכל סיבה שהיא, תוכר במסגרת ביטוח זה. סירוב הקופה היא הזכות בפוליסה, במידה וסירוב הקופה ניתן בכתב, יהיה המסמך הכתוב אסמכתא לסירוב. במידה וסירוב הקופה לא יינתן בכתב, יהווה תצהיר המבוטח אסמכתא לסירוב הקופה.

2.1 תביעות – 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:

2.2 החברה המבטחת תשפה את המבוטח כנגד העברת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור, ו/או תשלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה.

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

2.3 הוצאות מוכרות: מוצהר ומוסכם כי ההתחשבות תהיה בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד.

לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות 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.

2.4 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 5,500 ₪ לכל סדרת טיפולים.

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

2.5.1 ההוצאות הוצאו בפועל.

2.5.2 בגין תרופות למחלת הסרטן לא יחויבו המבוטחים בהשתתפות עצמית.

2.5.3 בגין תרופות שעלותן החודשית הינה מעל 5,000 ₪ לא יחויבו המבוטחים בהשתתפות עצמית.

2.5.4 בגין שאר התרופות, החברה המבטחת תשלם את ההוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום השתתפות העצמית למרשם שהינה 150 ₪ לחודש ולא יותר מסכום השיפוי המרבי, אך לכל היותר בעבור 2 מרשמים שונים בהם משתמש המבוטח באותו מועד, עבור כל מרשם נוסף אחר, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.

2.5.5 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 בשוויון ההשתתפות העצמית ששילם.

2.5.6 למען הסר ספק, סעיף 28 לפרק ההגדרות בפוליסה חל גם, אך לא רק על פרק זה.

2.5.7 מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי, אך לאחר תחילת הביטוח ובמהלך תקופת הביטוח חל שינוי במצבו הרפואי ובשל כך הוא נדרש לטיפול תרופתי בתרופה אחרת המכוסה על פי תנאי הסכם זה, יהיה זכאי לכיסוי ולא יחולו הוראות חריג מצב רפואי קודם.

2.6 סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה עד 3,000,000 ₪ לסך כל מקרי הביטוח על פי פרק זה. לגבי תרופות המכוסות על פי סעיף 2 ד' לעיל, סכום הביטוח יעמוד על 1,000,000 ₪. לגבי תרופות המכוסות על פי סעיף 2 ז לעיל, סכום הביטוח יעמוד על 1,000,000 ₪. סכום השיפוי בגין פרק ב' זה יהא לתקופה של שנתיים. לאחר שנתיים, סכום זה, יתחדש בגין כלל המבוטחים ל- שנתיים נוספות וכך כל שנתיים מחדש עד סוף תקופת ההסכם

2.7 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, ייכללו בכיסוי זה.

אופן התשלום בגין הבדיקות -

החברה המבטחת תשלם ישירות למעבדה או תשלם למבוטח כנגד חשבונית מקורית או העתק נאמן למקור או העתקי קבלות שניתן לקבלם גם באופן דיגיטלי עד תקרה של 60,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%

מובהר כי במידה ותוצאת של הבדיקה ממליצה על תרופה מסוימת לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה במסגרת פרק זה.

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

2.9 טיפולים שאינם מכוסים בסל הבריאות ובשב"ן – מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו ביצוע בדיקה או טיפול רפואי בבית חולים ציבורי, על פי המלצת רופא מומחה מטעם המבוטח, והמבוטח נדרש לשלם עבור הטיפול או הבדיקה מכיוון שאינם כלולים בסל הבריאות הממלכתי ובתוכנית השב"ן המוכרת.

סכום הביטוח

המבטח ישפה את המבוטח בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 100,000 ₪ עבור כל הטיפולים הרפואיים כאמור, אחר שמיצה את כל זכויותיו במסגרת תוכנית השב"ן המוכרת.

2.10 שרות של ייעוץ וליווי רפואי על ידי רופאים מומחים - Case management

- לימוד ההיסטוריה הרפואית של המבוטח.
- פגישה אישית: בדיקה גופנית, הסבר כולל למבוטח ולמשפחה, המלצות לביצוע בדיקות ו/או הפנייה ליועץ מומחה חיצוני, על פי המצב
- קשר ישיר עם מכוני הבדיקה להכוונה מדויקת ולקבלת תוצאות
- ליווי טלפוני למבוטח ולבני המשפחה במהלך תקופת הבדיקות והבירור, עדכונים שוטפים לגבי תוצאות, ומתן מענה טלפוני לשאלות או בעיות המתעוררות תוך כדי התהליך
- פיענוח ממצאי הבדיקות. במידת הצורך מתקיימת התייעצות בין מומחים
- אינטגרציה של כל הממצאים לשם קבלת תמונה שלמה וגיבוש חוות דעת כוללת
- גיבוש האסטרטגיה האבחנתית והטיפולית
- סיכום ההמלצות להמשך טיפול
- במידת הצורך, סיוע בבחירת גורם מטפל בארץ או בחו"ל ויצירת הקשר בינו לבין המטפל

המבטח ישלם ישירות לספק השרות או ישפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוצאו בפועל כנגד קבלות וזאת עד לסך של 10,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית בסך 500 ₪.

3. הגבלות לאחריות החברה המבטחת:

- 3.1 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 .
- 3.2 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.
- 3.3 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים.
- 3.4 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 3.5 טיפול בויטמינים ו/או חיסונים לצורך מניעת מחלה למעט התרופות המכוסות על פי פרק זה כמופיע בסעיף 2-ז לעיל .
- 3.6 חומרים לצורך טיפולים ברפואה משלימה ולמעט המופיע בסעיפים 1.8, 1.9 ו-2 (ו').
- 3.7 תרופות ניסיוניות, מובהר כי תרופות המופיעות בסעיף 2 ג', ד', ה', ו' ח' לעיל לא יחשבו כניסיוניות.
- למען הסר ספק, תינתן אפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי של הלקוח.

רובד הרחבה פרקים ג' - י'

פרק ג' 1

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - פוליסה אחידה

1. הגדרות:

בפרק זה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצידם:

<p>אחד מאלה (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק 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.</p>	<p>בית חולים פרטי</p>
<p>התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה לאחריו;</p>	<p>התייעצות</p>
<p>טיפול רפואי המבוצע בידי נותן טיפול מחליף ניתוח כתחליף לביצוע ניתוח, אשר נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.</p>	<p>טיפול מחליף ניתוח</p>
<p>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.</p>	<p>מרפאה כירורגית פרטית</p>
<p>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.</p>	<p>ניתוח</p>
<p>כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994</p>	<p>קופת חולים</p>
<p>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.</p>	<p>רופא מומחה</p>
<p>כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושטלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;</p>	<p>שתל</p>

2. מקרה הביטוח:

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 4.2.1 להלן.

3. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח :

בקרות 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 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. 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 בקרות 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.

המבוטח 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 תקופת תום הביטוח

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

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

5.2.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.

5.2.2 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.

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

5.4 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.

5.5 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 .

5.6 מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית.

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

5.8 ניתוח שבוצע בישראל ושאין 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 משלים 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 בחוק 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 מלוא 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 :

בקרות 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 התייעצות.
- 3.2. שכר מנתח.
- 3.3. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, כיסוי זהה 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 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 ההתייעצות 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 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 משטרת, 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 המבוטח בתוכנית השב"ן בקופה בה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בתוכנית השב"ן או מבלי שהצטרף לתוכנית שב"ן בקופה אחרת, או בתקופה בה המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת) ("הפסקת השב"ן"), יהא המבוטח 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

יינתנו השירותים הרפואיים הבאים הכוללים:

1.1) התייעצות עם רופא מומחה:

החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל בגין התייעצות עם רופא מומחה, אצל רופא שייבחר ע"י המבוטח, על פי שיקול דעתו הבלעדי, וזאת עד 4 התייעצויות בשנת ביטוח ועד לתקרה של 1,000 ₪ להתייעצות. למען הסר ספק, בנוסף לאמור לעיל תכוסה התייעצות עם גנטיקאי/ם במקרה של ביצוע בדיקה גנטית שנועדה לאבחון גנטי במבוטח עם ו/או בלי רקע משפחתי. כמו כן, שירות של רוקחות קלינית שכולל ייעוץ תרופתי אישי ומבוצע ע"י רוקח, תיחשב התייעצות במסגרת סעיף זה.

1.2) בדיקות אבחנתיות:

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), מיפוי, מיפוי איזוטופים, CT PET, OCT, CAPSULE WIRELESS ENDOSCOPY, EEG, EMG, תהודה מגנטית פונקציונאלית (FMRI), PAP, ממוגרפיה, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמוסת וידאו, 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, לרבות בדיקות גנטיות ובדיקות אונקוגנטיות המבוצעות בטכנולוגיה נוכחית ועתידית, לרבות אם הבדיקות נשלחו למעבדה בחו"ל לצורך פענוח. בכפוף לכך שניתנה למבוטח המלצה מאת רופא שהבעיה הרפואית הנבדקת הינה בתחום מומחיותו. ההשתתפות העצמית של המבוטח הינה בשיעור של 20% או 150 ₪ לכל בדיקה, הגבוה מביניהם. 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 AF – לטיפול בהפרעות קצב.
- קולונסקופיה 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 למעיים – קפסולת וידאו לבדיקת המעיים 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, ברוכונוסקופיה (למען הסר ספק יכוסה גם במידה ובוצעה ביופסיה במהלך הבדיקה).
- 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:

א. יעוץ עם רופא מומחה ו/או שירות מוקד א.ר.ם URGENT לרפואת אף אוזן גרון דחופה: 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.

ב. בדיקה אבחנתית:

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')
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.
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.
4. תוצאות הבדיקה והפענוח ימסרו ללקוח בתוך שני ימי עסקים ממועד ביצוע הבדיקה.
5. למען הסר ספק יובהר כי הכיסוי כפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור 20% מעלות הבדיקה.
6. השירות הינו בתוקף כל עוד לחברה הסדר תקף עם ספק השירות המאפשר תור מהיר.

1.3) בדיקות סקר ורפואה מונעת –

בתום שתי שנות הביטוח הראשונות, ומידי שתי שנות ביטוח יהיה זכאי מבוטח לשיפוי הוצאותיו בגין בדיקות סקר אשר יבוצעו במכון על פי בחירתו. המבוטח יישא בהשתתפות עצמית בשיעור 30% מעלות בדיקות הסקר ולא פחות מ-410 ₪, לכל סדרת בדיקות.

1.4) בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון –

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

החברה תשלם 80% מההוצאות שנשא המבוטח בפועל ועד 3,500 ₪ ובכפוף לאמור בסעיף 38.3 בפרק ההגדרות לעיל.

1.5) טיפולים פיזיותרפיים ו/או הידרותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר

החברה המבטחת תשפה את המבוטח ב- 80% מההוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפולי פיזיותרפיה ו/או הידרותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי, ולא יותר מ-120 ₪ לכל טיפול ועד 12 טיפולים בכל שנת ביטוח. לחילופין, תתאפשר קבלת שירות לטיפול פיזיותרפיה בטכנולוגיה מתקדמת במציאות מדומה. השירות יינתן בהשתתפות עצמית של 45 ₪ בלבד אצל נותן שרות שבהסכם ויכלול במניין 12 הטיפולים בכל שנת ביטוח.

1.6) אחות פרטי החברה המבטחת תשפה את המבוטח ב- 80% בגין ההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל להעסקת אחות פרטית לצורך שמירה על המבוטח לא בהכרח בקשר לניתוח (להלן השמירה הפרטית) עד 800 ₪ לכל יום, לתקופה שלא תעלה על ארבע עשר (14) ימים. ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור לחברה המבטחת או העתקי קבלות לרבות באופן דיגיטלי או לחלופין הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח בדבר ביצוע השמירה הפרטית.

1.7) פיצוי בגין אשפוז בבית חולים שלא לצורך ניתוח –

1.7.1 מבוטח שגילו בעת מקר הביטוח מעל 18 שנה, ואשר אושפז בבית חולים בישראל שלא לצורך ניתוח, יהיה זכאי לפיצוי של 105 ₪ לכל יום אשפוז, החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית של 10 ימים.

1.7.2 מבוטח שגילו בעת מקר הביטוח מתחת ל- 18 שנים, ואשר אושפז בבית חולים בישראל שלא לצורך ניתוח, יהיה זכאי לפיצוי של 210 ₪ לכל יום אשפוז, החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית של 10 ימים.

1.7.3 מבוטח יהיה זכאי לפיצוי כאמור בפרק זה בגין תקופת אשפוז אחת במהלך כל שנת הביטוח.

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 ו/או מאיץ קווי משולב MRI - LINAC MRI - מכשיר קרינה משולב MRI המאפשר לבצע הדמיית MRI בזמן אמת

ובמהלך הטיפול, וזאת עד 100,000 ₪ לכל שנת ביטוח.

1.9 טיפולי ושירותי הפריה –

א) 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 הריון ו/או שמירה על ההריון ו/או הגדלת הסיכוי לעובר בריא, לרבות בדיקות PGD ועד לסך של 30,000 ₪ לכל תקופת הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

ב) בנוסף עבור טיפולי הפריה אשר בוצעו בחו"ל – השתתפות החברה המבטחת תהיה בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 22,500 ₪. המבוטחת או המבוטח עבור בת זוגו, יהיו זכאים לטיפול אחד בחו"ל (לכל אחד, במידת הצורך). ובכפוף לאמור בסעיף 38.3 בפרק ההגדרות לעיל.

הכיסוי כולל לרבות, אך לא רק, טיפול הכולל תרומת ביציות, השתלת ביציות וכל ההוצאות הנלוות הכרוכות בתהליך זה.

ג) מימון לשירותי פונדקאות מכל סיבה שהיא – החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מהסכום ששולם בפועל תמורת שירותי פונדקאות עד 120,000 ₪.

בנוסף, המבטח ישתתף וישפה את המבוטח בגין 80% מההוצאה שהוצאה בפועל עבור בדיקות הריון ע"פ סעיף 1.9 להלן וע"פ התקרות הנקובות בסעיף 1.9 להלן, אשר בוצעו באם פונדקאית.

ד) שמירת זרע ו/או שמירת ביציות לטווח ארוך מכל סיבה שהיא – לרבות, אך לא רק, בשיטת וטרר פיקציה וזאת עד 40,000 ₪.

ה) יובהר כי תגמולי הביטוח ישולמו למבוטח/ת שבוצע בו/ה הטיפול ומבוטח בפוליסה.

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 המבוטחת (סקירה מוקדמת ו/או סקירה מאוחרת), בדיקת שקיפות עורפית, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת מי שפיר או ססי שיליה, בדיקת חלבון עוברי, בדיקת כרומוזומים לשלילת תסמונת דאון וטרזומיה 18, מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה, בדיקת צ'יפ גנטי, בדיקת NIPT (ו/או כל בדיקת דם אחרת אשר תתוסף / תחליף את בדיקת מי השפיר), בדיקת PGD ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההריון.

1.10.2 השתתפות החברה המבטחת הינה בשיעור 80% מההוצאות הממשיות שהוצאו בפועל, אך לא יותר מ-4,100 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון.

1.10.3 במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 6,200 ₪ לכל הריון, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.10.4 תוספת לבדיקת מי שפיר – צ'יפ גנטי. החברה המבטחת תישא בסכום ביטוח נוסף של 3,000 ₪ בגין סעיף זה, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.11 ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי –

המבוטחים בפוליסה יהיו זכאים לאבחון גנטי טרום לידתי לשלילת מומים מולדים או לשלילת מוטציה גנטית אחרת 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-1,500 ₪ מההוצאות אשר הוצאו בפועל כיסוי זה יינתן לכל הריון.

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

- סיטיק פיברוזיס (CF)
- X-שביר (Fragile-X)
- גושה (Gaucher)
- קאנוואן (Canavan)
- פנקוני אנמיה ((Fanconi Anemia
- תסמונת 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 (α1-Antitrypsin Deficiency)
- אגירת גליקוגן (Glycogen Storage)
- חרשות (קונקסין)
- מייפל סירופ (MSUD)
- טיי זקס
- 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 פרטינגטון

1.12 מעקב הריון –

מבוטחת תהיה זכאית לקבלת שיפוי מהמבטח עבור ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ועד 500 ₪ לכל ביקור ועד 2 ביקורים במהלך כל הריון.

1.13 שמירת הריון באשפוז -

בנוסף לאמור בסעיף 1.7 לעיל מבוטחת אשר אושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 14 ימים, תהיה זכאית לפיצוי של 105 ₪ לכל יום אשפוז החל מהיום ה-14 לאשפוז. בכל מקרה לא יעלה סכום הפיצוי כאמור בסעיף זה על 5,120 ₪ לכל הריון.

1.14 הפסקות הריון באמצעות גלולת מייפיגין, לאחר אישור ועדה רפואית (עד שבוע שביעי) וזאת עד לגובה 3,000 ₪ (כולל עלות הוועדה) ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.15 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, 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, חולים במחלה ראומטית.

משקפיים יכוסו במקרה של: קרטקונוס, קוצר / רוחק ראייה מעל 7, קוצר/רוחק ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7 (במקרים אלו ההחזר יהיה עבור עדשות בלבד), כמו כן, משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.

עדשות מגע יכוסו במקרה של מחלות: קרטקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7.

מובהר כי הזכאות להשתתפות המבטח עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים, וסכום ההחזר לא יעלה על 450 ₪ בכל פעם.

1.15.1 המבוטח יהיה זכאי להחזר של 80% מהוצאותיו בפועל ועד תקרה של 8,000 ₪ לכל תקופת הביטוח בגין רכישת אחד או יותר מהאביזרים.

1.15.2 בנוסף לאמור לעיל, אם בוצע ניתוח במהלך תקופת הביטוח יהיה זכאי המבוטח במהלך 2 חודשים לאחר ביצוע הניתוח להחזר של 80% ועד לתקרה של 8,000 ₪ לשנתיים, יובהר כי סכום הביטוח מתחדש כל שנתיים עבור רכישת אביזרים רפואיים הנדרשים כתוצאה מביצוע הניתוח.

1.16 פיצוי בגין היעדרות מלימודים:

1.16.1 מקרה הביטוח:

היעדרות מבוטח שגילו נמוך מ- 21 מלימודיו בבית ספר, כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח

1.16.2 תגמולי ביטוח:

המבוטח יהיה זכאי בקרות מקרה הביטוח לפיצוי בסך 205 ₪ ליום לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה- 21 להיעדרות ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי).

1.17 בעיות הרטבה לילדים

1.17.1 מקרה הביטוח:

טיפול בבעיות הרטבה שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח.

1.17.2 תגמולי ביטוח:

המבוטח ישפה את המבוטח בשיעור של 80% מההוצאה בפועל, ועד לסכום מרבי של 515 ₪, לטיפול למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5. הזכאות לעד 3 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

1.18 אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקוי 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 **BRC, MOXO, TOVA** ומבחנים / מבדקים עד 3 פגישות ועד לסכום בסך 2,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

לחילופין, תתאפשר קבלת שירות תור מהיר לבדיקות להפרעות קשב וריכוז ולקויות למידה לילדים אצל נותן שירות שבהסכם עד התקרה שבפוליסה ובכפוף להשתתפות עצמית כמפורט להלן: מבחן ממוחשב להפרעת קשב וריכוז (TOVA, BRC, MOXO) - תור מהיר תוך 3 ימי עסקים (כולל פענוח מידי) בהשתתפות עצמית של 250 ₪ לאבחון. אבחון לקויות למידה:

אבחון דידיקטי - תור מהיר תוך 10 ימי עסקים לבדיקה ופיענוח, השתתפות עצמית 450 ₪ לאבחון. אבחון פסיכודידיקטי - תור מהיר תוך 10 ימי עסקים לבדיקה ופיענוח, השתתפות עצמית 1,200 ₪ לאבחון.

הזכאות הינה אחת לכל תקופת הביטוח ובכפוף לאמור בסעיף 38.3 בפרק ההגדרות לעיל.

1.19 טיפול בבעיות התפתחות / ליקוי למידה בילדים עד גיל 16:

החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות בילד אשר התגלו ואובחנו אצל ילד מבוטח על ידי רופא מומחה להתפתחות הילד מטעם המבוטח ו/או נירולוג מטעם המבוטח ו/או פסיכיאטר מטעם המבוטח ו/או פסיכולוג מטעם המבוטח ו/או המלצה במסגרת אבחון שבוצע כמפורט בסעיף 1.18 לעיל לפי העניין, המחייבות טיפול ע"י אחד מאלה:

- פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג ו/או הוראה מתקנת ו/או באמצעות שיטת ריפוי אחרת.

המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות כאמור לעיל בשיעור של 60% מעלות הטיפול ועד 120 ₪ לטיפול ולא יותר מ-40 טיפולים לכל המקצועות גם יחד במהלך תקופת הביטוח.

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

החברה המבטחת תשפה את המבוטח ב-80% מההוצאות שהוציא בפועל עבור טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) ו/או בעקבות ניתוח ו/או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה, וזאת עד 150 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.21 זריקות לצורך רפואי וכן הזרקת חומרי סינוך למפרקים ו/או לעמוד השדרה כגון: אורטוקין, חומצה הילאורונית, וולטרן, קורטיזון, אפידורל, בוטוקס רפואי והזרקות PRP: החברה המבטחת תשלם ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סינוך לרבות למפרקים ו/או לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי של 4,000 ₪ לשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל בכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק טיפולים מחליפי ניתוח.

1.22 שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי בישראל:

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 ביצוע ניתוח ו/או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר עפ"י החלטת הפרמדיק שנמצא באמבולנס ו/או בהיטס הרפואי, ללא מגבלה.

1.23 הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:

החברה המבטחת תשלם ישירות לבי"ח או למעבדה פרטית או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור או העתקי קבלות לרבות באופן דיגיטלי או דואר אלקטרוני בגין בדיקה פתולוגית בכל טכנולוגיה או אמצעי שהוא 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 לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח ו/או אופי הטיפול לו הוא נדרש. כמו כן, תכוסה במלואה בדיקה פתולוגית נוספת בישראל או בחו"ל. למען הסר ספק, סעיף זה יחול גם שלא לצורך ניתוח.

1.24 הוצאות בגין טיפולים משקמים:

1.24.1 כיסוי להוצאות טיפולים פיזיותרפיים ו/או הידרותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום – לאחר ביצוע ניתוח, יינתן כיסוי על פי הוראת רופא מטעם המבוטח לטיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום עד 20 טיפולים לשנת ביטוח עד לסך 200 ₪ לטיפול.

1.24.2 התעמלות שיקומית - המבטח ישפה את המבוטח בשיעור של 80% מהסכום ששולם בפועל בגין התעמלות שיקומית לאחר אירוע רפואי ועל פי הוראת רופא מטעם המבוטח, ועד לסכום מרבי של 180 ₪ לחודש ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.

1.24.3 התעמלות שיקומית לאחר ניתוח – המבטח ישפה את המבוטח בשיעור של 80% מהסכום ששולם בפועל בגין התעמלות שיקומית לאחר ניתוח, ועד לסכום מרבי של 180 ₪ לחודש ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים המסתיימת לכל המאוחר בתום 18 חודשים ממועד ביצוע הניתוח.

1.25 ימי החלמה:

בכל מקרה של אירוע רפואי המחייב החלמה תשתתף החברה המבטחת ב-80% מהוצאות החלמה ששולמו בעקבות ובסמוך לאירוע כאמור עד לסך של 800 ₪ לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על ארבעה עשר (14) ימי החלמה, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על ידי רופא מומחה מטעם המבוטח, בכפוף להצגת חשבוניות מקוריות או העתק נאמן למקור או העתקי קבלות לרבות באופן דיגיטלי או דואר אלקטרוני.

1.26 טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים

המבטח ישתתף ב-80% מהוצאות המבוטח בגין טיפול בפצעים פתוחים ו/או מזוהמים לרבות פצעי לחץ, ו/או מכל סיבה רפואית אחרת בעת שהייה בבי"ח ו/או בבית החלמה ו/או בבית, עד לסך של 11,500 ₪ למקרה.

1.27 טיפול בתא לחץ-

המבטח ישתתף וישפה את המבוטח בגין טיפול בתא לחץ ובכפוף להפניה כתובה של רופא מטעם המבוטח ועד לתקרה של 20,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף לקבלות מקוריות ו/או העתק נאמן למקור או העתקי קבלות לרבות באופן דיגיטלי או דואר אלקטרוני.

1.28 טיפולים בכאב לרבות הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק, בין אם תחת שיקוף ובין אם לא –

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (ככל וקיימים) ועל 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 6,000 ₪ בשנת ביטוח. ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. למען הסר ספק, הטיפולים אינם כוללים טיפולים מתחום הרפואה המשלימה. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק

אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק טיפולים מחליפי ניתוח

1.29 יעוץ פסיכולוגי:

המבוטח יהיה זכאי ליעוץ ו/או טיפול פסיכולוגי שניתנו למבוטח ע"י פסיכיאטר ו/או פסיכולוג ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי מורשה.
המבטח ישפה את המבוטח בשיעור של 60% מעלות הטיפול ועד 225 ₪ לכל טיפול, ועד 12 טיפולים לכל שנת ביטוח.

1.30 מנוי למשדר קרדיולוגי:

1.30.1 מקרה הביטוח:

קבלת שרות למשדר קרדיולוגי עקב אירוע רפואי כמפורט להלן שאירע או אובחן במבוטח.

1.30.2 תגמולי ביטוח

המבטח ישפה את המבוטח עבור דמי מנוי לשירות משדר קרדיולוגי בשיעור 80% מהוצאות בפועל, ועד לסכום של 165 ₪ לחודש, לתקופה מרבית בת 24 חודשים.

1.30.3 זכאות:

הזכאות לפי סעיף זה מותנית בכך שמצבו הבריאותי של המבוטח המחייב שימוש בשירותי מנוי למשדר קרדיולוגי על פי רופא מומחה מטעם המבוטח במקרים הבאים:

- א. המבוטח אובחן כסובל ממחלת לב איסכמית, או עבר אוטם שריר הלב.
- ב. אובחן במבוטח הצורך בניתוח לב או השתלת לב.
- ג. המבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו.

1.31 ניתוחי חניכיים וטיפולי שיניים כירורגיים:

המבטח יישא בעלות ניתוחי חניכיים, וניתוחים/טיפולים כירורגיים המבוצעים במרפאת רופא מומחה כירורג פה ולסת או פריודנט מומחה.

אם הטיפול יבוצע ע"י מומחה אשר בהסכם עם המבטח יישא המבטח במלוא עלות הטיפול.

אם הטיפול מבוצע ע"י מומחה אשר אינו בהסכם עם המבטח ישתתף המבטח בשיעור 80% מעלות הטיפול ועד 10,250 ₪ בכל תקופת הביטוח.

יובהר כי על פי פרק זה לא יכוסו טיפולים שיקומיים כלשהם לרבות ומבלי למצות התקנת שתלים, כתרים, גשרים, תותבות או כל טיפול שיניים משמר או מניעתי.

יובהר כי על פי פרק זה יכוסו ניתוחי יישור לסתות וטיפולי שיניים כהכנה לביצוע ניתוח זה או הנדרשים לאחר הניתוח. (כגון טיפולי יישור שיניים).

1.32 סיוע וטיפול לאחר ניתוח:

בוצע במבוטח ניתוח במהלך תקופת הביטוח, והמבוטח הינו מרותק למיטתו ונזקק לשירותי מטפל/ת עפ"י חוות דעת של רופא מומחה מטעם המבוטח, יהיה זכאי לשיפוי בשיעור 80% ועד 1,000 ₪

לשבוע עבור שרותי סיוע או טיפול. הזכאות לתגמולי ביטוח הינה ממועד השחרור מבית החולים ולתקופה מרבית בת 6 שבועות.

1.33 בגין סעיפים 1.21 ו-1.28 מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק טיפולים מחליפי ניתוח או דרך הסעיף הרלוונטי המטיב עבור המבוטח.

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

1.35 שיפוי שב"ן :

בחר המבוטח לקבל את השירות הרפואי או השיפוי בגינו מקופת חולים ו/או מתוכנית שב"ן ו/או מחברת ביטוח אחרת ו/או מפוליסה אחרת שברשותו, תחזיר החברה המבטחת למבוטח את גובה ההשתתפות העצמית ששולמה על ידו לקופת חולים ו/או השב"ן ו/או חברת הביטוח האחרת ו/או הפוליסה האחרת (לפי העניין) במקרה זה, ישלים השיפוי שיינתן למבוטח ע"י החברה המבטחת עד לשיעור של 100% מההוצאה בה נשא המבוטח ועד לסכומים המרביים הנקובים בסעיפים לעיל.

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

בכל מקרה תינתן אפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי של הלקוח.

פרק ה' - 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 שכתובתו: WWW.MIGDAL.CO.IL	"אתר אינטרנט של החברה"
הסכומים שעל המבוטח לשלם לחברה מידי חודש, בגין כתב שירות זה, כנקוב בדף פרטי הביטוח.	"דמי מנוי"
דף המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל בין היתר, את פרטי המבוטח, דמי המבוטח, המועד הקובע ופרטים נוספים הנוגעים לכתב שירות זה.	"דף פרטי הביטוח"
מגדל חברה לביטוח בע"מ.	"החברה" ו/או "המבטחת"
מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה, לגבי המבוטח, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.	"המועד הקובע"
הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר.	"המפקח"
תכנית ביטוח תקפה של החברה הכוללת את השירות בכתב שירות זה.	"הפוליסה"
השירותים הכלולים במפורש ברשימה שבסעיף ד' להלן, שינתנו למנוי על פי הוראות כתב שירות זה.	"השירות" או "השירותים"
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.	"השתתפות עצמית"
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.	"מדד"
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:	"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 המבטח בהסכם בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה ובלבד שהינה צד להסכם עם המבטח במועד פניית המבוטח למנוי לצורך קבלת השירות.	"מרפאת הסדר"
רופא, מרפאה, מכון וכל גוף אחר המספק שירות לו זכאי המבוטח על פי כתב שירות זה, עמם קשור המבטח בהסכם תקף במועד פניית המבוטח למוקד השירות לצורך קבלת השירות.	"נותן שירות שבהסכם"
הגוף עימו התקשרה החברה בהסכם לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה.	"ספק השירות" או "המבטח"

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 המבטח בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבטח במועד פניית המבוטח 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"
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 צורף המבוטח לכתב שירות זה מחדש, בתקופות שירות בלתי רצופות. המבוטח לא יהיה זכאי לשירותים לפני תום תקופת האכשרה. למען הסר ספק, מובהר כי המבוטח יחויב בתשלום דמי מנוי בגין תקופת האכשרה.	"תקופת אכשרה"

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 תשמנה 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 המבוטח 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 והמבוטח 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:

המבוטח 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 ב' לעיל, בכל הקשור לשירות אבחון מהיר עפ"י סעיף זה, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצידם:

בדיקות המבוצעות למנוי במסגרת תהליך אבחון המבוצע מכוח כתב שירות זה.	"בדיקות אבחנתיות" רפואיות
רופא מומחה עימו קשור המבטח בהסכם תקף כרופא ממיין בקשר למתן השירותים במועד קבלת השירות בפועל .	"רופא ממיין"
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.	"תהליך אבחון Diagnosis"

3.1.2 המבוטח יהא זכאי לתהליך אבחון כמפורט להלן:

3.1.2.1 תהליך אבחון בסיסי:

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

3.1.2.1.2 תהליך האבחון הבסיסי יתקיים **תוך 3 ימי עבודה** ממועד פנייתו של המבוטח ובסיומו ימסור הרופא הממיין 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 ש"ח.

3.1.2.2 שיחה טלפונית עם הרופא הממיין:

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

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

אולם, אם ביצע המבוטח תהליך אבחון בסיסי לא תחול השתתפות עצמית נוספת בגין השיחה הטלפונית עם הרופא הממייין על פי סעיף זה וההשתתפות העצמית עבור תהליך האבחון הבסיסי והשיחה הטלפונית עם הרופא הממייין 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 הממייין, 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 הממייין עם רופא מומחה בתחום הרלוונטי בנוגע למצב הרפואי של המבוטח בסיום הבדיקות וההתייעצות ימסור הרופא הממייין 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 ₪.

3.1.2.4 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.

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

3.1.2.6 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.

3.1.2.7 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.

3.1.2.8 חריגים מיוחדים לשירות אבחון מהיר

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

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

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

3.1.2.8.4 השירות לא יכלול בדיקות לאבחון הפרעות קשב וריכוז.

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

3.1.2.8.6 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 שידרש 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 חשבונם.

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 מידי 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 בטיפול 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 ולא 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 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 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 בשרות 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

8.1.1 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.

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

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

9. שונות

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

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

פרק ו' – חוות דעת נוספת מחו"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 וכן התייעצות טלפונית של הרופא המטפל עם נותן חוות הדעת בחו"ל.

3. סכום הביטוח -

3.1 השיפוי בגין חוות דעת שנייה שניתנה על ידי רופא ו/או רופאים ו/או מרכז רפואי מחו"ל יהא עד לסך 8,200 ₪ ובהשתתפות עצמית של 20%.

3.2 במקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבוטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה המבטח את המבוטח בסכום של עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה וסכום של עד \$400 לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.

4. כיסוי לבדיקות 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 עד לסך \$5,000 ובהשתתפות עצמית של 20%.

בכל מקרה תינתן אפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי של הלקוח.

פרק ז' - 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
- 1.2 הומיאופתיה
- 1.3 ביו פידבק
- 1.4 כירופרקטיקה
- 1.5 טיפול לפי שיטת פלדנקיירז
- 1.6 אוסטיאופתיה
- 1.7 רפלקסולוגיה
- 1.8 שיאצו
- 1.9 היפנוזה
- 1.10 נטורופתיה
- 1.11 ייעוץ דיאטטי
- 1.12 שיטת טווינא
- 1.13 דמיון מודרך לחולי סרטן
- 1.14 שיטת פאולה
- 1.15 שיטת שניידר
- 1.16 שיטת אלכסנדר
- 1.17 חדר מלח
- 1.18 הרבולוגיה

* רשימה זו אינה רשימה סגורה, כל טיפול רלוונטי נוסף ו/או מקביל יכוסה, לרבות טיפולים שמבוצעים במכונים של קופות החולים.

2. מקרה הביטוח:

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

3. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח:

סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בגובה 75% מההוצאה ועד 120 ₪ לכל טיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.

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

בכל מקרה תינתן אפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי של הלקוח.

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 10,000 ₪ לכל שנת ביטוח.
2. צנתור לטיפול בהידרוצלה ו/או ווריקוצלה וניתוח להפרדת הידבקויות תוך רחמיות.
3. תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI.

בכל מקרה תינתן אפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי של הלקוח.

פרק ט' טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. 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.

2. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל:

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

3. 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 לנותן השירות בחו"ל, והכול עד סכום השיפוי המרבי:

- 3.1 שכר נותן טיפול מחליף ניתוח – הוצאות שכר נותן הטיפול המחליף ניתוח.
- 3.2 שכר מרדים – הוצאות שכר המרדים.
- 3.3 הוצאות חדר ניתוח / טיפול מחליף ניתוח והוצאות אשפוז בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל.
- 3.4 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.
- 3.5 בדיקה פתולוגית – הוצאות בדיקה פתולוגית שנדרשה במקרה של טיפול מחליף ניתוח.

4. 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:

- 4.1 **א) 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.
- ב) 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.

4.2 הוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע טיפול מחליף ניתוח – הוצאות חדר ניתוח והוצאות אשפוז כמפורט בסעיף 3.3 ו-3.4.

- א) 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.
- ב) 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.

5. תגמולי ביטוח נוספים (הוצאות בגין שירותים נוספים)

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

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 ₪.

6. 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.

בכל מקרה תינתן אפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי של הלקוח.

נספח ב' – השירותים (SLA)

תוך 30 יום ממועד תחילת ההסכם מתחייבת החברה המבטחת להפיץ לכל המבוטחים חוברות פוליסות, לרבות צירוף טפסי הצטרפות לבני המשפחה בתוספת דברי הסבר על עיקרי הפוליסה והשירותים עפ"י תקנות גילוי נאות, דפי מידע לעובד ולבני משפחתו, אשר מפרטים את תנאי הפוליסה החדשה, הטיפולים שמכוסים ופירוט על הליך כניסת בני משפחה לביטוח. החברה המבטחת תנפיק חוברת מידע. החברה המבטחת תישא במלוא עלויות הפקת החוברות לרבות הפצה ודיוור החוברות. במידה ויחולו שינויים בפוליסה במהלך תקופת הביטוח, תשלח החברה המבטחת חוברות חדשות לכל המבוטחים ותישא בעלויות כאמור לעיל.

1. טרם הפצת דפי המידע והחוברת הנ"ל על החברה המבטחת לקבל את אישור "בעל הפוליסה" לגבי נוסח הדברים.

2. החברה המבטחת תקצה מוקד ותקצה קו שמספרו **1-800-077-183** ונציגי שירות ומקצועיים אשר יענו: "ארגון עובדי צה"ל לבריאות שלום", יטפל במבוטחי "בעל הפוליסה" וייתנו מענה לכל פניה של המבוטחים (להלן: "מוקד ארגון עובדי צה"ל"). מוקד ארגון עובדי צה"ל יפעל בימי א'-ה' בשעות הפעילות המקובלות ולאחריהן מופעל מוקד למקרי חירום בלבד, וזאת למעט ביום כיפור. "מוקד ארגון עובדי צה"ל" מתחייב לתת מענה מהיר במיוחד לפניות המבוטחים ולדאוג שזמני ההמתנה יהיו קצרים והכול בכפוף לסעיף 5 להלן. החברה המבטחת תקצה נציג מצוות תביעות, אשר יהיה זמין לקבל את פניותיהם הדחופות של צוות "מוקד ארגון עובדי צה"ל" וכן של נציגי העובדים.

3. החברה המבטחת תשלח נציג להרצאות בנושא עפ"י החלטת בעל הפוליסה, ללא קשר למחויבות בסעיף 10.2 להסכם.

4. בנוסף, על החברה המבטחת לדאוג ולהעסיק עובדים מקצועיים ומיומנים על חשבונה שיטפלו אך ורק בחומר שמתקבל ממבוטחי "בעל הפוליסה". למען הסר ספק, על העובד לדאוג לטפל בכל התביעות לתשלום שמתקבלות מהמבוטחים. על העובדים להקפיד לעמוד בזמני תשלומי התביעות ומתן תשובות לשאלות, כפי שמפורט בפוליסה ובנספח זה. כמו כן, עובדים אלו ייפגשו 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 (SLA).

5. החברה המבטחת תעניק את כל השירותים הדיגיטליים עבור בעל הפוליסה והמבוטחים, וזאת בין היתר לצורך הגשת תביעות, הצטרפויות ושאלות דרך המייל, באתר החברה ובאפליקציה.

(ב) דרישות טכניות – תנאי סף

1. מערכת CRM לניהול מוקד.
2. מערכת הקלטת שיחות.
3. תוכנת ניהול מידע הכוללת את כל המידע הנדרש בהקשר לזכויות המגיעות בכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הביטוחים המשלימים של קופות החולים ופוליסות הפרטיות שבשוק.
4. מחלקת back office לניהול מערך סילוק התביעות וניהול התביעות מול חוק בריאות ממלכתי, הביטוחים המשלימים של קופות החולים וחוברות הביטוח.

א) השירותים הנדרשים במסגרת המערך למתן מידע ומימוש זכויות – תנאי סף

1. מתן מידע מקצועי ואובייקטיבי לגבי כיסויים הקיימים במסגרת קופת החולים בה חבר המבוטח בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.
2. מתן מידע מקצועי ואובייקטיבי לגבי הכיסויים הקיימים במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) בה מבוטח העובד בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.
3. מתן מידע לגבי הכיסויים הקיימים בפוליסה בהקשר לבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח.
4. מתן מידע והכוונה מעשית בפועל לגבי הדרך הנכונה והיעילה לניצול נכון ומרבי של הכיסויים בהסתמך על הביטוחים והכיסויים שברשות המבוטח.
5. החברה המבטחת ו"מוקד ארגון עובדי צה"ל" יסייע למבוטחים במילוי טפסים, לרבות טפסי התביעה וכן תעמיד לצורך זה כוח אדם מתאים במשרדה.
6. החברה המבטחת ו"מוקד ארגון עובדי צה"ל" יסייעו לבעל הפוליסה, למבוטחים ולנציגי בעל הפוליסה בכל הליך פרוצדוראלי, הסבר, הבהרות וכיו"ב בכל עניין הקשור בזכויות המבוטחים עפ"י הפוליסה וההסכם.
7. התחייבות החברה המבטחת ו"מוקד ארגון עובדי צה"ל" לסיוע עפ"י הסכם ופוליסה אלו, הם חלק בלתי נפרד מתנאי ההסכם ומקבל הסיוע לא יחויב בכל תשלום בגין הסיוע הנ"ל.
8. החברה המבטחת תעמיד לרשות בעל הפוליסה את האמצעים לשם שיווק תנאי הפוליסה והשירות הניתן לה, ובכלל זה תפיק או תממן, עפ"י דרישת בעל הפוליסה אתר אינטרנט ו/או פעילות הסברתית אחרת.

ב) השירותים הנדרשים במסגרת מערך ניהול הפוליסה – תנאי סף

1. הפקת פוליסות בתחילת הביטוח יעשו על ידי חברת הביטוח.
2. הפקת אישורי ביטוח שהמבוטח עשוי להזדקק להם.
3. שינוי כתובת מבוטח.
4. עדכון פרטי הגביה או אופן הגביה של המבוטח.
5. טיפול וביורר בבעיות גביה ותשלומים.
6. עדכון מספר המבוטחים בפוליסה (במקרה של הולדת ילד פטירה חו"ח וכו').

ג) השירותים הנדרשים במסגרת המערך לסילוק תביעות יעיל – תנאי סף

1. החברה המבטחת ו"מוקד ארגון עובדי צה"ל" יקבל את מסמכי התביעה הנדרשים לסילוק התביעה ויאשר למבוטח את קבלתם ב- SMS במייל או בדואר כפי שסוכם בין המבוטח ל"מוקד ארגון עובדי צה"ל".
2. החברה המבטחת ו"מוקד ארגון עובדי צה"ל" יבחן את החומר הרפואי על פי הנחיות חברת הביטוח ותנאי הפוליסה. "מוקד ארגון עובדי צה"ל" מתחייב כי משך הבחינה לא יעלה על 2 ימי עבודה ממועד קבלת מסמכי התביעה שנדרשו מהמבוטח.
3. אם יידרש ניהול תביעה משולב עם קופת החולים בה חבר המבוטח, או הביטוח המשלים או חברת ביטוח אחרת, תפעל החברה המבטחת ו"מוקד ארגון עובדי צה"ל" מול הגורם המבטח הנוסף על מנת לסלק את התביעה במשותף.
4. לצורך ניהול התביעה המשותף יחתום המבוטח על יפוי כוח לטובת החברה המבטחת המסמיך אותה לפעול בשמו מול כל מבטח נוסף לרבות (אך לא רק) קופת חולים, כמו כן במידת הצורך, ועפ"י החלטת המבוטח, יפגש נציג "מוקד ארגון עובדי צה"ל" עם המבוטח במשרדי החברה המבטחת, יסביר לו על יפוי הכוח ויסייע לו במילוי הטופס.

5. בזמן תביעת ניתוח בארץ יצורפו: ההתחייבויות כספיות או אופן חישוב סכום ההחזר, בצירוף כל הסכומים הרלוונטיים.
6. עם סיום הליך בחינת הזכאות והתאומים לגבי החזרי תשלום, מול המבטח הנוסף ו/או קופת החולים, ובמידה והמבטח נמצא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח, תשולם התביעה באמצעות אפליקציית תשלומים / העברה בנקאית / המחאה על פי הפרטים שנמסרו ל"מוקד ארגון עובדי צה"ל" על ידי המבטח. החברה המבטחת ו"מוקד ארגון עובדי צה"ל" מתחייבים כי תשלום התביעה יעשה תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימי עבודה במקרה של התחייבות כספית לנותן שרות בהסכם ו- 14 ימי עבודה במקרה של החזר כספי, ממועד סיום הליך בדיקת הזכאות כאמור לעיל. במידה והתשלום לא יבוצע תוך 14 ימים כאמור לעיל, תאושר ותשולם התביעה באופן מלא ומיידי ע"י החברה המבטחת.
7. עם סיום הליך בחינת הזכאות והתאומים מול החברה המבטחת הנוספת ו/או מול קופת חולים, לגבי שליחת כתב התחייבות לקבלת טיפול רפואי, ובמידה והמבטח נמצא זכאי לקבלת הטיפול, ישלח "מוקד ארגון עובדי צה"ל" טופס התחייבות למבטח או לספק השירות על פי הפרטים שנמסרו ל"מוקד ארגון עובדי צה"ל" על ידי המבטח. החברה המבטחת מתחייבת כי כתב ההתחייבות שלה יכלול את כל הזכאויות הרלוונטיות למקרה הנדון עפ"י תנאי הפוליסה. המבטח ישלח התחייבות כספית לתשלום תגמולי הביטוח על פי דרישת ספק השירות לא יאוחר מ-7 ימי עבודה מקבלת דרישת ספק השירות ו/או המבטח והמצאת כל המסמכים הנדרשים, למעט במקרים דחופים בהם תשלח ההתחייבות הכספית מיד על פי דרישת ספק השירות. במקרים בהם ספק השרות אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יהיה המבטח זכאי לקבל מהמבטח כיסוי כספי כנדרש על ידי ספק השרות, לרבות העברה כספית ישירה לספק השרות בכפוף להסכמת ספק השרות.
8. במידה והמבטח ימצא לא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח, תשלח החברה המבטחת ו"מוקד ארגון עובדי צה"ל" מכתב סירוב מנומק המסביר למבטח מדוע לא נענתה בקשתו לתשלום תגמולי הביטוח, כמו כן במידת הצורך, ועפ"י החלטת המבטח, ייפגש נציג "מוקד ארגון עובדי צה"ל" עם המבטח במשרדי החברה המבטחת, ויסביר לו את סיבת הדחייה.
9. עם סיום הטיפול, ובאותם מקרים בהם לא הצליח "מוקד ארגון עובדי צה"ל" להביא לסילוק משותף של התביעה מול מבטח נוסף לרבות קופת חולים או ביטוח משלים, החברה המבטחת תשלם את חלקה בלבד.
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 לעיזבוננו של המבטח או ליורשיו הנקובים בעותק צו קיום צוואה או בצו ירושה אשר יומצא לה ע"י העיזבון.
11. במידה ונמסרה למבטח תשובה בקשר לזכאות ו/או לכיסוי שלא קיים בפוליסה ו/או לא קיים ברובד בו הוא מבטח, התביעה תאושר ותשולם.
12. תביעה שאושרה טלפונית, תשולם (גם במידה ואושרה בניגוד לתנאי הפוליסה).
13. מבטח/ת ו/או היועץ זכאי לבקש ולקבל את הקלטות השיחות עימו.

(ד) התחייבות למתן שירות, אמת שירות –SLA

1. "מוקד ארגון עובדי צה"ל" מתחייב לענות לטלפון בזמן סביר, 80 אחוז מהשיחות יענו תוך 30 שניות, ככל הניתן.
2. "מוקד ארגון עובדי צה"ל" מתחייב כי במקרים בהם יהיה קיים עומס פונים למוקד, ייקח נציג השירות מהלקוח המתקשר את פרטיו ויחזור אליו על מנת לטפל בבעיה בגינה פנה ל"מוקד ארגון עובדי צה"ל", וזאת, תוך יום עבודה אחד ממועד הפניה הראשונה.
3. "מוקד ארגון עובדי צה"ל" מתחייב כי בכל מקרה, משך הטיפול בבעיה בגינה פנה המבוטח למוקד ארגון עובדי צה"ל" לא יעלה על יום עבודה אחד.
4. "מוקד ארגון עובדי צה"ל" מתחייב לסיים בחינת כל חומר רפואי עפ"י תנאי הפוליסה, תוך זמן שלא יעלה על 2 ימי עבודה ממועד קבלת מסמכי התביעה שנדרשו מהלקוח ובמידה ונדרשת השלמת מסמכים מהמבוטח, ההודעה תישלח ו/או תימסר למבוטח לא יאוחר מתום 2 ימי עבודה נוספים. במידה וההודעה לא תישלח ו/או תימסר למבוטח במסגרת זמן זו, החברה המבטחת לא תוכל לדרוש מסמכים נוספים מהמבוטח והתביעה תאושר ותשולם עפ"י סעיף 6 להלן.
5. "מוקד ארגון עובדי צה"ל" 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.
6. החברה המבטחת מתחייבת כי עם סיום הליך בחינת הזכאות, עפ"י סעיף 4 לעיל, ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח תשלח המחאה / הפקדה בנקאית למבוטח עפ"י הפרטים שנמסרו ל"מוקד ארגון עובדי צה"ל" ע"י המבוטח תוך תקופה שלא תעלה על 14 ימי עבודה. ובמידה והתביעה לא תשולם במסגרת זמן זו, החברה המבטחת תאשר ותשלם את התביעה במייד.
7. המבוטח ו/או היועץ זכאי לבקש ולקבל את הקלטות השיחות עימו.
8. החברה המבטחת לא תענה למבוטח כי הוא אינו מבוטח מבלי לבדוק עם בעל הפוליסה

מגדל היא חלק בלתי נפרד מהנוף הישראלי. המשורר הלאומי חיים נחמן ביאליק הוא שנתן לה את שמה, בשנת 1934. הרופא הראשון של מגדל היה המשורר ד"ר שאול טשרניחובסקי.

לאורך ההיסטוריה של מדינת ישראל שימשה **מגדל** גורם כלכלי מרכזי במשק כיום, כבר יותר מ-80 שנה מגדל היא החברה המובילה בישראל בתחומים ביטוח, פנסיה ופיננסים.

מגדל פועלת לחדש ולפתח תוכניות ביטוח, חיסכון פנסיוני ומוצרים פיננסיים מתקדמים, שיענו על הצרכים המשתנים של קהל לקוחותיה, תוך שהיא מקפידה להעניק להם שירות מקצועי וביטחון כלכלי.

כל מה שצריך לדעת על קבלת שירות רפואי והגשת תביעה

במקרה של צורך בשירות רפואי המכוסה בהתאם לתנאי הפוליסה, מומלץ לפנות למוקד התביעות של מגדל בטלפון: 183-077-800-1, ימים א'-ה' 08:00-16:00. לאחר שעות הפעילות ובמקרי ניתוח דחופים בלבד, ניתן לפנות למוקד הטלפוני: 073-2049169, ימים א'-ה' החל מהשעה 17:00 ועד 8:00 בבוקר, בימי ו', שבתות וחגים המוקד פעיל 24 שעות ביממה.

ניתן להגיש תביעה באמצעות

במייל לכתובת: Tviottzhal@migdal.co.il

פקס: 076-8869008

דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, מחלקת תביעות בריאות,

רח' היצירה 2 קריית אריה פתח - תקווה, ת.ד. 3063, מיקוד 4951228

להגשת תביעה דיגיטלית מהירה באתר בכתובת: www.migdal.co.il

או באמצעות אפליקציית מגדל

לתמיכה במקרה של תקלה באתר או באפליקציה

בימים א-ה 08:00-16:00

בטלפון: 076-8865865

במקרה של מחלוקת מול חברת מגדל בנושא תביעה יש לפנות לחברת בריאוטיפ

בטלפון: 03-6005481 או במייל: shimrit@briutip.co.il
