

השירותים והטיפולים שמכסה פוליסת הבריאות הקבוצתית של מגדל

ברובד הבסיס:

ביטוח השתלות בישראל או בחו"ל - פרק א'1

טיפולים מיוחדים ניתוחים בחו"ל - פרק א'2

ניתוחים בחו"ל - פרק א'3

טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - פרק א'4

תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית - פרק ב'

ברובד המורחב:

ביטוח לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים - פרק ג'

שירות אבחון מהיר - פרק ג'

חוות דעת נוספת מחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל - פרק ד'

רפואה משלימה - פרק ה'

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מהשקל הראשון - פרק ו'1

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן - פרק ו'2

פרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה - פרק ז'

מהי תקופת ההסכם?

תקופת הביטוח בהתאם להסכם בין "מגדל חברה לביטוח בע"מ למול "פלאפון תקשורת בע"מ"

עבור ביטוח הבריאות הקבוצתי הינה מ- 1.5.2022 ועד 30.4.2027.

לאחר תקופה זו, הפוליסה תוארך בהסכמת הצדדים.

כל תנאי הפוליסה, מידע חשוב נוסף על המוצרים שלך במגדל ומגוון פעולות דיגיטליות בשירות עצמי, מחכים לך ב- "מגדל שלי", האזור האישי שלך באתר ובאפליקציית מגדל.

לתנאי הפוליסה המלאים >>>



ועד עובדי פלאפון

למידע נוסף >>

למידע נוסף >>

למידע נוסף >>

למידע נוסף >>

למידע נוסף >>

למידע נוסף >>

למידע נוסף >>

למידע נוסף >>

למידע נוסף >>

למידע נוסף >>

למידע נוסף >>

למידע נוסף >>



ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי פלאפון תקשורת בע"מ ובני משפחותיהם



מגדל



פלאפון.



ועד עובדי פלאפון

עובדים ועובדות יקרים,

אנו שמחים להציג בפניכם את תכנית ביטוח הבריאות החדשה עבור עובדי פלאפון ובני משפחותיהם.

ועד העובדים והנהלת החברה פועלים רבות על מנת להבטיח לכם סל שרותי בריאות מהמתקדמים שיש, המעניק כיסוי נרחב למגוון מצבים רפואיים.

הצלחנו לשדרג עוד יותר את ביטוח הבריאות ולהשיג עבורכם ועבור בני משפחותיכם תנאים מהטובים במשק.

בנוסף, השגנו הוזלה משמעותית של 15% בעלות הביטוח ברובד המורחב לבני משפחה, התקפה למצטרפים חדשים ואף למבוטחים הקיימים.

כמו כן, הפוליסה כוללת הטבה חדשה שהושגה למבוטחים על ידי חברת בריאוטיפ למשך שנת 2022 – שרותי CASE MANAGEMENT של חברת 'קונסיליום' בראשות פרופ' גבי ברבש לניהול וליווי מצב רפואי מורכב ו/או מחלה קשה אליו תקלעו.

אנו רואים חשיבות רבה בנושא ביטוח הבריאות עבורכם ועבור בני משפחותיכם ונמשיך לדאוג לכיסויים הרפואיים המקצועיים והשירותיים הטובים ביותר.

חברת בריאוטיפ תעמוד לרשותכם ותסייע לכם מול חברת מגדל ותסייע במיצוי זכויותיכם על פי תנאי הפוליסה. במקרה של בעיה דחופה ניתן לפנות למספר חרום מיוחד המופיע בחוברת הפוליסה.

אנו מזמינים אתכם לעיין בחוברת ולהכיר את הכיסויים הביטוחיים אל מול הצרכים האישיים שלכם.

בקרב נקיים הדרכות מסודרות בהן נסקור את החידושים בפוליסה, נבין טוב יותר מה משמעות 'תור מהיר', נעבור על פורטל הבריאות בו נמצאים הטפסים והמידע החשוב וכמובן היכרות עם הצוות המסייע לפלאפון בתחום הבריאות.

מאחלים לכולם בריאות טובה

צביקה אברמוביץ

סמנכ"ל משאבי אנוש ומנהל

יחיאל שמן

יו"ר ועד עובדי פלאפון

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 1-700-50-66-62 שלוחה 7 | פקס 076-8869008 | מייל tviotbripel@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 קבוצת פלאפון תקשורת חבילת כיסויים - גילוי נאות

לוח 1 – תמצית פרטי הפוליסה

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי פלאפון תקשורת ובני משפחותיהם
סוג ביטוח	ביטוח בריאות הכולל כיסוי השתלות בישראל ובחו"ל, טיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, תרופות שלא כלולות בסל הבריאות, שירותים אמבולטוריים, חוות דעת נוספת בחו"ל, רפואה משלימה, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, אפשרות לכיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ משלים שב"ן, פרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה. אבחון רפואי מהיר
תקופת הביטוח	חמש שנים החל מה-01.05.2022 עד 30.04.2027
תיאור הביטוח	<p>חבילה הכוללת כיסויים כדלהלן:</p> <p><u>רובד בסיס</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • בפרק א'1 - השתלות בישראל או בחו"ל. • בפרק א'2 - טיפולים מיוחדים בחו"ל. • בפרק א'3 - ניתוחים בחו"ל. • בפרק א'4 - טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל. • פרק ב' - תרופות שלא בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית. <p><u>רובד מורחב</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • פרק ג' - שירותים אמבולטוריים- התייעצות עם רופא מומחה, בדיקות רפואיות אבחנתיות, תור מהיר לייעוץ, בדיקות ואבחונים לילדים, מוקד א.א.ג דחוף, בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון, טיפולים פיזיותרפיים/הידרותרפיים/ספורטתרפיה/ ריפוי בעיסוק/התעמלות שיקומית/טיפול שיקומי אחר, אחות פרטית, טיפולים/ייעוץ אונקולוגיים, טיפולי ושירותי הפריה, בדיקות ושירותים לנשים בהריון, ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי, הפסקות הריון באמצעות גלולת מייגיפין, השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים, אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה, טיפול בבעיות התפתחות בילדים, בדיקות לרפואה מונעת, טיפולי שיקום, שיקום הדיבור ו/או הראיה למבוטח לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב- amblyopia, זריקות לצורך רפואי וכן הזרקת חומרי סיכוך למפרקים ו/או לעמוד השדרה

<p>כגון: אורטוקין, חומצה הילאורונית, וולטרן, קורטיזון, אפידורל, בוטוקס רפואי והזרקות PRP, שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, הוצאות בגין טיפולים משקמים, מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS, מענק חד פעמי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B, ימי החלמה, טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים, החלמה לאחר לידה בנינוח קיסרי, התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב, פיצוי בגין אשפוז כתוצאה ממחלה, ניתוחי חניכיים וטיפול שיניים כירורגיים, יעוץ פסיכולוגי, מנוי למשדר קרדיולוגי, טיפולים בהרטבת לילה, אשפוז עקב היריון בסיכון גבוה, חיסונים לפני יציאה לחו"ל, טיפולים בתא לחץ, טיפולים בכאב, שיפוי שב"ן, שירותי אבחון מהיר</p> <ul style="list-style-type: none"> פרק ד' - חוות דעת נוספת מחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל. פרק ה' - רפואה משלימה. פרק ו' 1 - ניתוחים ולטיפולים מחליפי ניתוח בישראל. הכיסוי ניתן עבור הוצאות המוכרות בעת ביצוע ניתוחים ע"י <u>נותן שירות שבהסכם עם החברה.</u> פרק ו' 2 - אפשרות לרכישת רובד משלים לתכנית השב"ן, הלוך בחשבון את מימון ההשתתפות של קופת החולים בהוצאות ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל בהתאם לתכנית השב"ן בה חבר המבוטח. הכיסוי ניתן עבור הוצאות המוכרות בעת ביצוע ניתוחים ע"י נותן שירות שבהסכם עם החברה. פרק ז'- פרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה 	
<p>סעיף 6 לפרק א' בפוליסה. סעיף 3 לפרק ב' בפוליסה. סעיף 5 לפרק ו' לפוליסה. סעיף 5 לפרק ו' לפוליסה.. סעיף 5 וסעיף 3.1.2.8 בשירות אבחון מהיר בפרק ג'.</p>	<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים</p>
<ul style="list-style-type: none"> פרק ג' שירותים אמבולטוריים- סעיף 1.29 יעוץ פסיכולוגי תקופת אכשרה למצטרפים חדשים 6 חודשים. סעיף 1.36 תקופת אכשרה בגין סעיפים 1.8 בדיקות ושירותים לנשים בהריון וסעיף 1.9 ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי - תחול תקופת אכשרה של 6 חודשים בהתאם לתנאים. 	<p>אחרי כמה זמן מתחיל 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 קופת החולים</p>

עלות הביטוח

רובד בסיס פרקים א'-ב'

פרמיה חודשית ב ש"ח	
עובד	20 ש"ח
בן/בת זוג/ ילד מעל גיל 22	30 ש"ח
ילד עד גיל 22	8 ש"ח

רובד מורחב פרקים ג'-ז'

דמי ביטוח חודשיים בגין הרובד המורחב הכולל את פרקים ג'-ז' (פרק ו' 1 לפי מסלול ה"שקל הראשון") לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה, קרי השירותים (SLA) :

א. עובד/ת – 100 ש"ח

ב. בן/ת זוג / ילד

דמי ביטוח חודשיים מסלול שקל ראשון	דמי ביטוח חודשיים מסלול משלים שבן	ילד עד גיל 22 / בן/ת זוג / ילד מעל גיל 22
32.51 ש"ח	30.81 ש"ח	0-21
97.03 ש"ח	92.35 ש"ח	22-30
116.58 ש"ח	110.63 ש"ח	31-50
150.23 ש"ח	139.88 ש"ח	51-55
177.08 ש"ח	164.77 ש"ח	56-60
277.50 ש"ח	257.25 ש"ח	+ 61

ילד- עד גיל 22. ילד שלישי ואילך- חינם.

דמי הביטוח נקובים בש"ח וצמודים למדד 12206 נק' אשר פורסם ביום 15.12.16. המבטחת רשאית להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם בתום 30 חודשי ביטוח, במידה ויהיה הפסד

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' לתנאי התכנית.	נותן שרות שבהסכם - ללא תקרה. נותן שרות שלא בהסכם - עד 5,157,000 ₪ . בגין סעיפים 1.3.1-1.3.4 לפרק א' .	אין
הוצאות רפואיות בעת ביצוע השתלה	שיפוי להערכות רפואיות לפני ביצוע ההשתלה, הוצאות איתור והפקת מח עצם/ תאי גזע, הוצאות לצורך קציר האיבר המושתל שימורו והעברתו, הוצאות אשפוז, הוצאות הצוות הרפואי וחדר הניתוח וכן הוצאות המפורטות בפוליסה	כמפורט לעיל .	אין
הוצאות נלוות	הוצאות נסיעה לחו"ל של מבוטח ומלווה אחד (2 מלוויים במקרה של ילד עד גיל 22), הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל אם המבוטח אינו כשיר מבחינה רפואית, הוצאות סבירות לשהייה בחו"ל, המשך טיפולים בארץ, הוצאות הטסת גופה לישראל. משתלים, הוצאות חיפוש אחר תורם להשתלת מח עצמות ו/או תאי גזע מדם טבורי הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל ומימון שהייתו כתחליף להשתלה הוצאות רפואיות נלוות וכן הוצאות המפורטות בפוליסה.	סכום ביטוח מרבי נוסף של 1,290,000 ₪ להוצאות בגין סעיפים 1.3.5 ועד 1.3.13. לפרק א'	אין
השתלות מסלול 2 פיצוי	פיצוי חד פעמי לפני ביצוע השתלה סעיף 1.4	361,000 ₪	אין

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
גמלת החלמה לאחר השתלה	לאחר ביצוע השתלה יהיה זכאי המבוטח לגמלה חודשית	7,220 ₪ לחודש למשך תקופה של 24 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה.	אין
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
טיפולים מיוחדים בחו"ל	שיפוי לטיפול בחו"ל העומד בתנאים הנקובים בסעיף 2.1.1 לפרק א'2 לפוליסה	בגין טיפול מיוחד בחו"ל שבוצע בתיאום עם המבטח – מלוא ההוצאות על פי סעיף 2.3 לפרק א'2. בגין טיפול מיוחד בחו"ל שלא בוצע בתיאום עם המבטח – עד 1,000,000 ₪ לכל מקרה ביטוח. בגין תשלומים ששולמו בארץ תינתן תוספת של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי לטיפול מיוחד.	אין
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
ניתוחים בחו"ל	שיפוי להוצאות ניתוח בחו"ל לרבות, אך לא רק, כיסוי עבור: הוצאות אשפוז, תרופות, בדיקות אבחון ומעבדה, בדיקות פתולוגיות, טיפולי פיזיותרפיה, שתל, שכר אחות פרטית, שירותי הסעה באמבולנס וכן כל הוצאה אחרת במהלך האשפוז הקשורה ישירות לניתוח.	תקרת השיפוי מלאה עבור ניתוחים שתואמו מול החברה במרכזים שבהסכם ועד 200% מעלות הניתוח בישראל כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה המבטחת לניתוחים שלא תואמו מול החברה. כמפורט בסעיף 3.2 לפרק א'3 בפוליסה.	אין
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
הוצאות נוספות בעת ביצוע ניתוח בחו"ל	הוצאות טיסה ושהייה בחו"ל והעברה יבשתית, הוצאות הטסה רפואית, הוצאות הטסת גופה, התייעצות עם רופא מומחה, וכן כל הוצאה המפורטת בפוליסה.	כמפורט בסעיפים 3.4-3.9 לפרק א'3 ועד הסכומים הנקובים בצד כל הוצאה.	אין
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	שיפוי לטיפול מחליף ניתוח בחו"ל העומד בתנאים הנקובים בסעיף 4.1 לפרק א'4 לפוליסה.	שכר נותן טיפול מחליף ניתוח שבהסכם במקרה בו תיאום ביצוע הטיפול המחליף ניתוח בחו"ל בוצע על ידי החברה המבטחת, שיפוי מלא וישיר באמצעות נותן השרות בחו"ל. שכר נותן טיפול מחליף ניתוח שאינו בהסכם - עד תקרה של 200% משכר "נותן טיפול מחליף ניתוח אחר" אם היה מבוצע בישראל או עד 200% מעלות	אין

	הניתוח אותו בא הטיפול להחליף אם היה מבוצע בישראל, הגבוה מביניהם.		
אין	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.	הוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע טיפול מחליף ניתוח	הוצאות חדר ניתוח והוצאות אשפוז כמפורט בסעיף 4.2 לפרק א' 4 בפוליסה.
אין	כמפורט בסעיף 5 לפרק א' 4 ועד הסכומים הנקובים בצד כל הוצאה.	תגמולי ביטוח נוספים (הוצאות בגין שירותים נוספים)	התייעצות עם רופא מומחה העברות מבוטח ומלווה הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל
השתתפות עצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי
150 ₪ למרשם לחודש ועד שני מרשמים. בגין תרופות לטיפול במחלת הסרטן או תרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש לא תחול השתתפות עצמית.	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 למעט , סעיף 2 ד' תרופות בהתאמה אישית - עד סך 1,000,000 ₪ סעיף 2 ה' תרופה מיוחדת- עד סך 1,000,000 ₪ סעיף 2 ו' תרופת יתום- עד סך 1,000,000 ₪ סעיף 2 ח' טיפול תרופתי בתרופה לטיפול IND -עד סך 1,000,000 ₪. סעיף ט' קנאביס רפואי עד 1,000 ₪ בחודש ועד סך 20,000 ₪ לתקופת של שנתיים . טיפול בטכנולוגיית CAR T – החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל וזאת עד 300,000 ₪. סכום השיפוי בגין פרק ב' זה יהא לתקופה של שנתיים , סכום זה יתחדש בגין כלל המבוטחים לשנתיים נוספות.	תרופות שלא בסל הבריאות	שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות המאושרות באחת הרשויות המוסמכות בפוליסה, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופות LABAL OFF או תרופות יתום, תרופה מיוחדת או תכשיר מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים שהצורך בהם הומלץ בשילוב טיפול תרופתי ע"י רופא מומחה לטיפול במחלה של המבוטח, או טיפול תרופתי בתרופה לטיפול IND כהגדרתן בנספח זה. בנוסף יכוסו תרופות בהתאמה אישית

אינ	בגין ספק שנמצא בהסכם עם החברה המבטחת תקרת השיפוי תהייה מלאה ללא תקרה. בגין ספק שאינו בהסכם עם החברה המבטחת תקרת השיפוי תעמוד על 103,130 ₪	כיסוי לכל הבדיקות המבוצעות במעבדה לפי סעיף 2.7	בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן ו/או למחלות אחרות לרבות, אך לא רק, בדיקות פרמקוגנטיקה ובדיקות לאיתור גידולים
אינ	שירות נלווה – עד 5,160 ₪ לכל סדרת טיפולים ו/או עד 260 ₪ ליום ועד 60 יום. סעיף 2.4 לפרק ב'.	שיפוי להוצאות לרכישת שירות ו/או טיפול רפואי המתחייב לצורך נטילת תרופה. סעיף 2.4.	השירות הנלווה לתרופה
בכפוף להשתתפות עצמית בסך 500 ₪.	המבטח ישלם ישירות לספק השרות או ישפה את המבטח בגין ההוצאות שהוצאו בפועל כנגד קבלות וזאת עד לסך של 10,000 ₪	ייעוץ וליווי רפואי על ידי רופאים מומחים	שרות של ייעוץ וליווי רפואי על ידי רופאים מומחים - Case management –
השתתפות עצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	2 בשנה עד סך של 1,340 ₪ • לכל יעוץ. ועד 4 נוספות בשנה עד סך 830 ₪	התייעצות עם רופא מומחה	אמבולטורי
השתתפות עצמית בסך של 250 ₪ בגין כל התייעצות.	יעוץ עם רופא מומחה בתוך שלושה ימי עסקים	מסלול תור מהיר	
השתתפות עצמית בסך של 250 ₪ בגין כל התייעצות.	שירות מוקד א.ר.ם URGENT לרפואת אף אוזן גרון דחופה		
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד לסך 6,700 ₪ לשנת ביטוח לכל בדיקה ועד 15,500 ₪ לכל הבדיקות לשנת ביטוח.	בדיקות רפואיות אבחנתיות	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	בדיקה אבחנתית מסוג אולטראסאונד , C.T או MRI בתוך שני ימי עסקים במרפאת הסדר	מסלול תור מהיר	
השתתפות עצמית של 20%	אבחון גנטי פעם אחת לכל תקופת הביטוח לגילוי נשאות גנים סרטיניים ו/או גנים של מחלות אחרות. עד 4,130 ₪ לכל תקופת הביטוח.	בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד 20 טיפולים לשנת ביטוח ולא יותר מ- 4,950 ₪ לכל שנת ביטוח.	טיפולים פיזיותרפיים / הידרותרפיים / ספורטתרפיה / ריפוי בעיסוק/ התעמלות שיקומית / טיפול שיקומי אחר	

בהשתתפות עצמית של 45 ₪	קבלת שירות לטיפול פיזיותרפיה בטכנולוגיה מתקדמת במציאות מדומה אצל נותן שרות שבהסכם.	מסלול תור מהיר
ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד 1,240 ₪ לכל יום, עד 14 ימים למקרה ביטוח	אח/ות פרטי/ת או מטפלת פרטי/ת
	עד 100,000 ₪ לכל הטיפולים לכל שנת ביטוח	טיפולים / ייעוצים אונקולוגיים
	ההוצאות בהן נשא/ה בפועל בגין טיפולי הפריה חוץ גופית, טיפולי הפריה, הזרעה וע"פ המפורט בפוליסה עד לסך של 10,320 ₪ לכל סדרת טיפולים ולכל היותר עד 5 סדרות.	טיפול ושירותי הפריה
ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%	בנוסף ועד 20,630 ₪ לטיפול אחד בחו"ל	טיפול הפריה אשר בוצעו בחו"ל
ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד 140,000 ₪. בנוסף, בדיקות הריון ע"פ סעיף 1.8 בפרק ג' וע"פ התקרות הנקובות בסעיף 1.8 בפרק אשר בוצעו באם פונדקאית.	מימון לשירותי פונדקאות
ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד 41,250 ₪	שמירת זרע ו/או ביציות לטווח ארוך
ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד 4,130 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל היריון. במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, עד 8,250 ₪ לכל היריון. תוספת לבדיקת מי שפיר – צ'יפ גנטי. סכום ביטוח נוסף של 1,550 ₪ בגין סעיף זה	בדיקות ושירותים לנשים בהריון
ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד 2,270 ₪ מההוצאות אשר הוצאו בפועל כיסוי זה יינתן לכל הריון.	ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי
	עד 3,970 ₪	הפסקות הריון באמצעות גלולת מייגיפין
ובכפוף להשתתפות עצמית של 40%	עד תקרה של 4,130 ₪ לכל תקופת הביטוח בגין רכישת אחד או יותר מהאביזרים, עד תקרה של 4,130 ₪ לכל האביזרים גם יחד.	השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים
השתתפות עצמית 20%	אם בוצע ניתוח במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי המבוטח, במהלך 3 חודשים לאחר ביצוע הניתוח, להחזר של 80%	

	ועד תקרה של 8,250 ₪ עבור רכישת אביזרים רפואיים הנדרשים כתוצאה מביצוע הניתוח.	
אין	החזר על ביצוע אבחון לאחר שמיצה את מלוא זכאותו במסגרת השב"ן, ועד לסכום בסך 1,550 ₪. אחת לשנתיים וחצי.	אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה
בהשתתפות עצמית של 250 ₪ לאבחון.	מבחן ממוחשב להפרעת קשב וריכוז (TOVA, BRC, MOXO) - תור מהיר תוך 3 ימי עסקים (כולל פענוח מידי)	אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה שירות תור מהיר אצל נותן שירות שבהסכם עד התקרה שבפוליסה
השתתפות עצמית 450 ₪ לאבחון.	אבחון לקויות למידה-אבחון דידיקטי- תור מהיר תוך 10 ימי עסקים לבדיקה ופיענוח	
השתתפות עצמית 1,200 ₪ לאבחון.	אבחון לקויות למידה- אבחון פסיכודידיקטי: תור מהיר תוך 10 ימי עסקים לבדיקה ופיענוח	
ובכפוף להשתתפות עצמית של 25%	עד 124 ₪ לטיפול ולא יותר מ-30 טיפולים סה"כ בשנת ביטוח.	טיפול בבעיות התפתחות בילדים
ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד 360 ₪ לבדיקה, אחת ל-3 שנים (לכל בדיקה)	בדיקות לרפואה מונעת
ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד תקרת החזר של 155 ₪ ולא יותר מ-12 טיפולים למקרה ביטוח. במקרה של התעמלות לשיקום לבבי תקרת החזר תהיה בגובה 155 ₪ לחודש למשך 9 חודשים.	טיפול שיקום לכיסוי הוצאות טיפולי שיקום, לרבות ריפוי בעיסוק לסוגיו השונים
ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד 155 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל שנת ביטוח,	שיקום הדיבור ו/או הראיה למבוטח לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב- amblyopia
אין	עד 3,000 ₪ לשנת ביטוח. יכוסה גם עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן הזריקה.	זריקות לצורך רפואי
אין	עד לתקרה של 1,030 ₪	שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי
אין	תשלום ישירות לבי"ח או למעבדה פרטית או החזיר הוצאות עד לסך של 10,000 ₪. כמו כן, תכוסה בדיקה פתולוגית נוספת עד לסך של 10,000 ₪ בישראל או בחו"ל.	הוצאות בגין בדיקה פתולוגית

אין	עד 20 טיפולים לשנת ביטוח ועד לסך של 310 ₪ לטיפול.	הוצאות בגין טיפולים משקמים
אין	פיצוי חד פעמי בסך 186,000 ₪	מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה- AIDS
אין	פיצוי חד פעמי על סך 73,220 ₪ בהתאם לסעיף 1.22 פרק ג'.	מענק חד פעמי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B
אין	עד לסך של 880 ₪ לכל יום ולתקופה שלא תעלה על 12 ימי החלמה	ימי החלמה
	עד לסך של 11,320 ₪ למקרה.	טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים
ובכפוף להשתתפות עצמית של 25%	עד 620 ₪ לכל יום החלמה עד 3 ימים, כאשר יום ההחלמה הראשון בבית ההחלמה הנו על חשבון המבוטחת.	החלמה לאחר לידה בניתוח קיסרי
ובכפוף להשתתפות עצמית של 25%	עד 206 ₪ לטיפול ועד 9 חודשים.	התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב
אין	930 ₪ לכל יום, החל מהיום הרביעי לאשפוז ועד 10 ימי אשפוז סה"כ.	פיצוי בגין אשפוז כתוצאה ממחלה
אין	אם הטיפול יבוצע על ידי מומחה אשר בהסכם עם המבטח יישא המבטח במלוא עלות הטיפול.	ניתוחי חניכיים וטיפולי שיניים כירורגיים
ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%	אם הטיפול מבוצע ע"י מומחה אשר אינו בהסכם עם המבטח עד 10,320 ₪ בכל תקופת הביטוח.	
ובכפוף להשתתפות עצמית של 60%	החזר עד 230 ₪ לכל טיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח.	יעוץ פסיכולוגי
ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד 165 ₪ לחודש עד 24 חודשים.	מנוי למשדר קרדיולוגי
ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד 515 ₪ לשנת ביטוח אצל ילדים מעל גיל 5 עד 3 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.	טיפולים בהרטבת לילה
אין	עד 155 ₪ לכל יום אשפוז, החל מהיום הראשון ועד 150 יום.	אשפוז עקב היריון בסיכון גבוה
ובכפוף להשתתפות עצמית של 25%	עד 1,032 ₪ לתקופת ביטוח.	חיסונים לפני יציאה לחו"ל
אין	עד 10,700 ₪ לשנת ביטוח	טיפול בתא לחץ

ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%	עד 4,100 ₪ לשנת ביטוח	טיפולים בכאב	
	קיבל המבוטח את הטיפול הרפואי במסגרת השב"ן, ונדרש לשלם השתתפות עצמית ישיב המבוטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה.	שיפוי שב"ן	
השתתפות עצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
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 האבחון הבסיסי והשיחה הטלפונית עם הרופא הממיין יחדיו הינה בסך 180 ₪.	שיחה טלפונית עם הרופא הממיין: הרופא הממיין ישוחח עם המבוטח טלפונית תוך יום עבודה אחד ממועד קבלת המסמכים הרפואיים.		
ההשתתפות העצמית עבור תהליך האבחון הבסיסי והאבחון המקיף עפ"י סעיף זה הינה בסך 500 ₪	במידת הצורך, יופנה המבוטח לבדיקות רפואיות אבחנתיות נוספות בנוסף לאלו הקיימות בתהליך האבחון הבסיסי. בדיקות הדמיה שהינן MRI , CT , ממוגרפיה, מיפויים, CT PET , ביופסיות בשד ייקבעו ויתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות תוך 3 ימי עבודה. בדיקות פולשניות אחרות יתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות תוך 7 ימי עבודה.	אבחון מקיף	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
חוות דעת נוספת מחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל שניה בחו"ל	כולל עלות הבדיקה, עלות שליחתה לחו"ל, פיענוח הבדיקה, קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פיענוח נוסף של כל הבדיקות וחוות דעת	בגין חוות דעת שנייה שניתנה על ידי רופא / רופאים מחו"ל יהא 7,430 ₪. בגין עלות הבדיקות, עלות שליחתן לחו"ל, פיענוח הבדיקות וחוות הדעת יהא \$5,000	ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%
רפואה משלימה	טיפול אלטרנטיבי במצבים בריאותיים על ידי שימוש בשיטות טיפול המפורטות כדוגמאות בפרק ה' רפואה משלימה.	עד 195 ₪ לכל טיפול ועד 16 טיפולים לשנת ביטוח.	ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%
שם הכיסוי <th>תיאור הכיסוי</th> <th>מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע</th> <th>השתתפות עצמית</th>	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	1. עד 3 התייעצויות לכל שנת ביטוח 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 4.1 לפרק ו'1. נותני שירות שלא בהסכם- עד 1,500 ₪ עבור התייעצות. סעיף 4.1 לפרק ו'1. כיסוי מלא להוצאות הניתוח וטיפול מחליף ניתוח בישראל לא ינתן כיסוי להוצאות עבור ניתוח שבוצע אצל ספק שירות שלא בהסכם עם המבטח.	אין
שם הכיסוי <th>תיאור הכיסוי</th> <th>מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע</th> <th>השתתפות עצמית</th>	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח - משלים שב"ן	הכיסוי למבוטחים שבחרו מסלול שב"ן לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל והינו מעל ומעבר למלוא הזכויות המוקנות במסגרת תכנית השב"ן.	במקרים בהם תכנית השב"ן איננה משתתפת במימון ההוצאות בשל "נסיבות אישיות", סעיף 4.2 לפרק ו'2, יהיה המבוטח זכאי לתגמולי הביטוח רק מעבר למלוא הזכויות שהיו משולמות במקרה של מימון ההוצאות במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר ובתנאי שהרופא ובית החולים הינם נותני השירות שבהסכם עם החברה. במקרה של דחייה כללית, סעיף 4.3 לפרק ו'2, בתכנית השב"ן וכן מקרים של מבוטח	

	שהינו בשירות סדיר, זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח בגין ההוצאות המוכרות. לא ינתן כיסוי להוצאות עבור ניתוח שבוצע אצל ספק שירות שלא בהסכם עם המבטח.		
		ברות ביטוח לביטוח ניתוחים משקל ראשון במקרה של סיום חברות בתכנית השב"ן, מבלי שהמבוטח חידש את חברותו או לא הצטרף לתכנית שב"ן בקופה אחרת, או נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן, זכאי המבוטח לרצף ביטוחי להצטרף לכיסוי ביטוחי לניתוחים "מהשקל הראשון" בכפוף לתנאים.	ברות ביטוח לביטוח ניתוחים משקל ראשון
השתתפות עצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
אין	<ol style="list-style-type: none"> הזרקות לעמוד השדרה שבוצעו אלקטיבית או במהלך אשפוז, למעט הזרקה אפידורלית במהלך לידה – עד לסך של 10,000 ₪ לכל שנת ביטוח. צנתור לטיפול בהידרוצלה ו/או ווריקוצלה וניתוח להפרדת הידבקויות תוך רחמיות. תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI. 	בקורות פרוצדורה רפואית המפורטת בפרק ז' שיפוי בגין ההוצאות הממשיות בפועל עבור השירותים הרפואיים	ביטוח לפרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה

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

באפשרותך להגיש תביעת בריאות
ע"י התחברות לאזור המידע האישי באתר מגדל בכתובת: www.migdal.co.il
ו/או באפליקציה של מגדל
הגשת תביעה באופן זה תסייע לנו לטפל בתביעתך במהירות וביעילות ותאפשר לך לצפות בסטטוס
התביעה מיד עם סיום הגשה.

בנוסף, ניתן להגיש תביעה במייל: tviotbripel@migdal.co.il או בפקס: 076-8869473
או באמצעות דואר ישראל לכתובת: מגדל חברה לביטוח בע"מ, מחלקת תביעות בריאות,
רח' היצירה 2 קריית אריה פתח תקווה ת.ד. 3063 מיקוד 4951228.

לרשותך, למוקד תביעות של מגדל בטלפון: 1-700-50-66-62 שלוחה 7
המוקד פעיל בימים א' – ה' בין השעות 08:00-16:00

במקרים דחופים לאחר שעות הפעילות, ניתן לפנות למוקד רפואי בטלפון 073-2049169
מהשעה 16:00 בערב ועד השעה 8:00 למחרת. בימי שישי, שבת וחגים 24 שעות ביממה

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.

במקרה של צורך בתרופה שאינה כלולה בסל הבריאות:

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

למבוטחים במסלול ניתוחים מהשקל הראשון -

במקרה של צורך בניתוח:

לאחר שבחרת את הרופא המנתח ופגשת אותו לפגישת ייעוץ, עליך לפנות למגדל בתביעה הכוללת מידע
בין היתר על הרופא ופירוט לגבי הניתוח שאמור להתבצע.
בנוסף, לעזרתך, באתר האינטרנט של מגדל ניתן למצוא רשימה של כל הרופאים שבהסכם עם מגדל,
הכוללת את מיטב המנתחים בישראל.

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

למבוטחים במסלול ניתוחים כולל שב"ן -

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 וזאת רק באמצעות נותני שירות שבהסדר עם מגדל..

את טופס התביעה ניתן לקבל ממוקד השירות או באמצעות אתר האינטרנט של מגדל שכתובתו:
www.migdal.co.il

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

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

- 1.1 סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל
- 1.2 הפניה לניתוח
- 1.3 העתק תוצאות בדיקות
- 1.4 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר)

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

- 2.1 סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל.
- 2.2 מכתב שחרור מבית החולים.
- 2.3 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר)
- 2.4 קבלה על גובה ההשתתפות העצמית

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

- 3.1 סיכום מחלה ע"י הרופא המטפל
- 3.2 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר)
- 3.3 מכתב מהרופא המטפל הכולל את שם, מינון ועלות התרופה.
- 3.4 קבלות .

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 לעובדי פלאפון תקשורת בע"מ ובני משפחותיהם
תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה + נספחיה

1. מבוא:

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

2. הגדרות:

2.1 בהסכם זה יהיו, למונחים שלהלן הפירוש שלצידם:

- 1. "החברה המבטחת" מגדל חברה לביטוח בע"מ
- 2. "בעל הפוליסה" פלאפון תקשורת בע"מ

3. המבוטחים הינם:

- (א) "מבוטח קיים" מי שבמועד הצטרפותו לביטוח המקורי או לביטוח זה, הינו עובד/ת אצל "בעל הפוליסה" ו/או בן או בת זוגו (ובכלל זאת ידוע/ה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים שגילם עד 22 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 22, אך בתעריף ילד מעל גיל 22.
- (ב) "מבוטח חדש" מי שלא היה במועד ההצטרפות לביטוח עובד/ת ו/או מבוטח/ת אצל "בעל הפוליסה" והנו עובד קיים ו/או עובד חדש ו/או בן/ת זוג קיים ו/או בן/ת זוג חדש (ובכלל זאת ידוע/ה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים, שגילם עד 22 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 22, אך בתעריף ילד מעל גיל 22.
- (ג) "פוליסה קודמת" / "ביטוח מקורי" פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, שתחילתה ביום 10.8.1993 אשר התנהלה בחברת הראל, ב-1.1.2017 חודשה בחברת מגדל ולאחר מכן חודשה במועד 1.10.2018 בחברת מגדל.
- (ד) למען הסר ספק, יובהר כי כל המבוטחים שבוטחו במסגרת פוליסת הבריאות של עובדי פלאפון בע"מ ובני משפחותיהם, אשר התנהלה בחברת הראל, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, שתחילתה ביום 10.8.1993 ואשר חודשה במועד 1.1.2017 בחברת מגדל ולאחר מכן חודשה במועד 1.10.2018 בחברת מגדל (להלן: "הפוליסה הקודמת" / "ביטוח מקורי") לרבות עובדים 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.
- (ה) "גיל הפרישה המוקדמת" כמשמעותו בסעיף 5 לחוק גיל פרישה, התשס"ד – 2004

מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמות לו אחת מאלה:	(ו) "גמלאי"
<p>(1) קצבה משולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדיון או בהסכם, ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו.</p> <p>(2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.</p>	
בן/בת הזוג של עובד, ו/או בן /בת זוג של ילד של עובד ייחשבו גם ידועים בציבור, בני/ות זוג החולקים חיים משותפים, חברה המתגוררים יחד עם העובד/ת והחולקים עמו/ה חיים משותפים, בכפוף לקיומה של הצהרה פורמלית בכתב של העובד/ת ברישומי החברה. למען הסר ספק, לענין זה יחשבו בני/ות זוג גם זוגות חד מיניים, בהם שני בני הזוג הינם מאותו המין.	(ז) "בן/ת זוג"
1.5.2022 דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה / המבוטח לשלם לחברה המבטחת לפי תנאי פוליסה זו.	.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 חודש מאי 2022 שפורסם ביום 15 לאפריל 2022 כל סכומי הביטוח 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 "סכום ביטוח"

11.	"חוק הבריאות"	חוק בריאות ממלכתי תשנ"ד – 1994.
12.	"קופת חולים"	כהגדרתה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
13.	"שירותי בריאות נוספים" (שב"נ)	תוכנית למתן שרותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך. וכאמור בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובצו לפי סעיף 8 (ז) לחוק האמור.
14.	"ישראל"	מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
15.	"חו"ל"	כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינת אויב.
16.	"בית חולים"	מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.
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 ייחשב כיום אשפוז לצורך הזכאות בפוליסה.
21.	"שנת ביטוח"	תקופה של כל 12 חודשים רצופים שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח.
22.	א. "שינוי בדמי הביטוח"	לרבות שינוי בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח ולמעט שינוי בדמי הביטוח הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או שינוי בדמי הביטוח הנובע בשל מעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.
	ב	יובהר כי ההסכם והפוליסה חלות באופן שוויוני גם על בני זוג מאותו המין.
	ג	הסמכות המאשרת את הזכאות בכל פרקי הפוליסה הינה רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.
	ד	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 על הביטוח חלים על הסכם זה והפוליסה – ויהו את תנאי המינימום לעניין זכויות המבוטחים. בכל מקרה ולמען הסר ספק, ההסדר שיחול ביחס לבעל הפוליסה ולמבוטחים יהא ההסדר המיטיב. קרי, החברה המבטחת מתחייבת, כי הפוליסה מנוסחת באופן אשר עולה בקנה אחד עם חוזרי המפקח אשר רלוונטיים וחלים על פי כל דין על הפוליסה וכי ייתכנו מקרים בהם התנאים בפוליסה מיטיבים עם המבוטחים מעבר למה שנקבע כרף מינימום על ידי המפקח על הביטוח. כמו כן, לא ייעשה שימוש בחוזרים כפרשנות שסותרת את הפוליסה המטיבה.

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 בין 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 היתר בין הוראות ההסכם והפוליסה הקודמים לבין הוראות הסכם פוליסה והזמנה אלו, אך לא רק, אלא גם בין הוראות ההסכם ובפוליסה אלו, יפעלו הסתירות ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות לטובת המבוטח ו/או בעל הפוליסה, תוך הישענות על העיקרון כי ההסכם הפוליסה והזמנה אלו באו להוסיף על תנאי ההסכם והפוליסה הקודמים, ולהטיב את תנאי המוטבים שהצטרפו ובעל הפוליסה. "להטיב" לפי דעתו של 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 מבוטח 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 וחיסכון 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 למבוטח החזר בגין מנתח ובית חולים שאינם בהסכם עם המבטח, תעריף החזר יעמוד על תעריף המבטח כפי שמתפרסם באתר האינטרנט בתוספת 50% או העלות בפועל הנמוך מביניהם.
27. למבוטחים שהיו מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית ו/או פוליסה קבוצתית, בטרם או במהלך הביטוח הקודם או ביטוח זה, יישמר רצף ביטוחי מלא על הכיסויים החופפים בלבד שהיו למבוטח/ת בפוליסה הקודמת, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופות אכשרה ו/או תקופות המתנה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, המעבר לביטוח זה ייעשה במועדים המוגדרים בהסכם זה ובנסיבות 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.
29. נספח ב' להסכם ולפוליסה, השרות SLA מהווה חלק מהותי ותנאי מתלה לקיום הפוליסה וההסכם.
30. התיישנות תביעות: תקופת התיישנות של תביעה לתשלום / לקבלת תגמולי ביטוח היא 5 שנים.
31. בנוגע לתביעות של מבוטחים 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), תסופל התביעה ע"י החברה המבטחת ותשולם מהפוליסה החדשה.

מתן מסמכים למבוטח:

32.

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

כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;
 את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;

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

קביעת דמי הביטוח:

33.

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.

מתן הודעות למבוטח

34

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

יאחר מ- 30 ימים ממועד חידוש הביטוח.
 ד. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבטחים ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאחר מ- 30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויצוין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.
 ה. פסקה הזיקה בין המבטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי) תשס"ט- 2009 ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים, 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 המבטח לפי הפוליסה הקבוצתית.
 ו. חלה על מבטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

ביטול הביטוח לגבי מבטח מסוים

35

(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבטח כאמור לעיל, והודיע המבטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.
 (ב) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבטח כאמור לעיל, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה, ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי; לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.
 (ג) פסקה הזיקה בין המבטח לבין בעל הפוליסה, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם, אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבטח.

המשכיות:

36

(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/ה בציבור ו/או במקרה של פטירת העובד, יהיו זכאים המבטחים להמשיך להיות מבטחים בפוליסת בריאות פרטית אישית המקבילה לפוליסה הקבוצתית בחברה המבטחת, שהיקף הכיסוי בה הקרוב ביותר, אלא אם כן המבטח 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' 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 35% מהתעריף לביטוח בפוליסה דומה ובכפוף לאמור בסעיף א' לעיל, למשך 5 שנים ו-10% החל מהשנה השישית ואילך, לכל החיים.

ג) החברה המבטחת תפנה בכתב לכל מבטח, 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, למבטח שיפנה למבטח תוך 180 יום ממועד הפסקת הביטוח, תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. קרי, המבטח חייב לשלוח הודעה בכתב על הפסקת הביטוח למען המבטח, והמבטח תוך 180 יום רשאי להחליט על בחירה במעבר לפוליסת המשך ממועד קבלת ההודעה של המבטחת במענו.

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

ה) המשכיות לגבי עובדים בעלי ותק של לפחות 10 שנים אצל בעל הפוליסה ושהיו מבוטחים לפחות 10 שנים בפוליסת בריאות זו ו/או הפוליסה הקודמת, בטרם ניתוק יחסי עובד מעביד עם בעל הפוליסה – ואשר הינם עובדים/ות שעתידים/ות לסיים את עבודתם/ן אצל בעל הפוליסה עקב יציאתה לגמלאות / הסדר פרישה מוקדמת / הסדר פרישה שאינו בשל מעבר לעבודה אצל מעסיק אחר (ולא עקב פיטורים או עזיבה למקום עבודה אחר) ובכפוף לקבלת נספח ג' חתום ע"י בעל הפוליסה כאשר עובד פורש / פורש לגמלאות, עובד אשר עונה על קריטריונים אלו, יוכל להמשיך להיות מבטח בפוליסה זו יחד עם בן/ת זוג וילדיו, בהתאם לרובד / מסלול בו היו מבוטחים, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת אכשרה ו/או תקופת המתנה, ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו. הפרמיה לפורשים, בני/ות זוגם/ן וילדיהם תהיה גבוהה ב-40% מהפרמיה המשולמת על ידם בהתאם להסכם ולפוליסת פלאפון ובהתאם למסלול בו היו מבוטחים.

תנאי הצטרפות:

37

37.1 מבוטחים קיימים:

- א. לפוליסה הכוללת את רובד הבסיס פרקים א'-ב' ואת רובד ההרחבה פרקים ג'-ז' לרבות נספח השירותים (SLA) יצורפו כל המבוטחים הקיימים, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיפים 3 (א') ו-ד') ברצף ביטוחי מלא, 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 במהלך תקופת הביטוח הקודמת.
- ב. כל מי שהרחיב את הפוליסה בתקופת הביטוח הקודמת, ימשיך להיות מבטח בהתאם למסלול בו היה מבטח בתקופת הביטוח הקודמת, (פרק ו' 1 מסלול מ"השקל הראשון" או פרק ו' 2 מסלול משלים שב"ן) ברצף ביטוחי מלא, 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 במהלך תקופת הביטוח הקודמת.
- ג. במלאת 5 שנים להעסקתם של העובדים/ות אצל בעל הפוליסה יצורפו לרובד המורחב של הביטוח פרקים ג'-ז' (לפי פרק ו' 1 במסלול מ"השקל הראשון") 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 במהלך תקופת הביטוח.
- ד. לפוליסה הכוללת את רובד ההרחבה פרקים ג'-ז' לרבות נספח השירותים

(SLA) יהיו רשאים להצטרף בני/ות זוג וילדיהם של העובדים כהגדרתם בסעיף 3 (א') לפרק ההגדרות בפוליסה (לפרק ו' 1 מסלול מ"השקל הראשון" או לפרק ו' 2 מסלול משלים שב"ן) תוך מאה ועשרים (120) ימים במלאת 5 שנים לעבודתו של העובד אצל בעל הפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו. ה. כל מי שהצטרף לאחר מאה ועשרים (120) ימים אלו, ההצטרפות תתבצע בכפוף למילוי הצהרת בריאות

עובדים חדשים, בני/ות זוג וילדיהם: 37.2

- א. לפוליסה הכוללת את רובד הבסיס פרקים א'- ב' ונספח השירותים (SLA) יצורפו העובדים החדשים במלאת שנה לעבודתם אצל בעל הפוליסה, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3 (ב') במימון מלא של בעל הפוליסה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו.
- ב. לפוליסה הכוללת את רובד הבסיס פרקים א'- ב' לרבות נספח השירותים (SLA) יהיו רשאים להצטרף בני/ות זוג וילדיהם כהגדרתם בסעיף 3 (ב') לפרק ההגדרות בפוליסה תוך מאה ועשרים (120) ימים במלאת שנה לעבודתו של העובד אצל בעל הפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו.
- ג. במלאת 5 שנים לעבודתם של העובדים/ות אצל בעל הפוליסה, יצורפו לרובד המורחב של הביטוח פרקים ג'-ז' (לפי פרק ו' 1 במסלול מ"השקל הראשון") במימון מלא של בעל הפוליסה 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.
- ד. לפוליסה הכוללת את רובד ההרחבה פרקים ג'- ז' לרבות נספח השירותים (SLA) יהיו רשאים להצטרף בני/ות זוג וילדיהם של העובדים כהגדרתם בסעיף 3 (ב') לפרק ההגדרות בפוליסה (לפרק ו' 1 מסלול מ"השקל הראשון" או לפרק ו' 2 מסלול משלים שב"ן) תוך מאה ועשרים (120) ימים במלאת 5 שנים לעבודתו של העובד אצל בעל הפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו. ה. כל מי שהצטרף לאחר מאה ועשרים (120) ימים אלו, ההצטרפות תתבצע בכפוף למילוי הצהרת בריאות
- ו. עובדים חדשים, בני/ות זוג וילדיהם יהיו רשאים להצטרף לרובד הבסיס פרקים א'-ב' ו/או לרובד הבסיס + לרובד המורחב פרקים א'-ז' תוך מאה ועשרים (120) ימים ממועד תחילת עבודתו של העובד אצל בעל הפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, בכפוף לקבלת טופס בקשת הצטרפות מהעובד/ת. יובהר כי, צירוף בן/ת הזוג ו/או הילדים לרובד המבוקש יתאפשר רק בתנאי שהעובד מצטרף לאותו הרובד.
- ז. כל מי שהצטרף לאחר מאה ועשרים (120) ימים אלו, ההצטרפות תתבצע בכפוף למילוי הצהרת בריאות

- 37.3 **עובדים קיימים, בני/ות זוג וילדיהם:** (שלא היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת)
- א. לפוליסה הכוללת את רובד הבסיס פרקים א'-ב' לרבות נספח ב' השירותים יהיו רשאים להצטרף עובדים קיימים, בני/ות זוג וילדיהם, שלא היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3 ב', במהלך "תקופת מבצע" במאה ועשרים (120) הימים הראשונים ממועד תחילת ההסכם, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו.
- ב. לפוליסה הכוללת את רובד ההרחבה פרקים ג'-ז' לרבות נספח השירותים (SLA) יהיו רשאים להצטרף עובדים קיימים, בני/ות זוג וילדיהם, שלא היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת, כהגדרתם בסעיף 3 (ב') לפרק ההגדרות בפוליסה (לפרק ו' 1 מסלול מ"השקל הראשון" או לפרק ו' 2 מסלול משלים שב"ן) במהלך "תקופת מבצע" במאה ועשרים (120) הימים הראשונים ממועד תחילת ההסכם, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו.
- ג. במלאת 5 שנים להעסקתם של העובדים/ות אצל בעל הפוליסה יצורפו לרובד המורחב של הביטוח פרקים ג'-ז' (לפי פרק ו' 1 במסלול מ"השקל הראשון") במימון מלא של בעל הפוליסה 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.
- ד. לפוליסה הכוללת את רובד ההרחבה פרקים ג'-ז' לרבות נספח השירותים (SLA) יהיו רשאים להצטרף בני/ות זוג וילדיהם של העובדים כהגדרתם בסעיף 3 (ב') לפרק ההגדרות בפוליסה (לפרק ו' 1 מסלול מ"השקל הראשון" או לפרק ו' 2 מסלול משלים שב"ן) תוך מאה ועשרים (120) ימים במלאת 5 שנים לעבודתו של העובד אצל בעל הפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו.

כל מי שלא הצטרף לפוליסה במאה ועשרים (120) ימים אלו, יוכל לאחר מכן, להצטרף לפוליסה בכפוף למילוי הצהרת בריאות

37.4 **כללי:**

מבוטחים שהרחיבו את הפוליסה לרובד המורחב בתקופת הביטוח הקודמת לפי מסלול משלים לשב"ן יוכלו לעבור למסלול מה"שקל הראשון" במהלך "תקופת מבצע" ב-120 הימים הראשונים ממועד תחילת ההסכם, 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. ולאחר מכן בכפוף למילוי הצהרת בריאות

37.5 מבוטחים שהרחיבו את הפוליסה לרובד המורחב בתקופת הביטוח הקודמת לפי מסלול מה"שקל הראשון" יוכלו בכל עת לעבור למסלול לשב"ן, 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.

37.6 מבוטחים שיוולדו להם תינוקות ו/או אימצו ילדים, ו/או נישאו ו/או הפכו לידועים בציבור במהלך תקופת הביטוח יהיו רשאים לצרף את ילדיהם החדשים ו/או בני זוגם לפוליסה הכוללת את רובד הבסיס פרקים א'-ב' ואת רובד ההרחבה פרקים ג'-ז' לרבות נספח השרות במהלך מאה ושמונים (180) ימים מיום לידתם או מיום האימוץ או חתונתם או מועד ההכרה כידוע/ה בציבור, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה

- 37.7 ו/או בתקופת אכשרה ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו. תינוק שנולד ויצורף במהלך מאה ושמונים (180) ימים מיום לידתו, יהא מבוטח רטרואקטיבית מיום היוולדו. מי שלא יצרף את תינוקו או בן זוגו במהלך מאה ושמונים (180) הימים הראשונים כאמור, יוכל לעשות זאת לאחר מכן בכפוף למילוי הצהרת בריאות כל המבוטחים שיבקשו להיגרע מהפוליסה ולאחר מכן יבקשו להצטרף שוב לפוליסה, ויכלו לעשות זאת בכפוף למילוי הצהרת בריאות המצ"ב כנספח ד' להסכם.
- 37.8 מבוטחים אשר רכשו בתקופת הביטוח הקודמת הרחבה לביטוח מחלות קשות ימשיכו להיות מבוטחים ברצף ביטוחי מלא בהתאם לסכומים שרכשו בתקופת הביטוח הקודמת ובהתאם לדמי הביטוח בתקופת הביטוח הקודמת.
- 37.9 החברה המבטחת תודיע תשובה למבוטח במכתב דחייה / קבלה לביטוח, וזאת תוך שלושים (30) ימים מהמועד בו חתם המבוטח על גבי טופס הבקשה להצטרף לביטוח. סעיף זה רלוונטי לסעיפים: 37.1 ה', 37.2 ד', ז', 37.3 ה', 37.4, 37.6, 37.7, 37.8. מרגע שהחברה אישרה את הקבלה לביטוח, הביטוח יתחיל מיום בקשת ההצטרפות. במידה והחברה לא אישרה ושולמו דמי ביטוח בגין אותו חודש, הסכום שנוכה יוחזר לעובד במלואו.
- 37.10 כל מי שעונה על ההגדרה בסעיף 27 לעיל יהיה רשאי להצטרף לביטוח ברצף ביטוחי מלא, וזאת לכיסויים חופפים בלבד שהיו למבוטח/ת בפוליסה הקודמת 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.
- 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 1ד(ג) לחוק עובדים זרים; (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים 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 מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה: (1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה; (2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי 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 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. **קיומם של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי**
- 38.1 בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל ו/או למנוע מהמבוטח בעת השרות הצבאי (החייל) קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבוטח בהתאם לתנאי הפוליסה.
- 38.2 המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא.
- 38.3 בכל מקרה שבו המבוטח נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה. אין בסעיף זה כדי לגרוע או לצמצם מהחריגים המפורטים בפוליסה וסעיף זה כפוף בכל מקרה לחריגים אלו.

39

דמי הביטוח החודשיים

מוסכם בזאת, כי החל ממועד כניסת הפוליסה לתוקף, ישולמו דמי הביטוח, בשיעורים הקבועים בפוליסה, במרוכז ע"י בעל הפוליסה. דמי הביטוח הינם:

דמי ביטוח חודשיים בגין רובד חובה הכולל את פרקים א'-ב' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה, קרי השירותים (SLA):

א. עובד/ת – 20 ₪
 ב. בן/ת זוג – 30 ₪
 ג. ילד עד גיל 22 – 8 ₪
 ד. ילד מעל גיל 22 – 30 ₪

דמי ביטוח חודשיים בגין הרובד המורחב הכולל את פרקים ג'-ז' (פרק ו' 1 לפי מסלול ה"שקל הראשון") לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה, קרי השירותים (SLA)

א. עובד/ת – 100 ₪
 ב. בן/ת זוג / ילד

דמי ביטוח חודשיים מסלול שקל ראשון	דמי ביטוח חודשיים מסלול משלים שב"ן	ילד עד גיל 22 / בן/ת זוג / ילד מעל גיל 22
₪ 32.51	₪ 30.81	0-21
₪ 97.03	₪ 92.35	22-30
₪ 116.58	₪ 110.63	31-50
₪ 150.23	₪ 139.88	51-55
₪ 177.08	₪ 164.77	56-60
₪ 277.50	₪ 257.25	+61

הפרמיות הנ"ל צמודות למדד הידוע ב – 15 לדצמבר 2016 התשלום בגין כל הרבדים יהיה עד לשני (2) ילדים, ומהילד השלישי ואילך חינם.

**רובד חובה פרקים א'-ב'
 לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה – השירותים SLA**

פרק א' 1 – השתלות

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

1.1 השתלת איברים:

בגין השתלת איברים יהיה זכאי המבוטח לשיפוי מלא בגין לב, לב-ריאה, אונת ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, כבד, השתלת קרנית, השתלת מח עצם, לרבות, אך לא רק, השתלת מח עצם עצמית, אונת כבד, שחלה, רחם, מעי, תאי אב ו/או תאי גזע ו/או תאי דם מדם היקפי ו/או דם טבורי ו/או דם פריפרי מתורם זר ו/או מגופו של המבוטח וכל שילוב ביניהם, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר והשתלת איבר אחר או חלק מאיבר אחר במקומו אשר נלקח מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח עצמו או איבר מלאכותי ו/או תפעול באמצעות איבר מלאכותי, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית, וכן 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 אצל ספק שירות בהסכם ועד סכום של 5,157,000 ₪ אצל ספק שירות שאינו בהסכם בגין סעיפים 1.3.1-1.3.4 ובסכום ביטוח מרבי נוסף של 1,290,000 ₪ להוצאות בגין סעיפים 1.3.5 ועד 1.3.13.

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

1.3.1 **תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח ו/או 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 (לרבות שכר רופא ובית חולים עבור בדיקות הערכה) וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

1.3.2 **תשלום עבור אשפוז בחו"ל לרבות, אך לא רק, אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום, עד 365 יום לפני ביצוע ההשתלה ועד 365 יום לאחר ביצועה.**

לרבות, אך לא רק, כל ההוצאות הכרוכות בטיפול הרפואי, באשפוז, בבדיקות, שירותי מעבדה לרבות, אך לא רק, ולא רק בדיקות פתולוגיה, ציטולוגיה וגנטיקה

- שיידרשו, בתרופות ובטיפולים להם נזקק המבוטח לרבות הוצאות בגין טיפולים רפואיים נדרשים לפני אשפוז, בתקופת ההמתנה להשתלה, במהלך האשפוז ולאחר ההשתלה.
- 1.3.3 תשלום עבור ההוצאות להשגת האיבר להשתלה, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה. לרבות, אך לא רק, כיסוי ההוצאות הרפואיות הכרוכות באיתור התורם כולל הוצאות שהייה וטיסה לצורך איתור תורם עבור המבוטח ומלווה אחד. כמו כן, כיסוי לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם. הכיסוי יכלול גם רישום במאגרים בחו"ל וכל פעולה אחרת הנדרשת לאיתור האיבר והשגתו. במידה והמבוטח יזדקק להשתלת קרנית, החברה תסייע למבוטח תוך הפעלת קשריה בארץ ובחו"ל להשגת קרנית.
- 1.3.4 תשלום לכל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז וכן תשלום לצוות המנתח עבור השירותים הרפואיים שינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה ובמהלך האשפוז לפני ואחר ההשתלה לרבות הוצאות חדר ניתוח, בדיקות מעבדה ואבחון, טיפול תרופתי, אביזרים מושתלים, אביזרים רפואיים, פיזיותרפיה, טיפולי שיקום והשגחה שניתנו במהלך האשפוז.
- 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 22 תכסה החברה המבטחת הוצאות טיסה ושהיה של שני מלווים. רופא מטעם המבוטח יחליט ע"פ מצבו הרפואי של המבוטח האם מצבו הרפואי מחייב לטוס במחלקה אחרת ו/או עם רופא מלווה ואז יינתן כיסוי למימון טיסה במחלקה הרלוונטית למצבו לחולה ולמלווה אחד.
- 1.3.6 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים. כולל ליווי רופא מלווה. לרבות, אך לא רק, הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים ובחזרה.
- 1.3.7 תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל, במידה והמושתל הינו ילד עד גיל 22, יהיה התשלום עבור שני מלווים.
- 1.3.8 תשלום עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה, בארץ או בחו"ל לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי ועד 310,000 ₪. ישולם בנוסף לסכומי הביטוח המפורטים בסעיף 1.2 לעיל.
- 1.3.9 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה.
- 1.3.10 תשלום עבור משתלים מיוחדים רגילים או מפרישי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח.
- 1.3.11 תשלום לכיסוי הוצאות חיפוש אחר תורם להשתלת מח עצמות ו/או תאי גזע מדם טבורי בסך 516,000 ₪. כמו כן, כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי למציאת תורם.
- 1.3.12 הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל לביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בישראל, במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.
- 1.3.13 הוצאות רפואיות נלוות וכל הוצאה אחרת שנדרש מהמבוטח להוציא בחו"ל או בארץ עפ"י הוראה רפואית לרבות, אך לא רק, הוצאות המשך טיפול תרופתי

בארץ שנקבע ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח. כמו כן, תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה, כולל הוצאות טיסה ושהיה, עד שנה ממועד ההשתלה.

1.3.14 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, למעט במקרה של השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית, גמלה נוספת שתיקרא "גמלת החלמה" (להלן: "הגמלה") כדלהלן:

1.3.14.1 סך של 7,220 ₪ לחודש למשך 24 חודש.

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

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

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

סעיף זה כולל כיסוי ביטוחי בעד השתלת איברים כמוגדר בסעיף 1.1 לעיל. סכום הביטוח הינו 361,000 ₪.

1.4.1 **מקרה הביטוח** - אבחנה מתועדת להתקיימות השתלת אברים כהגדרתה בסעיף 1.1 לעיל למעט השתלת קרנית ומח עצם עצמית לראשונה במהלך תקופת הביטוח

1.4.2 תשלום פיצוי בעד השתלת איברים, ייעשה בעקבות המצאת אישור רשמי של המרכז

הלאומי להשתלות בישראל המעיד על רישומו של המבוטח, ובטרם ביצוע ההשתלה או במקרה והמבוטח אינו יכול להירשם במרכז הלאומי להשתלות, בכפוף למכתב מרופא מטעם המבוטח המעיד על הצורך בהשתלה, ובטרם ביצוע ההשתלה.

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

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

פרק א' 2 – טיפולים מיוחדים בחו"ל

- 2 . **מקרה הביטוח:** מקרה הביטוח: טיפול רפואי בחו"ל שבוצע ו/או יבוצע 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 בישראל, ו/או זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה הסביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה. 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 הביטוח הלאומי ו/או הטיפול נועד להצלת אובדן מלא 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 בתיאום עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי הינו 1,000,000 ₪ 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 השירות הרפואי בחו"ל. במקרה בו המבוטח אפשר 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:
- 2.3.1.1 בכל מקום בו מופיעה המילה "השתלה", יש לקרוא "טיפול מיוחד".
- 2.3.2 כל התשלומים לטיפול מיוחד על פי הסעיפים הנ"ל יהיו בגין הוצאות שהוצאו בחו"ל. היה והוציא המבוטח תשלומים על פי הסעיפים הנ"ל בישראל, אשר הצורך בהם קשור לטיפול המיוחד, יהיה זכאי המבוטח לתשלום מהחברה המבטחת עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי לטיפול מיוחד.
- * למען הסר ספק, סכומי הביטוח ישולמו בנוסף לסכום הביטוח שהוגדר לעיל בסעיף 2.2.
- 2.3.3 תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.

- 2.3.4 כמו כן, ישולם בנוסף תשלום עבור טיפולי המשך בחו"ל הנובעים מביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 2.4 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.
- 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. עלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן עד סכום של 100,000 ₪.
 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 בכפל הסכום.
 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 ₪.
 4. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ומלווה 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 דיגיטלי 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 ו/או יבוצעו ו/או הצורך בביצועם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח והמבוטח 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 רובוטי בין היתר באמצעות רובוט דה וינצ'י.
- ניתוח מפרק / משתל בהתאמה אישית - תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI ויצירת מפרק / משתל המותאם אישית לגופו של המנותח. שאיבת דיסק מכאנית ללא פגיעה ברקמות הסמוכות בשיטת Hydrocision.
- למען הסר ספק, "ניתוח" כולל אמצעי טיפול חדישים המבוצעים כיום או שיבוצעו בעתיד, לרבות טיפולים הבאים כתוספת לניתוח כהגדרתו לעיל.
- * למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.
- הגדרת ניתוח נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות' ובכפוף לסעיף 23 לעיל.
- 3.2 בגין ניתוחים בחו"ל, תהיה תקרת השיפוי מלאה עבור ניתוחים שתואמו מול החברה במרכזים שבהסכם ועד 200% מעלות הניתוח בישראל כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה המבטחת לניתוחים שלא תואמו מול החברה המבטחת
- לרבות, אך לא רק, כיסוי עבור: הוצאות אשפוז, תרופות, בדיקות אבחון ומעבדה, בדיקות פתולוגיות, טיפולי פיזיותרפיה, שתל, שכר אחות פרטית, שירותי הסעה באמבולנס וכן כל הוצאה אחרת במהלך האשפוז הקשורה ישירות לניתוח.
- 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 במטבע ישראלי בהתאם לשער המחאות גבוה

- המפורסם ע"י בנק ישראל שיהיה ידוע ביום התשלום ע"י החברה המבטחת ובהיקף זכאותו של המבוטח על פי האמור לעיל.
- 3.5 בנוסף לאמור, החברה המבטחת תכסה סכום חד פעמי בסך עד 62,000 ₪ בגין ההוצאות בגין נסיעות או הוצאות של המבוטח והמלווים הכרוכות בנייתוח בחו"ל. ובמקרה של ילד עד גיל 22 סכום הביטוח החד פעמי יעלה לעד 103,130 ₪.
- 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), העברות מבוטח ומלווה – הוצאות נסיעה יבשתיות סבירות של המבוטח ומלווה משדה התעופה לבית החולים בחו"ל וחזרה.
- 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 התייעצות עם רופא מומחה התייעצות אחת עם רופא מומחה עד לסך של 1,240 ₪.
- 3.9 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.
- 3.10 הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח ושהמבוטח בחר לבצעו בביה"ח בחו"ל ובלבד שהצורך בנייתוח נקבע בישראל טרם נסיעת המבוטח לחו"ל.
- 3.11 למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.

פרק א' 4 – 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:**
 - מקרה הביטוח של טיפול מחליף ניתוח בחו"ל ייחשב ככזה בתנאי שהתקיימו לגבי התנאים המפורטים להלן במצטבר:
 - 2.1 רופא מומחה בישראל מטעם המבוטח, קבע את הצורך בביצוע הניתוח והמליץ על ביצוע טיפול מחליף ניתוח.
 - 2.2 הטיפול מחליף הניתוח בוצע על ידי נותן טיפול מחליף ניתוח בחו"ל.
 - 2.3 הטיפול מחליף הניתוח בוצע בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל, המורשים לבצע את הטיפול המחליף ניתוח על פי חוקי המדינה בה הם ממוקמים.
 - 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.
 - 4.2 **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.
- הוצאות 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 <u>התייעצות עם רופא מומחה: הוצאות התייעצות אחת עם רופא מומחה בישראל, עד לסך של 1,240 ₪.</u>	5.1
5.2 <u>העברות מבוטח ומלווה: הוצאות נסיעה יבשתיות סבירות של המבוטח ומלווה, משדה התעופה לבית החולים בחו"ל וחזרה.</u>	5.2
5.3 <u>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 155,000 ₪.</u>	5.3
חריגים עבור פרקים א' 1-4:	6
6.1 החברה המבטחת לא תהיה אחראית לביטוח על פי פרק א' לפוליסה זו, אם ביום כניסת הביטוח לתוקף הייתה קיימת לגבי המבוטח המלצה לביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל ו/או ניתוח בחו"ל ו/או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, המצוינת ומתועדת בכתב בתיק רפואי או במסמך רפואי כל שהוא.	6.1
חריג זה אינו חל על העונים להגדרה עפ"י סעיף 3 א' בפרק ההגדרות בפוליסה.	
לכל מי שחריג זה תקף לגביו, יבוטל בכל מקרה חריג זה באופן מלא לחלוטין בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח זה במידה והמבוטח הינו מתחת לגיל 65 וכן יבוטל בתום חצי שנה ממועד ההצטרפות לביטוח זה במידה והמבוטח הינו מעל גיל 65.	
6.2 החברה המבטחת לא תהיה אחראית לתשלום סכום הביטוח במלואו או בחלקו אם הצורך בהשתלה ו/או בטיפול מיוחד או ניתוח בחו"ל נובע מהתמכרות המבוטח לסמים ו/או אלכוהול, למעט שימוש בסמים עפ"י הוראת רופא.	6.2
6.3 החברה המבטחת לא תהיה אחראית לכל נזק העלול להיגרם לאדם ממנו נלקח האיבר לצורך השתלתו בגופו של המבוטח.	6.3
6.4 למען הסר ספק, מובהר ומוסכם בזאת כי בחירת הרופא המטפל והטיפולים והשירותים המכוסים על פי פוליסה זו, נעשים על ידי המבוטח וכי החברה המבטחת אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח כתוצאה מטיפול או שירות המכוסה על פי פוליסה זו.	6.4
6.5 לא יכוסו טיפולים ניסיוניים במדינה בה הם מתקיימים.	6.5
7 למען הסר ספק, ביחס לסעיפים א' 1-4, במידה וספק השירותים אינו מקבל כתב התחייבות או העברות בנקאיות, ישולם הסכום למבוטח טרם יציאתו מהארץ, בכפוף לקבלת המסמכים הדרושים מספק השרות.	7
8 למען הסר ספק, החברה המבטחת מתחייבת לבטח את המבוטח על חשבוננו בביטוח נסיעות לחו"ל מקיף וכולל אשר יכסה גם את המצב הקיים בגינו נסע המבוטח, במסגרת פרקים א' 1- א' 4 לעיל והכול בכפוף להסכמתו של המבוטח. בנוסף, יצא עם המבוטח מלווה / ים לחו"ל, יהיה זכאי המלווה / ים להנחה ברכישת ביטוח נסיעות לחו"ל של החברה המבטחת, בשיעור של 35% מתעריף הביטוח שיהיה נהוג באותה העת לכלל המבוטחים ובלבד שהמלווה התקבל לביטוח נסיעות לחו"ל על ידי החברה, בהסתמך על כללי החיתום הנהוגים באותה העת.	8
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

- 1. הגדרות:**
- 1.1 **מקרה הביטוח** – מקרה הביטוח – שיפוי בגין עלות תרופה אשר ניטלה ניטלת ו/או תינטל ו/או הצורך בנטילתה נדרש או יידרש לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2 **תרופה** – חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי או תכשיר ביוטכנולוגי, שנועד לשם אבחון, ריפוי, הקלה, טיפול או מניעה של מצב רפואי כלשהו 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.
- הגדרת תרופה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2007-1-12 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 23 לעיל.
- 1.3 **למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות, הינה רופא מומחה 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 2007-1-12 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 יאושר שימוש בקנאביס רפואי רק בדרך המומלצת על ידי משרד הבריאות, ובכפוף לתנאי הרישיון האישי שהונפק למבוטח על ידי משרד הבריאות לשימוש בקנאביס הרפואי.

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 12-1-2007 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 תרופה מיוחדת – רופא מומחה מטעם המבוטח קבע כי מתקיימים התנאים הבאים במצטבר:

- א. התרופה יעילה באופן ממשי לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על סמך שני פרסומים מדעיים רפואיים וכי התועלת בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה.
- ב. מניעת הטיפול בתרופה מהווה סכנה ממשית לחייו של המבוטח. יכוסה עד תקרה כוללת בגובה 1,000,000 ₪.

ו 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.

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 ₪, 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 ינתן 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.**
- 2.3 הוצאות מוכרות: מוצהר ומוסכם כי ההתחשבות תהיה בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד.**
- לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולם תרופתיים עתידיים, אך לא יחולו על התחייבות קיימת בגמר ביטוח אם המבוטח ממשיך לקחת תרופה ולא ניצל את מלוא סכום הביטוח. למען הסר ספק, החברה המבטחת ביטוח זה חייבת לסיים את מלוא חבותה למקרה ביטוח שארע בתקופתה.
- 2.4 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 5,160 ₪ לכל סדרת טיפולים ו/או עד 260 ₪ ליום ולא יותר מ-60 יום בגין כל מקרה ביטוח (במידה וההזרקה הינה יומית).**
- 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 עולה מעל 5,000 ₪, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות 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 בשווי 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', ה', ו', ח' 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 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 הגנטית של החולה, בדיקת יעילות הטיפול התרופתי, קביעת המינון המותאם לחולה במטרה לטפל בחולה באופן מהיר ומדויק, מניעת תופעות לוואי

ו/או רעילות מהטיפול התרופתי וביצוע מעקב אחר תוצאות הטיפול התרופתי ויעילותו

- איתור מקום הגידול
- הערכת מידת סיכון להופעת סרטן בעתיד
- אבחון מוקדם
- הערכת התקדמות עתידית של המחלה
- בירור מידת העמידות של הגידול לסוגים שונים של תרופות כימיות
- בדיקות גנטיות, לרבות בדיקות הנעשות על רקמה ביולוגית שמטרתן בין היתר, אך לא רק: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול ו/או מינון, סוג התרופה וכו'.
- חיזוי המחלה (רמת האגרסיביות של הגידול) - סיכוי התפשטות 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.
בגין ספק שנמצא בהסדר עם החברה המבטחת תקרת השיפוי תהייה מלאה ללא תקרה.

בגין ספק שאינו בהסכם עם החברה המבטחת תקרת השיפוי תעמוד על 103,130 ₪.

2.8 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.

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

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 המטופל

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 המבטח לא יהיה אחראי לביטוח על פי פרק ב' לפוליסה זו, לגבי מי שביום כניסת הביטוח לתוקף, המבוטח השתמש או קיבל מרשם לשימוש בתרופה המכוסה עפ"י פרק זה.

חריג זה אינו חל על העונים להגדרה עפ"י סעיף 3 א' בפרק ההגדרות בפוליסה.

3.2 לכל מי שחריג זה תקף לגביו, יבוטל חריג זה בכל מקרה באופן מלא לחלוטין בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח זה במידה והמבוטח הינו מתחת לגיל 65 וכן יבוטל בתום חצי שנה ממועד ההצטרפות לביטוח זה במידה והמבוטח הינו מעל גיל 65. 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.

- 3.3 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.
- 3.4 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים.
- 3.5 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 3.6 תרופות ניסיוניות, למעט המופיע בסעיף 2 ג' עד ח' לעיל.
- 3.7 לא תכוסה תרופה אשר נטילתה החלה לאחר תום תקופת הביטוח או שניטלה לפני תקופת הביטוח, למעט האמור בסעיף 28 לעיל.
- 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' - ז' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה – השירותים SLA

פרק ג' – ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים

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

1

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 2 התייעצויות בשנת ביטוח ועד לתקרה של 1,340 ₪ להתייעצות ועד 4 התייעצויות נוספות בשנת ביטוח עד לתקרה של 830 ₪ להתייעצות. למען הסר ספק, התייעצות עם רופא משפחה ו/או רופא ילדים שהינם הרופאים המטפלים הרגילים של המבוטח, לא תכוסה במסגרת זו.
למען הסר ספק, בנוסף לאמור לעיל תכוסה התייעצות עם גנטיקאים במקרה של ביצוע בדיקה גנטית שנועדה לאבחון גנטי במבוטח עם ו/או בלי רקע משפחתי.
שירות של רוקחות קלינית שכולל ייעוץ תרופתי אישי ומבוצע ע"י רוקח, תיחשב התייעצות במסגרת סעיף זה.

1.2 בדיקות אבחנתיות:

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), (MRA, CTC), מיפוי איזוטופים, CT PET, OCT, EMG, CAPSULE WIRELESS ENDOSCOPY, EEG, תהודה מגנטית פונקציונאלית (FMRI), PAP, ממוגרפיה וכל בדיקה אחרת המבוצעת בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה.

החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא בפועל לצורך ביצוע הבדיקה ועד 6,700 ₪ לכל בדיקה לכל שנת ביטוח.
סכום הביטוח המרבי לכל הבדיקות לכל שנת ביטוח יהיה סך של 15,500 ₪.
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.
- קולונוסקופיה וירטואלית.
- חוות דעת שנייה על בדיקות הדמיה -
חוות דעת שנייה אצל רדיולוגים מובילים בתחום לבעיה הספציפית של הפענוח.
- שירות רדיולוג פרטי – בחירת רדיולוג מומחה בתת תחום של בדיקות
הדימות, פענוח הבדיקה, שיחת ייעוץ אישית במהלכה יוסברו התוצאות
ושיחה של הרדיולוג עם הרופא המפנה.
- קפסולה 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, קולונוסקופיה
ופוליפקטומיות בהרדמה.
- טיפול ביוזר רדיואקטיבי בין היתר לחולי סרטן בלוטת התריס – יזר 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:

1. התייעצות בתור מהיר

- א. יעוץ עם רופא מומחה: בתור מהיר: המבוטח זכאי לבצע את התייעצות
בתוך שלושה ימי עסקים ממועד פנייתו למוקד השירות, עם רופא מומחה
שבהסכם אליו יופנה המבוטח על ידי מוקד השירות.
- ב. לרפואת אף אוזן גרון דחופה **URGENT מוקד א.ר.ם**
מובהר בזאת כי הייעוצים הנזכרים בסעיפים א ו-ב במסלול תור מהיר נכללים במניין
הייעוצים בסעיף 1.1 בכפוף להשתתפות עצמית בסך של 250 ₪ בגין כל התייעצות.

2. 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 ינתן לפי התקרות הנקובות בסעיפים 1.1-1.2 לעיל, ואין בסעיף זה בכדי להוסיף עליהן או לגרוע מזכות המבוטח לקבל החזר כספי עפ"י סעיפים אלו עבור ההוצאה שהוציא בפועל.
 6. השירות הינו בתוקף כל עוד לחברה הסדר תקף עם ספק השירות המאפשר תור מהיר.

1.3 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 4,130 ₪ לכל תקופת הביטוח.

1.4 טיפולם פיזיותראפיים / הידרותרפיים / ספורטרפיה / ריפוי בעיסוק / התעמלות

שיקומית / טיפול שיקומי אחר :

החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% בגין ההוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפולי פיזיותרפיה / הידרותרפיה / ספורטרפיה / ריפוי בעיסוק / התעמלות שיקומית / טיפול שיקומי, וזאת עד 20 טיפולים לשנת ביטוח ועד 4,950 ₪ לשנת ביטוח. לחילופין, תתאפשר קבלת שירות לטיפול פיזיותרפיה בטכנולוגיה מתקדמת במציאות מדומה. השירות ינתן בהשתתפות עצמית של 45 ₪ בלבד אצל נותן שרות שבהסכם ויכלול במניין 20 הטיפולים בכל שנת ביטוח.

1.5 אחות פרטי ו/או מטפלת פרטית :

החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין ההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל להעסקת אחות פרטית לצורך שמירה על המבוטח במסגרת ניתוח או אשפוז (להלן השמירה הפרטית) עד 1,240 ₪ לכל יום, לתקופה שלא תעלה על ארבע עשר (14) ימים למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור לחברה המבטחת או לחלופין הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח בדבר ביצוע השמירה הפרטית.

1.6 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.

טיפול ושירותי הפריה

1.7

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 להריון או הריונות ו/או הגדלת הסיכוי כי המבוטחת 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 10,320 ל-5 סדרות. ב) בנוסף עבור טיפולי הפריה אשר בוצעו בחו"ל – השתתפות החברה המבטחת תהיה בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 20,630 ₪. המבוטחים יהיו זכאים לטיפול אחד בחו"ל (לכל אחד, במידת הצורך).

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

ג) מימון לשירותי פונדקאות מכל סיבה שהיא – החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מהסכום ששולם בפועל תמורת שירותי פונדקאות עד 140,000 ₪.

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 1.8 להלן, אשר בוצעו באם פונדקאית.

שמירת זרע ו/או שמירת ביציות לטווח ארוך מכל סיבה שהיא – לרבות, אך לא רק, בשיטת וטרי פיקציה וזאת עד 41,250 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%.

בדיקות ושירותים לנשים בהריון:

1.8

1.8.1 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, 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.

1.8.2 השתתפות החברה המבטחת הינה בשיעור 80% מההוצאות הממשיות שהוצאו בפועל, אך לא יותר מ-4,130 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון.

1.8.3 במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 8,250 ₪ לכל הריון, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.8.4 תוספת לבדיקת מי שפיר – צ'יפ גנטי. החברה המבטחת תישא בסכום ביטוח נוסף של 1,550 ₪ בגין סעיף זה ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי

1.9

המבוטחים בפוליסה יהיו זכאים לאבחון גנטי טרום לידתי ולהתייעצות עם גנטיקאי בין היתר לצורך קבלת הסברים על תוצאות הבדיקות שנעשו, כדוגמת הבדיקות המפורטות להלן.

סכום הביטוח המרבי יהיה 80% אך לא יותר מ-2,270 ש"ח מההוצאות אשר הוצאו בפועל כיסוי זה יינתן לכל הריון.

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

- סיסטיק 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 (α 1-Antitrypsin Deficiency)
- אגירת גליקוגן (Glycogen Storage)
- חרשות (קונקסין)
- מייפל סירופ (MSUD)
- ט"י זקס
- 3 F.I.S.H. כרומוזומים
- 5 F.I.S.H. כרומוזומים
- קוסטף
- Nemaline myopathy
- A1AT
- חרשות לא-סינדרומית מסוג DFNB1
- Spinal Muscular Atrophy
- GSD1
- MCN
- SMA
- תסמונת רט
- גן פרטינגטון

הפסקות הריון באמצעות גלולת מייפיגין,

1.10

לאחר אישור ועדה רפואית (עד שבוע שביעי) וזאת עד לגובה 3,970 ש"ח (כולל עלות הוועדה).

השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים:

1.11

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.

המבוטח יהיה זכאי להחזר של 60% מהוצאותיו בפועל ועד תקרה של 4,130 ₪ לכל תקופת הביטוח בגין רכישת אחד או יותר מהאביזרים, עד תקרה של 4,130 ₪ לכל האביזרים גם יחד.

בנוסף לאמור לעיל, אם בוצע ניתוח במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי המבוטח, במהלך 3 חודשים לאחר ביצוע הניתוח, להחזר של 80% ועד תקרה של 8,250 ₪ עבור רכישת אביזרים רפואיים הנדרשים כתוצאה מביצוע הניתוח.

אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקוי למידה:

1.12

ילד שהנו מבוטח יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י פסיכולוג קליני ו/או פסיכולוג חינוכי ו/או מכון אבחון ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקות **TOVA**, **BRC**, **MOXO** ומבחנים / מבדקים, ועד לסכום בסך 1,550 ₪. הזכאות היא אחת לשנתיים וחצי.

לחילופין, תתאפשר קבלת שירות תור מהיר לבדיקות להפרעות קשב וריכוז ולקויות למיד לילדים אצל נותן שירות שבהסכם עד התקרה שבפוליסה בכפוף להפניה מרופא 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 פסיכו/דידקטי - תור מהיר תוך 10 ימי עסקים לבדיקה ופיענוח, השתתפות עצמית 1,200 ₪ לאבחון.

טיפול בבעיות התפתחות בילדים:

1.13

החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות בילד אשר התגלו ואובחנו על ידי רופא מומחה להתפתחות הילד מטעם המבוטח, אצל ילד מבוטח. במידה ורופא מומחה להתפתחות הילד אינו רלוונטי למקרה, ניתן להביא הפניה מנוירולוג מטעם המבוטח או פסיכיאטר מטעם המבוטח, לפי העניין, המחייבות טיפול ע"י אחד מאלה כגון:

- פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג ו/או הוראה מתקנת, או באמצעות שיטת טיפול מוכרת אחרת המוכרת על ידי תוכנית השב"ן בה חבר המבוטח.

המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות כאמור לעיל בשיעור של עד 75% מעלות הטיפול אך לא יותר מ- 124 ₪ לטיפול ולא יותר מ-30 טיפולים סה"כ בשנת ביטוח.

<p><u>בדיקות לרפואה מונעת</u></p> <p>למבוטח מעל גיל 50, הכוללות: ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות העצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני, עד 360 ש"ח לבדיקה, אחת ל-3 שנים (לכל בדיקה) ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p>	<p>1.14</p>
<p><u>טיפול שיקום:</u></p> <p>מבוטח הנזקק לטיפול שיקומי על פי הנחיית רופא מומחה מטעמו בעקבות מחלה ו/או תאונה ו/או ניתוח ו/או אירוע רפואי אחר, יהיה זכאי לכיסוי הוצאות טיפולי שיקום, לרבות ריפוי בעיסוק לסוגיו השונים בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% ועד תקרת החזר של 155 ש"ח ולא יותר מ-12 טיפולים למקרה ביטוח. במקרה של התעמלות לשיקום לבבי על פי הנחיית רופא מומחה מטעם המבוטח, תקרת ההחזר תהיה בגובה 155 ש"ח לחודש למשך 9 חודשים.</p>	<p>1.15</p>
<p><u>שיקום הדיבור ו/או הראיה למבוטח לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב-amblyopia</u></p> <p>החברה המבטחת תשתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) ו/או בעקבות ניתוח ו/או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה, וזאת עד 155 ש"ח לטיפול ועד 16 טיפולים ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p>	<p>1.16</p>
<p><u>זריקות לצורך רפואי וכן הזרקת חומרי סינוך למפרקים ו/או לעמוד השדרה כגון: אורטוקין, חומצה הילאורונית, וולטרן, קורטיזון, אפידורל, בוטוקס רפואי והזרקות PRP:</u> 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 3,100 ש"ח לשנת ביטוח. 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. למען הסר ספק, החברה המבטחת תכסה גם את עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן הזריקה.</p>	<p>1.17</p>
<p><u>שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי:</u></p> <p>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 עד תקרה של 1,030 ש"ח.</p>	<p>1.18</p>
<p><u>הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:</u></p> <p>החברה המבטחת תשלם ישירות לבי"ח או למעבדה פרטית או תחזיר הוצאות עד לסך של 10,000 ש"ח כנגד קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור בגין בדיקה פתולוגית לרבות, אך לא רק, בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות, אך לא רק, בדיקות אימונוהיסטוכימיות 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 בדיקה פתולוגית נוספת בישראל או בחו"ל עד לסך של 10,000 ש"ח. כיסוי זה יחול גם על בדיקות פתולוגיות המתבצעות שלא לצורך ניתוח.</p>	<p>1.19</p>
<p><u>הוצאות בגין טיפולים משקמים:</u></p> <p>כיסוי להוצאות טיפולים פיזיותראפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום – לאחר ביצוע ניתוח, יינתן כיסוי על פי הוראת רופא מטעם המבוטח לטיפול פיזיותראפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום עד 20 טיפולים לשנת ביטוח עד לסך 310 ש"ח לטיפול</p>	<p>1.20</p>

- 1.21 מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה – AIDS:**
מבוטח אשר חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כתוצאה מעירוי דם, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 186,000 ₪ ובלבד שהמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף בטרם תחילת פוליסה זו או הפוליסה הקודמת (במידה והנו מבוטח קיים).
- 1.22 פיצוי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B:**
מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח ו/או טיפול רפואי, חלה בצהבת מסוג B יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 73,220 ₪, ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודש ממועד הניתוח והמבוטח לא היה נשא של הנגיף בטרם תחילת פוליסה זו או הפוליסה הקודמת (במידה והנו מבוטח קיים).
- 1.23 ימי החלמה:**
בכל מקרה של אירוע רפואי המחייב החלמה תשתתף החברה המבטחת בהוצאות ההחלמה ששולמו בעקבות ובסמוך לאירוע כאמור עד לסך של 880 ₪ לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על שניים עשר (12) ימי החלמה ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על ידי רופא מומחה מטעם המבוטח, בכפוף להצגת חשבוניות מקוריות או העתק נאמן למקור.
- 1.24 טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים**
טיפול בפצעים פתוחים ו/או מזוהמים לרבות פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת. כיסוי בעת שהייה בבי"ח ו/או בבית החלמה ו/או בבית, עד לסך של 11,320 ₪ למקרה.
- 1.25 החלמה לאחר לידה בניתוח קיסרי**
מבוטחת הנמצאת לאחר לידה בניתוח קיסרי תהיה זכאית להבראה לאחר לידה בניתוח קיסרי ובלבד שתשהה בבית החלמה, לתקופה מרבית של שלושה ימים. היולדת תהיה זכאית לכיסוי ההבראה במידה והחלה שהייתה במוסד תוך 48-72 שעות ממועד הלידה בניתוח קיסרי. המבוטחת תהיה זכאית לכיסוי 75% מההוצאות הממשיות שהיו לה בגין ימי ההחלמה אך לא יותר מ-620 ₪ לכל יום החלמה, כאשר יום ההחלמה הראשון בבית החלמה הנו על חשבון המבוטחת.
- 1.26 התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב:**
המבטח ישתתף בהוצאות התעמלות שיקומית של המבוטח, לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח, בכפוף להפניה של רופא מטעמו, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד 206 ₪ לטיפול ועד 9 חודשים.
- 1.27 פיצוי בגין אשפוז כתוצאה ממחלה**
אושפז המבוטח בבית חולים, עקב מחלה, תשלם המבוטח פיצוי בסך של 930 ₪ לכל יום, החל מהיום הרביעי לאשפוז ועד 10 ימי אשפוז סה"כ.
- 1.28 ניתוחי חניכיים וטיפולי שיניים כירורגיים:**
המבטח יישא בעלות ניתוחי חניכיים וניתוחים / טיפולים כירורגיים המבוצעים במרפאת רופא מומחה כירורג פה ולסת או פריודונט מומחה.
אם הטיפול יבוצע על ידי 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 10,320 ₪ בכל תקופת הביטוח.
יובהר כי על פי סעיף 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 סעיף זה יכוסו ניתוחי יישור לסתות וטיפולי שיניים כהכנה לביצוע ניתוח זה או הנדרשים לאחר הניתוח (כגון טיפולי יישור השיניים).

<p><u>יעוץ פסיכולוגי:</u></p> <p>1. הזכאות לטיפול פסיכולוגי היא כל מצב המחייב שיחה טיפולית אצל פסיכולוג. 2. המבוטח יהיה זכאי לקבלת טיפול פסיכולוגי ו/או ייעוץ אצל פסיכולוג או עובד סוציאלי קליני בוגר בית הספר לפסיכותרפיה בעל תעודת עיסוק כמטפל על פי דיני ישראל, באמצעות פגישות אישיות, גובה ההחזר עד לסך של 230 ₪ לכל טיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה 60%. תקופת אכשרה למצטרפים חדשים – 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.</p>	<p>1.29</p>
<p><u>מנוי למשדר קרדילוגי:</u></p> <p>המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשירותי משדר קרדילוגי בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, אך בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב או בתנאי שהמבוטח זקוק למנוי כזה מיד לאחר אוטם שריר הלב בו לקה. עד 80% מההוצאות בפועל, אך לא יותר מ-165 ₪ לחודש לתקופה מרבית של 24 חודשים.</p>	<p>1.30</p>
<p><u>טיפולים בהרטבת לילה:</u></p> <p>מבוטח יהיה זכאי לכיסוי לטיפול בהרטבת לילה. לטיפולים והאבחונים המכוסים בסעיף זה תהיה תקרת החזר בגובה 515 ₪ לשנת ביטוח אצל ילדים מעל גיל 5 עד 3 טיפולים במהלך תקופת הביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%.</p>	<p>1.31</p>
<p><u>אשפוז עקב היריון בסיכון גבוה:</u></p> <p>במקרה של אשפוז מבוטחת בבית חולים עקב היריון הסיכון גבוה, תקבל המבוטחת פיצוי מיוחד בשיעור של 155 ₪ לכל יום אשפוז, החל מהיום הראשון ועד 150 יום.</p>	<p>1.32</p>
<p><u>חיסונים לפני יציאה לחו"ל:</u></p> <p>החזר בסך של 75% מההוצאה בפועל ועד 1,032 ₪ לתקופת ביטוח.</p>	<p>1.33</p>
<p><u>טיפול בתא לחץ:</u></p> <p>המבטח ישתתף וישפה את המבוטח בגין טיפול בתא לחץ ובכפוף להפניה כתובה של רופא מטעם המבוטח ועד לתקרה של 10,700 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף לקבלות מקוריות ו/או העתק נאמן למקור.</p>	<p>1.34</p>
<p><u>טיפולים בכאב:</u></p> <p>החברה המבטחת תשלם ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור טיפולים כגון: הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בליט דיסק, בין אם תחת שיקוף ובין אם לא, הזרקות ממוקדות או תחת CT או MRI, שימוש בקנביס רפואי אשר אושר לשימוש למבוטח על ידי משרד הבריאות. החברה המבטחת תכסה את עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק עד לסכום מרבי של 4,100 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להמלצה של רופא מומחה מטעם המבוטח.</p>	<p>1.35</p>
<p><u>תקופת אכשרה:</u></p> <p>בגין סעיפים 1.8-1.9 תחול תקופת אכשרה של 6 חודשים. למען הסר ספק, לא חל על כל המבוטחים הקיימים כהגדרתם עפ"י סעיף 3 א', ד' בפרק ההגדרות בפוליסה אשר רכשו את הכיסוי במסגרת ההסכם הקודם ועל העונים להגדרה בסעיף 27.</p>	<p>1.36</p>
<p>למען הסר ספק, בכל סעיף בפוליסה בו קיימת זכות נוספת לכיסוי שקיים בפרק זה, הכיסוי יינתן בנוסף לכיסוי הניתן בפרק זה.</p>	<p>1.37</p>

1.38 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.
 1.39 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.

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.

הגדרות:

1

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 שיורה לו מוקד השירות, אך בשום אופן לא באמצעות החברה.	"השתתפות עצמית"

<p>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.</p>	<p>"מדד"</p>
<p>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: 1700-50-66-62 שלוחה 7</p>	<p>"מוקד השירות" או "המוקד"</p>
<p>אדם אשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה והינו זכאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב שירות זה.</p>	<p>"מנוי"</p>
<p>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.</p>	<p>"מרפאת הסדר"</p>
<p>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.</p>	<p>"נותן שירות שבהסכם"</p>
<p>הגוף עימו התקשרה החברה בהסכם לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה.</p>	<p>"ספק השירות" או "המבטח"</p>
<p>מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז-1976, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.</p>	<p>"רופא"</p>
<p>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.</p>	<p>"רופא מומחה"</p>
<p>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.</p>	<p>"רופא שבהסכם ו/או רופא מומחה שבהסכם"</p>
<p>תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה מתחילה במועד הקובע.</p>	<p>"שנה"</p>
<p>תקופה זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי במועד הקובע ותסתיים בתום המועד הקובע בצד כל שירות. תקופת</p>	<p>"תקופת אכשרה"</p>

האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בלבד כל עוד השירות כתב שירות זה הינו בתוקף ותחול מחדש בכל פעם בה צורך 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.

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

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 קיומו 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 התחייבות המבטח:
- 3 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 רפואיות אבחנתיות"
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 ממין אשר יקבע את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הראשוניות (דם, שתן, רנטגן) הנדרשות לביצוע במסגרת תהליך האבחון. בדיקות אלו ייקבעו ויתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות בסמוך למועד הפגישה הראשונית כאמור לעיל.

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

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

3.1.2.2 שיחה טלפונית עם הרופא הממין:

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

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

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

3.1.2.3 תהליך אבחון מקיף:

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

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

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

3.1.2.3.4 נדרש המבוטח לתהליך אבחון מקיף, יתייעץ הרופא 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.

חריגים מיוחדים לשירות אבחון מהיר 3.1.2.8

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.

אופן קבלת השירותים

4

- 4.1 נזקק המבוטח לשירות על-פי כתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו, מספר תעודת הזהות, כתובתו, מס הטלפון בו ניתן להשיגו, ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי בגינו נזקק המבוטח לשירות ככל שיתבקש.
- 4.2 לשם מתן השירות ימסור המבוטח לספק ו/או למוקד השירות ו/או לנותן שירות, לפי העניין, את מלוא המידע הרפואי הידוע לו, כפי שיידרש על ידי המבוטח ו/או מוקד השירות ו/או נותן השירות, לפי העניין
- 4.3 השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות
- 4.4 על המבוטח להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבון
- 4.5 עם סיום כל טיפול, יחתום המבוטח על ספח ביקורת המאשר את קבלת השירות
- 4.6 השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד או השטחים המוחזקים אשר נמצאים בשליטת ישראל
- 4.7 המבוטח יהא זכאי לבחור את נותן השירות ממנו יקבל את השירות מתוך רשימה של נותני שירות בהסכם כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו למוקד השירות. רשימת נותני השירותים שבהסכם תשתנה מעת לעת
- 4.8 במקרה של סדרת הטיפולים, מועדי יתר הטיפולים (למעט הטיפול הראשון) יתואמו ע"י המבוטח מול נותן השירות שבהסכם
- 4.9 השירותים על-פי כתב שירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות וללוח העבודה של נותן השירות שבהסכם
- 4.10 במקרה שמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על-פי כתב שירות זה, יודיע על כך המבוטח למוקד השירות באופן מיידי ולא פחות מ - 12 שעות טרם מועד הטיפול. למען הסר ספק, מובהר כי על המבוטח להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות שבהסכם
- 4.11 מחויבות המבוטח בטיפולו בפניה של מנוי לקבלת השירות אצל נותן שירות שבהסכם תסתיים במוקדם מבין שני האירועים המפורטים להלן
 - 4.11.1 הפנית המבוטח לנותן השירות
 - 4.11.2 ביטול הפנייה לקבלת השירות על ידי הודעת המבוטח למוקד השירות
- 4.12 האחריות לתאום וביצוע השירותים תהא על המבוטח בלבד
- 4.13 במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המבוטח, יהא ספק השירות ראשי להפסיק ליתן את השירותים למנוי לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך

- 5 חריגים:**
- המבטוח לא זכאי לקבלת השירותים בסעיף 4.3 לעיל, במקרים בהם השירות המבוקש נובע ממצב רפואי שהינו תוצאה ישירה ו/או עקיפה של:
- 5.1 מצב רפואי ו/או פרוצדורה הקשורה בפוריות או פריון ו/או סיבוכי היריון או לידה מכל סיבה שהיא, למעט מצב רפואי בעקבות לפחות 3 הפלות רצופות.
- 5.2 פרוצדורה הקשורה באופן ישיר ו/או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה ובכלל זה טיפול בהשמנת יתר. מובהר כי חריג זה לא יחול בגין ניתוח שיחזור שד לאחר כריתת שד
- 5.3 מצב רפואי בתחום רפואת שיניים פה ולסת
- 6 קיומם של הוראות והנחיות הצבא בגין שירותים הניתנים בעת השירות הצבאי**
- בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל ו/או למנוע מהמבטוח 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 המבטוח נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה
- 7 הגבלת אחריות המבטוח ו/או החברה**
- 7.1 החברה והמבטוח 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 המבטוח והחברה והמבטוח אינם המעסיקים של נותני השירות.
- 7.2 במקרה שפעילות המבטוח או חלק משמעותי ממנה תפגע על-ידי מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר שאינו בשליטת המבטוח, פטור המבטוח מלתת את השירותים על פי כתב שירות זה והחברה ו/או המבטוח לא יהיו אחראים לכל נזק כתוצאה מכך.
- 7.3 יובהר כי העברת מידע רפואי על המבטוח 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

תנאי הצמדה	8
8.1 כל הסכומים הנקובים בכתב שירות זה ו/או בדף פרטי הביטוח ולרבות דמי מנוי, סכומי השתתפות עצמית, סכומי השיפוי יהיו צמודים למדד. חישוב ההצמדה יעשה בהתאם ליחס שבין המדד החדש ובין המדד הבסיסי	
8.2 המדד הבסיסי - לעניין תגמולי הביטוח ו/או ההשתתפות העצמית יהיה המדד המופיע בסעיף 8 בפרק ההגדרות בפוליסה מיום	
8.3 המדד החדש יהיה המדד החדש יהיה המדד הידוע במועד בו מבוצע התשלום.	
שונות	9
9.1 הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המבוטח רשאי להעבירה לאחר	
9.2 כל התשלומים הנקובים בכתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. באם יחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם	

פרק ד' – חוות דעת נוספת מחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל

<u>מקרה הביטוח</u>	1
מבוטח הזקוק לחוות דעת רפואית נוספת בכל תחום רפואי.	
<u>הכיסוי</u>	2
הכיסוי כולל: קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות	
<u>סכום הביטוח</u>	3
השיפוי בגין חוות דעת שנייה שניתנה על ידי רופא/ רופאים מחו"ל יהא 7,430 ₪ ובהשתתפות עצמית של 20%.	
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 \$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 ה' - רפואה משלימה

1.

הגדרות לפרק זה:

"טיפול אלטרנטיבי" - טיפול במצבים בריאותיים על ידי שימוש בדוגמאות שיטות הטיפול המפורטות להלן, כגון, אך לא רק:

1.1 "אקופונקטורה" - טיפול אשר במהלכו נעשה דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.

"הומיאופתיה" - שיטת טיפול כוללנית, העושה שימוש בתרופות המופקות מחומרים טבעיים שנמהלו או דוללו פעמים רבות.

"ביו פיזיקה" - טכניקה טיפולית העושה שימוש במכשור אלקטרוני לצורך מדידה מיידית של שינויים פיזיולוגיים בגוף המטופל

"כירופרקטיקה" - שיטת טיפול בה משתמש המטפל בידיו לשם הפעלת לחצים על עמוד השדרה וחוליותיו במטרה להשיב את הגוף לאיזון.

"טיפול לפי שיטת פלדנקייז" - שיטת טיפולית כוללנית העושה שימוש בתנועות גוף והתעמלות ייחודיות.

"אוסטיאופתיה" - טיפול בהפרעות של מערכת השלד והשרירים.

"רפלקסולוגיה" - שיטת טיפול ייחודית הנעשית דרך לחיצות בכפות הרגליים

"שיאצו" - שיטת טיפול ייחודית המאופיינת באמצעות לחץ בעזרת האצבעות

"היפנוזה" - טיפול בטכניקה המביאה לשינוי מבוקר בקשב

"נטורופתיה" - שיטת ריפוי אישית על בסיס טבעי.

"ייעוץ דיאטטי" - התאמה אישית של תוכנית לתזונה

"שיטת טווינא" - טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב מסאז' רקמות עמוק.

"דמיון מודרך לחולי סרטן"

שיטת פאולה - טיפול המבוסס על הפעלת השרירים הטבעיים

שיטת שניידר

שיטת אלכסנדר

חדר מלח

אירווודה

פרחי באך

עיסוי רפואי

עיסוי רקמות עמוק

עיסוי תאילנדי

לומי לומי

סוג'וק

פאלם תרפי

רייקי

טיפול במגנטים

דיקור יפני

צ'י גונג

הומוטוקסילקולוגיה

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

מקרה הביטוח: .2
טיפול אלטרנטיבי שבוצע ו/או יבוצע ו/או שהצורך בביצוע נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

סכום הביטוח ותגמולי הביטוח: .3
סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בגובה 80% מההוצאה ועד 195 ₪ לכל טיפול ועד 16 טיפולים לשנת ביטוח.

הזכאות לטיפול הינה כנגד המצאת הפניה של רופא המשפחה או רופא מומחה לקבלת הטיפול המבוקש ו/או על רקע מצב רפואי שיוגדר על ידי 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 ו' 1

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - פוליסה אחידה

1

הגדרות:

בפרק זה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצידי:

<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 הרשוהו 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 רופא מומחה 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 המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי</p>	<p>שתל</p>

מקרה הביטוח:

2

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.

התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח

3

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 התייעצות
- 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.

אופן תשלום תגמולי הביטוח

4

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 התייעצות ע"י רופא שבהסכם - תישא החברה בעלות התייעצות במלואה. בוצעה התייעצות ע"י נותן שירות אחר – תישא החברה בעלות התייעצות עד לסך של 1,500 ₪ 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").
- 4.2.2 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. על פרק זה לא יחולו החריגים המפורטים בפרק התנאים הכלליים ובמקומם יבואו החריגים המפורטים להלן
- 5.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה
- 5.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית
- 5.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:
- 5.3.1 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:
- 5.3.1.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.
- 5.3.1.2 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
- 5.9 עבור מבוטח חדש בלבד - מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזה ביטוח) הוראות לענין מצב רפואי קודם התשס"ד 2004

פרק ו' 2

ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן

1

הגדרות:

בפרק זה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצידיים:

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 הרשוהו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.	בית חולים פרטי
התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה לאחריו	התייעצות
טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.	טיפול מחליף ניתוח
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.	מרפאה כירורגית פרטית
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.	ניתוח
כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994	קופת חולים
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.	רופא מומחה
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	שתל
תקופת אכשרה או תקופת המתנה בהתאם לתנאים כקבוע בתכנית השב"ן.	תקופת אכשרה בשב"ן
תכנית השב"ן של המבוטח עליה הצהיר המבוטח בהצעת הביטוח או לאחר מכן, בהודעה בכתב לחברה.	תכנית השב"ן

מקרה הביטוח:

2

- 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

התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח

3

- 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 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

סכום הביטוח המירבי

4

- 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

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

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

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

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

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

המבוטח זכאי להחזר הוצאות התייעצות מעבר למלוא הזכויות המוקנות לו בגין מקרה הביטוח במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, ולאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על-פי תכנית השב"ן שברשותו ועד לסך של 1,500 ₪ 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 **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: על פרק זה לא יחולו החריגים המפורטים בפרק התנאים הכלליים ובמקומם יבואו החריגים המפורטים להלן

מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח לאחר תום תקופת הבטוח או במהלך תקופת האכשרה

5.1 **ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, 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 משטרתי, 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 עבור מבוטח חדש בלבד - מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזה ביטוח) הוראות לענין מצב רפואי קודם התשס"ד 2004

ברות ביטוח לפוליסה מהשקל הראשון:

6

- הסתיימה חברותו של המבוטח בתוכנית השב"ן בתקופה 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 ז'

ביטוח לפרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה:

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

1. הזרקות לעמוד השדרה שבוצעו אלקטיבית או במהלך אשפוז, למעט הזרקה אפידורלית במהלך לידה – עד לסך של 10,060 ₪ לכל שנת ביטוח.
2. צנתור לטיפול בהידרצלה ו/או ווריקוצלה וניתוח להפרדת הידבקויות תוך רחמיות.
3. תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI.

נספח ב' – השירותים (SLA)

תוך 30 יום מיום חתימת הפוליסה מתחייבת החברה המבטחת להנפיק 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.

- טרם הפצת דפי המידע והחברת הנ"ל על החברה המבטחת לקבל את אישור "בעל הפוליסה" לגבי נוסח הדברים.
- החברה המבטחת תקצה קו חינום שמספרו 1-700-50-66-62 וצוות שירות מקצועי אשר יטפל במבוטחי "בעל הפוליסה" וייתנו מענה לכל פניה של המבוטחים (להלן: "מוקד פלאפון"). המוקד יפעל בימי חול א'-ה' בשעות הפעילות המקובלות עד אחרי הצהריים. "מוקד פלאפון" 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 פלאפון" וכן של נציגי העובדים.
- החברה המבטחת תשלח נציג להרצאות בנושא עפ"י החלטת בעל הפוליסה. על החברה המבטחת לדאוג ולהעסיק עובדים מקצועיים ומיומנים על חשבונה שיטפלו 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, אך בתיאום מראש, בכל בקשה של המבוטחים ובני משפחותיהם, לרבות השירותים להם זכאים מכורח ההסכם, הפוליסה ונספח זה (SLA).

1) 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 וחברות הביטוח.

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

- מתן מידע מקצועי ואובייקטיבי לגבי כיסויים הקיימים במסגרת קופת החולים בה חבר המבוטח בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.
- מתן מידע מקצועי ואובייקטיבי לגבי הכיסויים הקיימים במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) בה מבוטח העובד בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.
- מתן מידע לגבי הכיסויים הקיימים בפוליסה בהקשר לבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח.
- מתן מידע והכוונה מעשית בפועל לגבי הדרך הנכונה והיעילה לניצול נכון ומרבי של הכיסויים בהסתמך על הביטוחים והכיסויים שברשות המבוטח.
- החברה המבטחת ו"מוקד פלאפון" יסייע למבוטחים במילוי טפסים, לרבות טפסי התביעה וכן תעמיד לצורך זה כוח אדם מתאים במשרדה.

- החברה המבטחת ו"מוקד פלאפון" יסייעו לבעל הפוליסה, למבוטחים ולנציגי בעל הפוליסה בכל הליך פרוצדוראלי, הסבר, הבהרות וכיו"ב בכל עניין הקשור בזכויות המבוטחים עפ"י הפוליסה וההסכם.
- התחייבות החברה המבטחת ו"מוקד פלאפון" לסיוע עפ"י הסכם ופוליסה אלו, הם חלק בלתי נפרד מתנאי ההסכם ומקבל הסיוע לא יחויב בכל תשלום בגין הסיוע הנ"ל.
- 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, כל זאת בתיאום עם החברה המבטחת ובאישורה מראש

3) השירותים הנדרשים במסגרת מערך ניהול הפוליסה – תנאי סף

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

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

- "מוקד פלאפון" יקבל את מסמכי התביעה הנדרשים לסילוק התביעה ויאשר למבוטח את קבלתם בדואר בפקס או באי מייל כפי שסוכם בין המבוטח ל"מוקד פלאפון".
- "מוקד פלאפון" יבחן את החומר הרפואי על פי הנחיות חברת הביטוח ותנאי הפוליסה. "מוקד פלאפון" מתחייב כי משך הבחינה לא יעלה על 7 ימי עבודה ממועד קבלת מסמכי התביעה שנדרשו מהמבוטח.
- אם יידרש ניהול תביעה משולב עם קופת החולים בה חבר המבוטח, או הביטוח המשלים או חברת ביטוח אחרת, יפעל "מוקד פלאפון" מול הגורם המבטח הנוסף על מנת לסלק את התביעה במשותף.
- לצורך ניהול התביעה המשותף יחתום המבוטח על ייפוי כוח לטובת "מוקד פלאפון" המסמיך אותו לפעול בשמו מול כל מבטח נוסף לרבות קופת חולים, כמו כן במידת הצורך, ועפ"י החלטת המבוטח, ייפגש נציג "מוקד פלאפון" עם המבוטח במשרדי החברה המבטחת, יסביר לו על ייפוי הכוח ויסייע לו במילוי הטופס.
- עם סיום הליך בחינת הזכאות והתאומים לגבי החזרי תשלום, מול המבטח הנוסף ו/או קופת החולים, ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח, ישלח "מוקד פלאפון" המחאה למבוטח על פי הפרטים שנמסרו ל"מוקד פלאפון" על ידי המבוטח. החברה המבטחת ו"מוקד פלאפון" מתחייבים כי תשלום התביעה יעשה תוך תקופה שלא תעלה על 14 ימים ממועד סיום הליך בדיקת הזכאות כאמור לעיל.
- עם סיום הליך בחינת הזכאות והתאומים מול החברה המבטחת הנוספת ו/או מול קופת חולים, לגבי שליחת כתב התחייבות לקבלת טיפול רפואי, ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת הטיפול, ישלח "מוקד פלאפון" טופס התחייבות למבוטח או לספק השירות על פי הפרטים שנמסרו ל"מוקד פלאפון" על ידי המבוטח. החברה המבטחת מתחייבת כי כתב ההתחייבות שלה יכלול את כל הזכאויות הרלוונטיות למקרה הנדון עפ"י תנאי הפוליסה.

- במידה והמבוטח ימצא לא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח, ישלח "מוקד פלאפון" מכתב סירוב מנומק המסביר למבוטח מדוע לא נענתה בקשתו לתשלום תגמולי הביטוח, כמו כן במידת הצורך, ועפ"י החלטת המבוטח, ייפגש נציג "מוקד פלאפון" עם המבוטח במשרדי החברה המבטחת, ויסביר לו את סיבת הדחייה.
- נפטר מבוטח חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר הגיעו למבוטח 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 לעיזבונו של המבוטח או ליורשיו הנקובים בעותק צו קיום צוואה או בצו ירושה אשר יומצא לה ע"י העיזבון.
- תביעה שאושרה טלפונית, תשולם (גם במידה ואושרה בניגוד לתנאי הפוליסה).
- מבוטח/ת זכאי לבקש ולקבל את הקלטות השיחות עימו.

5) התחייבות למתן שירות, אמנת שירות – SLA

1. "מוקד פלאפון" מתחייב לענות לטלפון בזמן סביר, 80 אחוז מהשיחות יענו תוך 60 שניות, ככל שהדבר מתאפשר.
2. "מוקד פלאפון" מתחייב כי במקרים בהם יהיה קיים עומס פונים למוקד, ייקח נציג השירות מהלקוח המתקשר את פרטיו וכן את השעה הנוחה מבחינתו שיחזרו אליו, ויחזור אליו בשעה שנקבעה עם הלקוח, על מנת לטפל בבעיה בגינה פנה ל"מוקד פלאפון", וזאת, תוך יום עבודה אחד ממועד הפניה הראשונה.
3. "מוקד פלאפון" מתחייב כי בכל מקרה, משך הטיפול בבעיה בגינה פנה המבוטח למוקד פלאפון" לא יעלה על 24 שעות, ככל שהדבר מתאפשר.
4. "מוקד פלאפון" מתחייב לסיים בחינת כל חומר רפואי עפ"י הנחיות חברת הביטוח ותנאי הפוליסה, תוך זמן שלא יעלה על 7 ימי עבודה ממועד קבלת מסמכי התביעה שנדרשו מהלקוח.
5. "מוקד פלאפון" 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 ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח תשלח המחאה / הפקדה בנקאית למבוטח עפ"י הפרטים שנמסרו ל"מוקד פלאפון" ע"י המבוטח תוך תקופה שלא תעלה על 14 ימים.
7. המבוטח זכאי לבקש ולקבל את הקלטות השיחות עימו.

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, בריאות, פנסיה ופיננסים.

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

אמצעי יצירת קשר בנושאים שונים

לרשותכם עומד מוקד שירות תביעות ייעודי לעובדי פלאפון תקשורת
טלפון 076-8869473: פקס: 076-8869473
7 מייל: tviotbripel@migdal.co.il

מוקד

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

לתיאום פגישה (ללא עלות) עם נציגי מגדל יש לשלוח מייל לכתובות הבאות:
גלית אלדד galitel@migdal.co.il
שני חנגלי shanihi@migdal.co.il

תיאום פגישה

ליועצים (לבירור מחלוקות) בנושא ביטוח -
בריאוטיפ shimrit@briutip.co.il 03-6005481

יועצים

במקרים דחופים לאחר שעות העבודה, ניתן לפנות למוקד
בטלפון 073-2049169, המוקד פעיל בימים א'-ה' מהשעה 16:00 בערב
עד השעה 08:00 למחרת, ובימי שישי, שבת וחגים - 24 שעות ביממה.

מקרים דחופים