



ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי וגמלאי בנק דיסקונט ובני משפחותיהם



ארגון עובדי
בנק דיסקונט
אין מקום אחד!



דיסקונט



נובמבר 21

עובדות ועבדים יקרים,

אנו שמחים להציג בפניכם את פוליסת הביטוח החדשה של חברת מגדל, לעובדי וגמלאי הבנק ובני משפחותיהם.

לאחר מו"מ מול מגדל הצלחנו להגיע לסיכום על פוליסה חדשה המכילה שדרוגים משמעותיים ביותר לעומת הפוליסה הקיימת, הן בכיסויים עצמם והן בסכומי הכיסוי, והינה אחת הפוליסות המקיפות ביותר הקיימות במשק. זאת ללא כל שינוי מהפרמיה הקיימת.

לפוליסה החדשה יכול כל עובד להצטרף ולצרף את בני משפחתו ללא צורך בהצהרת בריאות במשך 120 יום מיום 1.11.21, ובכלל זה גם עובדים ארעיים ועובדים בחוזה אישי.

יש חשיבות רבה להצטרפות של כל עובד ועובדת לביטוח הבריאות, אנו נתקלים במקרים רפואיים מורכבים אצל עובדים שאינם מבוטחים בביטוח הבריאות, ואפשרויות הטיפול שלהם מצומצמות בהרבה משל העובדים המבוטחים, וכך גם היכולת שלנו כארגון לעזור לאותם עובדים שאינם מבוטחים.

העובדים המבוטחים בביטוח הקיים קיבלו כבר הודעה לגבי הפוליסה החדשה וטבלת השוואה עם השיפורים בפוליסה. כל המבוטחים הקיימים ממשיכים באופן אוטומטי לפוליסה החדשה ואינם צריכים לעשות דבר.

במהלך השבועות הקרובים תהיה פניה אישית לכל העובדים שאינם מבוטחים באופן אישי על מנת לצרפם לביטוח הבריאות.

אתם מוזמנים לפנות בכל שאלה לסוכנות הביטוח מרוז:

בדוא"ל ייעודי לדיסקונטאים – dbank@meroz.co.il

בווטסאפ לטלפון – 03-5621110

או בטלפון – 03-5621110

שלכם,

רפי קזלקופי
יו"ר הוועד הארצי

מוטי בכר
יו"ר ועד המנהלים



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

תמצית תנאי ביטוח בריאות קבוצתי בנק דיסקונט חבילת כיסויים - גילוי נאות

לוח 1 – תמצית פרטי הפוליסה

שם הביטוח	תמצית פרטי הפוליסה
סוג ביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי בנק דיסקונט ובני משפחותיהם. ביטוח בריאות הכולל כיסוי להשתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שלא כלולות בסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, אפשרות לכיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ משלים שב"ן, שירותים אמבולטוריים, כיסויים רפואיים נוספים חוות דעת נוספת בארץ ובחו"ל, כתב שירות אבחון מהיר.
תקופת הביטוח	חמש שנים החל מ- 01.11.2021 ועד 31.10.2026
תיאור הביטוח	חבילה הכוללת כיסויים כדלהלן: • פרק א' – השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל. • פרק ב' - תרופות שלא בסל הבריאות. • פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל. • פרק ד' 1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל. הכיסוי ניתן עבור הוצאות המוכרות בעת ביצוע ניתוחים ע"י נותן שירות שבהסכם עם החברה. • פרק ד' 2 - אפשרות לרכישת רובד משלים לתכנית השב"ן, הלוקח בחשבון את מימון ההשתתפות של קופת החולים בהוצאות ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל בהתאם לתכנית השב"ן בה חבר המבוטח. • פרק ה' - שירותים אמבולטוריים: התייעצויות עם רופא מומחה, בדיקות רפואיות אבחנתיות, שירות תור מהיר, טיפולים פיזיותרפיים, הידרותרפיים, ספורט תרפיה, בדיקות ושירותים לנשים בהריון, ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי, הבראה לאחר לידה, הוצאות הפריית מבחנה, תרומת ביצית בחו"ל, מימון לשירותי פונדקאות, שמירת ביציות לטווח ארוך, בדיקות לאפיון והתאמת הטיפול למחלת הסרטן ו/או למחלות אחרות לרבות, אך לא רק, בדיקות פרמקוגנטיקה ובדיקות לאיתור גידולים, בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון, טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה, הקפאת זרע או ביצית, טיפול על ידי מקרופאגים, פעילות גופנית מבוקרת לבעלי גורמי סיכון, טיפול בבעיות התפתחות ילדים (מגיל 3 ועד גיל 17 שנים), טיפולים בהרטבת לילה, החלמה ו/או פעילות רפואית משקמת, לאחר התקף לב ו/או ניתוח להסרת גידול ממהיר ו/או שפיר ו/או ניתוח אורתופדי המחייב שיקום ו/או השתלה, אחות פרטי לאחר 5 ימי אשפוז, טיפול בתא לחץ, טיפול פסיכולוגי, הפסקות הריון באמצעות גלולת מייגיפין, השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים, שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב- amblyopia, טיפולים בכאב, קפסולה למעיים, טיפולי מרפא לחולי פסוריאזיס, שירותי הסעה באמבולנס, מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS, מענק חד פעמי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B משדר קרדילוגי, טיפולים אונקולוגיים או רדיו כירורגיה: למיגור גידולים וגרורות, הוצאות בגין טיפולים משקמים, רפואה אלטרנטיבית, שיפוי שב"ן. חוות דעת נוספת בארץ ובחו"ל. כתב שירות אבחון מהיר.

הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים	כמפורט בסעיפים 26,25 לתנאים הכללים שבפוליסה. סעיף 5 פרק ב', סעיף 5 פרק ג', סעיף 5 פרק ד'1, סעיף 5 פרק ד'2, סעיף 3 פרק ה' . סעיף 3.1.2.8 וסעיף 5 פרק ה' שירות אבחון מהיר .																					
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)*	<u>למבוטחים חדשים בלבד :</u> פרק א' - השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל- תקופת אכשרה בת 60 יום. פרק ב' - תרופות שלא בסל הבריאות- תקופת אכשרה בת 60 יום. פרק ג'- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל- תקופת אכשרה בת 60 יום למעט במקרה ביטוח הקשור בהריון ו/או לידה ו/או ניתוח קיסרי ו/או הפסקת הריון מסיבה רפואית. תחולת תקופת אכשרה בת 6 חודשים. פרק ד'1- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, פרק ד'2- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח משלים שב"ן: 90 יום למעט בגין מקרה ביטוח הקשור להריון או לידה תקופת אכשרה של 12 חודשים. פרק ה'- שירותים אמבולטוריים: תקופת אכשרה בת 60 יום למעט במקרה ביטוח הקשור בהריון ו/או הפריה תחולת תקופת אכשרה בת 365 יום. חוות דעת נוספת בארץ ובחו"ל: תקופת אכשרה בת 60 יום למעט במקרה של כיסוי הריון ו/או הפריה תהא תקופה אכשרה של 365 יום. שירות אבחון מהיר : תקופת אכשרה בת 60 יום.																					
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופת החולים	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים.																					
עלות הביטוח	<u>דמי הביטוח :</u> <u>פרמיה עובדים</u> <table><tr><th>גיל</th><th>מסלול מלא</th><th>מסלול שב"ן</th></tr><tr><td>ילד עד גיל 28 (החל מילד שלישי ואילך חינם)</td><td>53 ₪</td><td>51 ₪</td></tr><tr><td>18-40</td><td>149 ₪</td><td>142 ₪</td></tr><tr><td>41-49</td><td>165 ₪</td><td>158 ₪</td></tr><tr><td>50-54</td><td>189 ₪</td><td>180 ₪</td></tr><tr><td>55-67</td><td>255 ₪</td><td>244 ₪</td></tr><tr><td>+68</td><td>495 ₪</td><td>473 ₪</td></tr></table>	גיל	מסלול מלא	מסלול שב"ן	ילד עד גיל 28 (החל מילד שלישי ואילך חינם)	53 ₪	51 ₪	18-40	149 ₪	142 ₪	41-49	165 ₪	158 ₪	50-54	189 ₪	180 ₪	55-67	255 ₪	244 ₪	+68	495 ₪	473 ₪
גיל	מסלול מלא	מסלול שב"ן																				
ילד עד גיל 28 (החל מילד שלישי ואילך חינם)	53 ₪	51 ₪																				
18-40	149 ₪	142 ₪																				
41-49	165 ₪	158 ₪																				
50-54	189 ₪	180 ₪																				
55-67	255 ₪	244 ₪																				
+68	495 ₪	473 ₪																				

פרמיה גמלאים/פורשים

גיל	מסלול מלא	מסלול שב"ן
ילד עד גיל 28 (החל מילד שלישי ואילך חינם)	₪ 53	₪ 51
18-40	₪ 170	₪ 162
41-49	₪ 190	₪ 181
50-54	₪ 300	₪ 287
55-59	₪ 380	₪ 363
60-67	₪ 435	₪ 415
+68	₪ 495	₪ 473

דמי הביטוח נקובים בש"ח וצמודים למדד 12230 נק' אשר פורסם ביום 15.09.2017.
המבטחת רשאית להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת
ההסכם בתום 24 חודשי ביטוח על פי ניסיון התביעות ובהתאם לאמור בסעיף 10 לפוליסה

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

לוח 2 – תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
השתלות מסלול 1 שיפוי	השתלות איברים, סעיף 2.1 בפרק א' לתנאי התכנית.	נותן שרות שבהסכם - ללא תקרה. שלא בהסכם - עד 6,500,000 ₪.	אין
טיפולים מיוחדים בחו"ל	שיפוי לטיפול בחו"ל העומד בתנאים הנקובים בסעיף 2.1.2 בפרק א'	הסכום המרבי לשיפוי בגין כל הניתוחים או הטיפולים המיוחדים המבוצעים בבית חולים שבהסכם או מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם לא יעלה על סכום הביטוח המרבי 800,000 ₪ למקרה.	אין
כיסוי נוסף בעת ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל	4.1.1 כיסוי להוצאות רפואיות שלא בעת אשפוז. תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או בתקופת ההמתנה בחו"ל לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, לרבות תשלום עבור דיאליזה שנזקק לה המבוטח לפני ביצוע ההשתלה ולרבות כיסוי עלות הטיפוס הלך ושוב לחו"ל למבוטח ולמלווה לצורך ביצוע בדיקת הערכה. 4.1.2 הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרישי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. 4.1.3 שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז לרבות	עד הסכומים הנקובים בסעיף 4.1 לפרק א' בצד כל הוצאה. סעיף 4.1.1 כיסוי להוצאות רפואיות שלא בעת אשפוז - עד לסך 500,000 ₪	אין

		פיזיותרפיה ו/או טיפולים אחרים שידרשו ע"י הרופאים המטפלים. 4.1.4 בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז. 4.1.5 שירותי מעבדה 4.1.6 תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, 4.1.7 הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 100 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם.	
הוצאות נלוות	4.2.1 הוצאות לצורך איתור האיבר המושלל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם 4.2.2 תשלום עבור הוצאות לפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושלל שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה 4.2.3 כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם. 4.2.4 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה, וחזרה לארץ לאחר ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד,	עד הסכומים הנקובים בסעיף 4.2 לפרק א' בצד כל הוצאה. סכומי התשלום הינם בנוסף להוצאות בסעיף 4.1. סעיף 4.2.1 – הוצאות לצורך איתור האיבר המושלל בארץ או בחו"ל – עד לסך של 215,000 ₪ סעיף 4.2.2 – הוצאות קציר האיבר המושלל, שימורו והעברתו – עד לסך של 120,000 ₪ סעיף 4.2.3 – הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם – עד לסך של 1,000,000 ₪ סעיף 4.2.4 – הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה וחזרה לארץ לאחר השתלה עד לסך של 35,000 ₪ סעיף 4.2.5 – הוצאות הטסה רפואית – עד לסך של 120,000 ₪ במקרה הצורך בחזרה לישראל יוכפל הסכום.	אין

	סעיף 4.2.6 – הוצאות לשהייה בחו"ל עד לסך של 500,000 ₪ להשתלה או טיפול מיוחד. סעיף 4.2.7 – הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל – עד לתקרה של 250,000 ₪ סעיף 4.2.8 – הוצאות טיפולי המשך בארץ או בחו"ל – עד לסך של 215,000 ₪ למקרה ביטוח. סעיף 4.2.9 – תשלום עבור העברת גופה לישראל – עד לסך 20,000 ₪ סעיף 4.2.10 – תשלום לכל הוצאה אחרת חיונית עד לסך של 215,000 ₪	במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, 4.2.5 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וצידוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, 4.2.6 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד למבוטח ולמלווה אחד, במקרה של מבוטח קטין - ולשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, 4.2.7 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל או לייעוץ, למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל 4.2.8 הוצאות לטיפול המשך שנעשים בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י הסכם זה, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי 4.2.9 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל 4.2.10 תשלום עבור כל הוצאה אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או	
--	---	--	--

	הטיפול המיוחד	גמלה חודשית לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל
אין	בוצעה במבוטח השתלה, למעט השתלת קרנית, יהיה זכאי המבוטח לפיצוי חודשי בסך של 7,000 ₪ או 5,000 ₪ במקרה של השתלת כליה או מח עצמות וזאת למשך תקופה מרבית של 24 חודש החל מתום החודש שבה בוצעה ההשתלה בפועל. במקרה מות המבוטח תשולם יתרת התשלומים שנותרו להשלמת 24 גמלאות לשאירי המבוטח.	מבוטח לאחר ביצוע השתלה יהיה זכאי לגמלה חודשית
אין	350,000 ₪	פיצוי חד פעמי במקרה של השתלה שבוצעה בחו"ל ללא מעורבות החברה סעיף 7.4 לפרק א'
אין	סכום ההוצאות המרבי על פי סעיפים 8.1.1-8.1.3 יהיה עד 150,000 ₪ למקרה.	טיפול ניסיוני בחו"ל
אין	הוצאות בסעיף 8.1.5 יהיו עד לסכום מרבי של 120,000 ₪ למקרה.	הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין- שני מלווים, עד 60 יום.
אין	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל ובחזרה לישראל, 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	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
תרופות שלא בסל הבריאות	שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח	סכום הביטוח המרבי למבוטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד לסך של 2,500,000 ₪ לכל תקופת ביטוח בת 3 שנים ובשנה הרביעית יתחדש סכום ביטוח זה בתוספת הצמדה ליתרת תקופת הביטוח סעיף 4.4 לפרק ב'.	ההשתתפות העצמית למרשם הינה 200 ₪ למרשם לחודש ולא יותר מ-400 ₪ לכלל המרשמים לחודש. בגין תרופות למחלת הסרטן וכן בגין תרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש - אין השתתפות עצמית.
תרופות שלא בסל הבריאות השירות הנלווה לתרופה	תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות	סכום הביטוח המרבי למבוטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד לסך של 2,500,000 ₪ לכל תקופת ביטוח בת 3 שנים ובשנה הרביעית יתחדש סכום ביטוח זה בתוספת הצמדה ליתרת תקופת הביטוח סעיף 4.4 לפרק ב'.	ההשתתפות העצמית למרשם הינה 200 ₪ למרשם לחודש ולא יותר מ-400 ₪ לכלל המרשמים לחודש. בגין תרופות למחלת הסרטן וכן בגין תרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש - אין השתתפות עצמית.
	תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואינן כלולות ברשימת התרופות המאושרות אך ההתוויה הנדרשת אושרה על ידי הרשויות המוסמכות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי נספח זה	תרופה יתומה תכוסה עד תקרה כוללת בגובה 500,000 ₪. טיפול תרופתי בתרופה לטיפול IND יכוסה עד תקרה כוללת בגובה 100,000 ₪.	
	תרופות OFF LABEL		
	תרופות יתום כהגדרתן בנספח זה סעיף 2.1.4		
	תרופות מיוחדות כהגדרתם בסעיף 2.1.5 לפרק ב'	עבור תרופה מיוחדת תחול תקרה של 500,000 ₪ לכל מחלה, סעיף 4.4 לפרק ב'	
	שיפוי להוצאות לרכישת שירות ו/או טיפול רפואי המתחייב לצורך נטילת תרופה. סעיף 4.5 לפרק ב'.	שירות נלווה - עד 300 ₪ ליום ועד 60 יום. סעיף 4.5 לפרק ב'.	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
ניתוחים בחו"ל	שיפוי להוצאות ניתוח וטיפול מיוחד בחו"ל שהן: שכר מנתח או נותן טיפול מחליף- הוצאות שכר המנתח או נותן הטיפול המחליף בחו"ל. שכר מרדים - הוצאות שכר המרדים בחו"ל. הוצאות חדר ניתוח והוצאות אשפוז, שתל בניתוח: בדיקה פתולוגית	ניתוח בחו"ל אשר ביצעו אושר ותואם מראש על ידי המבטח- שיפוי מלא וישיר. ביצוע הניתוח ללא אישור מוקדם וללא תיאום ע"י המבטח: עד 250% מעלות הניתוח בארץ ולא יותר מההוצאות בפועל כמפורט בסעיף 4.6 לפרק ג' בפוליסה.	
טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	שיפוי להוצאות ניתוח וטיפול מיוחד בחו"ל שהן: שכר מנתח או נותן טיפול מחליף- הוצאות שכר המנתח או נותן הטיפול המחליף בחו"ל. שכר מרדים - הוצאות שכר המרדים בחו"ל.	שכר נותן טיפול מחליף ניתוח עד 250% משכר "מנתח אחר" לביצוע בגין הניתוח, שהטיפול מחליף ניתוח בא להחליפו, אם היה מבוצע בישראל, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה כמפורט בסעיף 4.7 לפרק ג' בפוליסה.	
הוצאות נוספות בעת ביצוע ניתוח בחו"ל וטיפול מחליף ניתוח בחו"ל	הוצאות חדר ניתוח והוצאות אשפוז, שתל בניתוח: בדיקה פתולוגית העברות מבוטח ומלווה, הטסה רפואית, הוצאות הטסת גופה, כרטיס טיסה, הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל, ביטוח נסיעות לחו"ל למלווה.	עד הסכומים הנקובים בסעיף 4.8 לפרק ג' בצד כל הוצאה. סעיף 4.8.6 – הוצאות הבאת מומחה רפואי לביצוע ניתוח בישראל – עד לסך של 200,000 ש"ח	
הוצאות נוספות במקרה של ניתוח	כרטיס טיסה בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים למבוטח ומלווה (2 מלווים במקרה של קטין). הוצאות שהיה סבירות בחו"ל למבוטח ומלווה אחד או שני מלווים במקרה בו המבוטח הינו קטין, הוצאות החלמה.	עד הסכומים הנקובים בסעיף 4.8 לפרק ג' בצד כל הוצאה. סעיף 4.8.5 – שיפוי בסכום חד פעמי בסך 100,000 ₪ בגין הוצאות לנסיעות או הוצאות הכרוכות בניתוח בחו"ל. במקרה של ילד עד גיל 21 סכום חד פעמי בסך 150,000 ₪.	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	1. עד 3 התייעצויות עם רופא מומחה בקשר לניתוח. 2. שכר מנתח/נותן טיפול מחליף ניתוח. 3. ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח והאשפוז בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.	התייעצויות- נותני שירות שבהסכם - שיפוי מלא. סעיף 3 לפרק ד' 1 . נותני שירות שלא בהסכם- עד 1,500 ₪ עבור התייעצות. סעיף 4 לפרק ד' 1. כיסוי מלא להוצאות הניתוח וטיפול מחליף ניתוח בישראל ועד 30 ימי אישפוז. לא ינתן כיסוי להוצאות עבור ניתוח שבוצע אצל ספק שירות שלא בהסכם עם המבטח.	
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 ד' 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 ד' 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 בכיסוי ביטוחי לניתוחים "מהשקל הראשון".		

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
אמבולטורי	התייעצות עם רופא מומחה	3 בשנה עד סך של 1,000 ₪ לכל יעוץ.	החזר בשיעור 80% מההוצאה
	בדיקות רפואיות אבחנתיות	עד סה"כ 15,000 ₪ מההוצאות לכל הבדיקות למבוטח לשנת ביטוח	כפוף להשתתפות עצמית של 15%
אמבולטורי שירות אבחון מהיר	שירות תור מהיר הכיסוי ינתן לפי התקרות והמכסות הנקובות בסעיפים 2.1-2.2 לפרק ה' לפוליסה, ואין בסעיף זה בכדי להוסיף עליהן או לגרוע מזכות המבוטח	יעוץ עם רופא מומחה	השתתפות עצמית בסך של 250 ₪ בגין כל התייעצות.
	שירות תור מהיר הכיסוי ינתן לפי התקרות והמכסות הנקובות בסעיפים 2.1-2.2 לפרק ה' לפוליסה, ואין בסעיף זה בכדי להוסיף עליהן או לגרוע מזכות המבוטח לקבל החזר כספי עפ"י סעיפים אלו עבור ההוצאה שהוציא בפועל טיפולים פיזיותרפיים ו/או הידרותרפיים ו/או ספורט תרפיה	בדיקה אבחנתית מסוג אולטראסאונד, C.T או MRI תוך שני ימי עסקים ופענוח תוך שני ימי עסקים	כפוף להשתתפות עצמית בגובה של 20%.
	שירות תור מהיר הכיסוי ינתן לפי התקרות והמכסות הנקובות בסעיפים 2.1-2.2 לפרק ה' לפוליסה, ואין בסעיף זה בכדי להוסיף עליהן או לגרוע מזכות המבוטח לקבל החזר כספי עפ"י סעיפים אלו עבור ההוצאה שהוציא בפועל טיפולים פיזיותרפיים ו/או הידרותרפיים ו/או ספורט תרפיה	עד תקרה של 4,500 ₪ לשנת ביטוח	כפוף להשתתפות עצמית בגובה של 25%.
	שירות תור מהיר הכיסוי ינתן לפי התקרות והמכסות הנקובות בסעיפים 2.1-2.2 לפרק ה' לפוליסה, ואין בסעיף זה בכדי להוסיף עליהן או לגרוע מזכות המבוטח לקבל החזר כספי עפ"י סעיפים אלו עבור ההוצאה שהוציא בפועל טיפולים פיזיותרפיים ו/או הידרותרפיים ו/או ספורט תרפיה בדיקות ושירותים לנשים בהריון	כל סוגי הבדיקות הנדרשות, עד לסך 6,000 ₪ לכל הבדיקות במהלך הריון, לכל הריון, במקרה של הריון עם תאומים עד 10,000 ₪, כולל גם בדיקת אקו לב עובר.	כפוף להשתתפות עצמית בגובה של 20%.

כפוף להשתתפות עצמית של 20%.	פעם אחת בכל הריון, עד לסך 2,500 ₪	ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי	
אין	שיפוי ההוצאות בפועל בגין שהות בבית החלמה מוכר עד לסך של 350 ₪ לכל יום הבראה ועד למקסימום של שלושה ימים.	הבראה לאחר לידה	
אין	עד לסך של 500 ₪ לכל טיפול בעבור 2 הילדים הראשונים ו- 750 ₪ בעבור הילד השלישי ואילך ולא יותר מסך של 130,000 ₪ למשך כל תקופת הביטוח.	טיפולי הפריה חוץ גופית, טיפולי הפריה, הזרעה וכן כל טיפול ושירות רפואי במבוטח שתכליתו כניסת המבוטחת ו/או בת זוגו של המבוטח להריון או הריונות ו/או הגדלת הסיכוי כי המבוטחת או בת זוגו של המבוטח תיכנס להריון או הריונות ו/או הגדלת הסיכוי כי המבוטחת תחזיק ההריון או ההריונות ו/או שמירה על ההריון.	
כפוף להשתתפות עצמית של 20%.	השתתפות החברה המבטחת תהיה עד 24,000 ₪. עבור טיפול אחד בחו"ל.	טיפולי הפריה אשר בוצעו בחו"ל	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	תשלום עד 8,000 ₪ לתרומת ביצית ועד לשתי תרומות ביצית בכל תקופת הביטוח.	תרומת ביצית בחו"ל	
בכפוף להשתתפות עצמית של 25%	תשלום תמורת שירותי פונדקאות עד 80,000 ₪ לכל סדרת הטיפולים למשך תקופת הביטוח. יובהר כי יכוסו בדיקות הריון אשר בוצעו לאם הפונדקאית על פי התנאים הנקובים בסעיף 2.4 ע"ל.	מימון לשירותי פונדקאות	
אין	בכל השיטות הקיימות וגם בשיטות שיפותחו תוך כדי תקופת הביטוח עד לסך 40,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.	שמירת ביציות לטווח ארוך	
כפוף להשתתפות עצמית בגובה של 20% אין	תשלום ישירות למעבדה או למבוטח עד 40,000 ₪	בדיקות לאפיון והתאמת הטיפול למחלת הסרטן ו/או למחלות אחרות לרבות, אך לא רק, בדיקות פרמקוגנטיקה ובדיקות לאיתור גידולים כיסוי לכל הבדיקות המבוצעות	

כפוף להשתתפות עצמית בגובה של 20%.	עד 15,000 ₪ בגין בצוע אבחון גנטי פעם אחת לכל תקופת הביטוח לגילוי נשאות גנים סרטניים ו/או גנים של מחלות אחרות.	בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון
כפוף להשתתפות עצמית בגובה של 25%.	עבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה ולא יותר מ- 5,000 ₪ לשנת ביטוח.	טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה
אין	לפני ביצוע הטיפולים הכימותרפיים, לבצע הקפאה לשמירת זרע/ביציות לתקופה מרבית של עד 10 שנים. סכום ביטוח מרבי למקרה ביטוח – 14,000 ₪.	הקפאת זרע או ביצית מבוטח אשר יחלה במחלת הסרטן
אין	עד לסך של 10,000 ₪ למקרה ביטוח	טיפול ע"י מקרופאגים
כפוף להשתתפות עצמית בגובה של 25%.	שיפוי בגין הוצאות הפעילות הגופנית במכון מתאים ומורשה, אך לא יותר מ 250 ₪ לחודש לתקופה של 8 חודשים. מותנה בהפניית רופא.	פעילות גופנית מבוקרת לבעלי גורמי סיכון
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	לא יותר מ- 150 ₪ לטיפול ולא יותר מ-55 טיפולים סה"כ בשנת ביטוח. עד 8,250 ₪ לשנת ביטוח.	טיפול בבעיות התפתחות ילדים (מגיל 3 ועד גיל 17 שנים)
בכפוף להשתתפות עצמית בגובה של 50%.	תקרת החזר בגובה 800 ₪ לשנת ביטוח אצל ילדים מעל גיל 5.	טיפולים בהרטבת לילה
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	כל סוגי הטיפולים שיידרשו ע"י הרופא המטפל ו/או שהייה בבית החלמה עד לסך 6,000 ₪ לאירוע.	החלמה ו/או פעילות רפואית משקמת, לאחר התקף לב ו/או ניתוח להסרת גידול ממהיר ו/או שפיר ו/או ניתוח אורתופדי המחייב שיקום ו/או השתלה
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	בגין ההוצאות להעסקת אח/ות פרטית לצורך שמירה על המבוטח במסגרת אשפוז בבית חולים <u>ללא קשר לניתוח</u> עד 500 ₪ לכל יום, לתקופה שלא תעלה על שמונה עשר (18) ימים למקרה ביטוח עד 9,000 ₪	אח/ות פרטי/ת לאחר 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	במקרה של שכר אחות פרטית בעת שהותו של המבוטח בבית-חולים <u>לאחר ניתוח</u> תשלום למבוטח עד 600 ₪ לכל יום, לתקופה שלא תעלה על חמישה עשר (15) ימים למקרה ביטוח עד 9,000 ₪	אח/ות פרטי לאחר 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	עד לתקרה של 10,500 ₪	טיפול בתא לחץ

טיפול פסיכולוגי	בגין טיפול פסיכולוגי ע"י פסיכולוג או עובד סוציאלי קליני, עד 150 ש"ח לטיפול ולא יותר מ 15 טיפולים בשנה.	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
הפסקות הריון באמצעות גלולת מייגיפין	עד סך 4,000 ש"ח (כולל עלות הועדה)	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
אביזרים רפואיים	להחזר הוצאות בפועל בגין רכישת אחד או יותר מהאביזרים ועד תקרה כמפורט בסעיף 2.25 בפרק ה'. למרות האמור לעיל, המבטח יכסה אביזרים רפואיים שאינם מנויים ברשימה הנ"ל בגובה 1,500 ש"ח לאביזר ולא יותר מ 4,500 ש"ח לשנה.	בכפוף להשתתפות עצמית כמפורט בסעיף 2.25.
שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבטח לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב- amblyopia	עד 180 ש"ח לטיפול ועד 18 טיפולים לשנת ביטוח	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
טיפולים בכאב	המבטח ישלם למבטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפולים בכאב כגון הזרקות ממוקדות ואחרות כולל תחת שיקוף או CT או MRI, שימוש בקנביס רפואי אשר אושר לשימוש למבטח על ידי משרד הבריאות וכל זאת על פי הוראת רופא מומחה מטעם המבטח וזאת עד לסכום של 2,000 ש"ח בשנת ביטוח. למען הסר ספק, הטיפולים אינם כוללים טיפולים מתחום הרפואה המשלימה	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%..
קפסולה למעיים	קפסולת וידאו לבדיקת המעיים הדקים Capsule Wireless Endoscopy עד לסך 3,500 ש"ח	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
טיפול מרפא לחולי פסוריאזיס (ספחת)	הוצאות טיפולים, ו/או הוצאות בגין שהייה ושימוש במרחצאות ממחיר יום שהייה ו/או טיפול אך לא יותר מאשר 300 ש"ח ליום, אך לא יותר מ 30 יום, לשנת ביטוח.	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
שירותי הסעה באמבולנס	החברה המבטחת תחזיר למבטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבטח לבי"ח ו/או ממנו ו/או העברתו בין בתי החולים לצורך קבלת טיפול או שירות רפואי, עד לסך של 450 ש"ח.	אין

אין	מבוטח אשר חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כתוצאה מעירוי דם, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 130,000 ₪ ובלבד שהמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח, ובמקרה של מבוטח קיים, בטרם תחילת הביטוח הקודם.	מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS	
אין	מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח, חלה בצהבת מסוג B יהי זכאי לפיצוי חד פעמי על סך 35,000 ₪ ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן שאינו עולה על 24 חודש ממועד הניתוח והמבוטח לא היה נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח, ובמקרה של מבוטח קיים, בטרם תחילת הביטוח הקודם.	מענק חד פעמי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B	
בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	מבוטח שיעבור אירוע לבבי ורופא קרדיולוג מטעמו קבע צורך רפואי המגובה בממצאים רפואיים יהיה זכאי למנוי בנטל"י או בשח"ל + קרדיו ביפר למשך 24 חודשים עד 3,000 ₪ לאירוע	משדר קרדיולוגי	
אין	פעולה לא פולשנית שעושה שימוש בקרני רנטגן לטיפול בנגעים ובשאריות של גידולים וגרורות, באמצעות הרס ממוקד של תאי ה-DNA המזינים את הגידול. רדיו כירורגיה סטריאוטקטית הינה טיפול קרינתי חדשני לכיווץ גידולים וגרורות בחולי סרטן, תופעה שרווחת אצל חולי סרטן מבוגרים, והנחשבת לאחד הסיבוכים הנירולוגים הנפוצים בקרב חולים אלו. החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות אשר הוציא המבוטח בפועל בגין כל ניסיון טיפולי עד לסך של 30,000 ₪ לטיפול ולא יותר מסך של 100,000 ₪ למחלה.	טיפולים אונקולוגיים או רדיו כירורגיה: למיגור גידולים וגרורות	
אין	טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום – לאחר ביצוע ניתוח, יינתן כיסוי על פי הוראת רופא מטעם המבוטח לטיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום עד 20 טיפולים לשנת ביטוח ועד לסך של 300 ₪ לטיפול.	הוצאות בגין טיפולים משקמים	

בכפוף להשתתפות עצמית של 25%.	טיפול במצבים בריאותיים, ע"י שימוש באחד מהאמצעים הבאים: אקופונקטורה, אוסתיאופטיה, הומאופתיה, ביו-פידבק, כירופרקטיקה, שיאצו, רפלקסולוגיה, פלדנקרייז, טווינה, שיטת פאולה, פרחי באך טיפול על פי שיטת אלכסנדר, תזונה, נטורופתיה, וטיפול בצמחי מרפא ובשיטת שניידר ו/או כל שיטה אחרת שתידרש בעת הצורך. הטיפול ייערך, בבית חולים ציבורי, במרפאה מוכרת או ע"י מומחה בעל תעודת הסמכה למתן הטיפול שיידרש מותנה בהפניית רופא. עד 180 ₪ לכל טיפול, עד 18 טיפולים בשנה מכל התחומים.	רפואה אלטרנטיבית	
אין	קיבל המבוטח את הטיפול הרפואי במסגרת השב"ן, ונדרש לשלם השתתפות עצמית ישיב המבטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ועד לסכומים המרביים המפורטים	שיפוי שב"ן	
אין	בחול"ל : נותן שירות שבהסכם - שיפוי מלא בגין הפניה נותן שירות שאינו בהסכם - שיפוי עד סך 10,000 ₪ במידה וקבלת חוות הדעת מחייבת נסיעת החולה לחול"ל, יכוסו הוצאות הטיסה והשהייה עד סך 10,000 ₪ לאדם.	חוות דעת נוספת בארץ ובחול"ל	
אין	בארץ: נותן שירות שבהסכם - שיפוי מלא נותן שירות שאינו בהסכם - עד לגובה- 1,600 ₪.		
השתתפות עצמית בסך של 180 ₪	פגישה ראשונית עם רופא ממין אשר יקבע את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הראשוניות תהליך האבחון הבסיסי יתקיים תוך 3 ימי עבודה ממועד פנייתו של המבוטח	אבחון בסיסי	

השתתפות עצמית בסך של 100 ₪. אולם, אם ביצע המבוטח תהליך אבחון בסיסי לא תחול השתתפות עצמית נוספת בגין השיחה הטלפונית עם הרופא הממליץ על פי סעיף זה וההשתתפות העצמית עבור תהליך האבחון הבסיסי והשיחה הטלפונית עם הרופא הממליץ יחדיו הינה בסך 180 ₪. השתתפות עצמית בסך של 180 ₪ ההשתתפות העצמית עבור תהליך האבחון הבסיסי והאבחון המקיף עפ"י סעיף זה הינה יחדיו הינה בסך 500 ₪	שיחה טלפונית עם הרופא הממליץ: הרופא הממליץ ישוחח עם המבוטח טלפונית תוך יום עבודה אחד ממועד קבלת המסמכים הרפואיים. 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	
--	---	-------------------	--

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים



הנחיות להגשת תביעה

בהיוודע לך על צורך בשירות רפואי כלשהו המכוסה על פי הפוליסה

עליך לפנות לסוכנות הביטוח מרוז

בטל. 03-5621110 מייל: dbank@meroz.co.il אתר האינטרנט : www.meroz.co.il

או באמצעות דואר פנימי של הבנק באמצעות הוועד הארצי עבור מרוז סוכנות לביטוח.

כתובת – מרוז סוכנות לביטוח קרליבך 1 תל אביב 67132

מוקד תביעות של מגדל

בטלפון: 03-9201010 שלוחה 3 מייל: discountbri@migdal.co.il פקס- 076-8869473

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

לאחר שעות הפעילות ובמקרי ניתוח דחופים בלבד, ניתן לפנות למוקד בטלפון 073-2049169 המוקד

פעיל בימים א'-ה' מהשעה 17:00 בערב ועד השעה 8:00 למחרת,

ובימי שישי, שבת וחגים - 24 שעות ביממה.

לפניות בכתב:

"מגדל חברה לביטוח " אגף הבריאות, ת.ד. 3063 היצירה 2 קריית אריה פתח תקווה 4951106

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 היוודע על הצורך בתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, שעלותן עולה על סכום ההשתתפות עצמית לתרופה לחודש, עליך 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, 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 ועד לתקרה הקבועה בפוליסה.

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 (כולל ציון ממתן סובל המבוטח מהבעיה).
- 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 בהשתתפות:

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

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

- 3.1 סיכום מחלה ע"י הרופא המטפל (כולל ציון ממתן סובל המבוטח מהבעיה).
- 3.2 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר)
- 3.3 מכתב מהרופא המטפל הכולל את שם, מינון ועלות התרופה.
- 3.4 קבלות .
- 3.5 אישור מקופת חולים כי התרופה אינה מכוסה במסגרת סל הבריאות

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, יש 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



ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי בנק דיסקונט ובני משפחותיהם

1. הגדרות:

אח/אחות: אחות או אח בעלי תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות במדינה בה מבוצע הטיפול.

אשפוז: "אשפוז" - שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי הסכם זה.

אתר אינטרנט של החברה: אתר אינטרנט של החברה שכתובתו: www.migdal.co.il.

ביטוח קודם/ביטוח מקורי: פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי לעובדים ובני משפחותיהם, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה שתחילתה ביום 01.10.2014 ואשר התנהלה בפניקס חברה לביטוח בע"מ. למען הסר ספק, יצוין כי כל המבוטחים הקיימים, שבטוחו במסגרת פוליסת הבריאות הקודמת על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, יהיו זכאים להצטרף לביטוח, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות בקשר להחמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.

בית חולים: מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שיקומי ו/או מוסד לבריאות הנפש (כדוגמת סנטוריום), בית החלמה, בית הבראה.

בית חולים פרטי: בית חולים כמוגדר לעיל המורשה על ידי משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי או שירות רפואי אחר המכוסה על פי הפוליסה במסגרת שירות רפואי פרטי (שר"פ).

בית חולים מוסכם: בית חולים פרטי כמוגדר לעיל, הנמצא בהסכם עם החברה, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.

בן/בת זוג : בן/בת הזוג של עובד, ו/או בן /בת זוג של ילד של עובד. כבני /בנות זוג יחשבו גם ידוע/ה בציבור.

בעל הפוליסה: ארגון עובדי בנק דיסקונט /או עמותת גמלאי בנק דיסקונט.

דמי הביטוח: הסכום בגין פוליסה זו שעל בעל הפוליסה לשלם לחברה, על פי תנאי הפוליסה.

דף פרטי הביטוח: דף המצורף לפוליסה המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה וכולל בין היתר את פרטי החברה, המבוטח, שם פוליסת הביטוח הקבוצתי, מועד תחילת הביטוח ותקופת הביטוח לגבי כל מבוטח. נקבעו בפוליסה תנאי קבלה מיוחדים למבוטח מסוים, יצוינו בדף פרטי

הביטוח הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של המבוטח, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של המבוטח, התוספת החיתומית ופירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשלה נקבעה התוספת האמורה.

הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח על פי הוראה שניתנה על ידי המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו יורשיו החוקיים של המבוטח.

המוטב:

מגדל חברה לביטוח בע"מ.

החברה ו/או המבטח:

חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספח ותוספת המצורפים לו.

הפוליסה:

חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.

השתתפות עצמית:

כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.

חו"ל:

חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.

חוק הביטוח:

חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד - 1994.

חוק הבריאות:

יום ולילה המהווים יחדיו וברצף 24 שעות (יממה) בהם אושפז המבוטח בבית חולים. מניית ימי האשפוז תהיה רק בכל אשפוז שבו שהה המבוטח במהלך לילה אחד לפחות בבית החולים.

יום אשפוז:

מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.

ישראל:

עובד/ת אצל "בעל הפוליסה" או אצל בנק דיסקונט לישראל בע"מ ו/או בן או בת זוג ו/או גמלאי/ת ובכלל זאת ידוע/ה בציבור ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים שגילם עד 28 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 28, אך בתעריף בוגר מעל גיל 28. וכן בן/ת זוג ו/או ילדים של עובד שנפטר, ובלבד שהעובד היה מבוטח בפוליסה הקודמת טרם פטירתו. למען הסר ספק, יובהר כי מבוטח קיים כולל גם בן/ת זוג ו/או ילדים של עובד ו/או בת זוג וילדיהם, גם אם העובד אינו מבוטח במסגרתה מכל סיבה שהיא.

מבוטח:

מבוטח שלא היה במועד תחילת הביטוח מבוטח קיים.

מבוטח חדש:

מבוטח קיים:

מבוטח, שבמועד תחילת הביטוח היה מבוטח בביטוח הקבוצתי הקודם. יובהר כי במקרה שהתקיימו לגבין התנאים המפורטים בסעיף 4.4.6 הצטרפותו לביטוח זה, כפופה לאישורו בכתב ואם לא יאשר זאת בכתב, הביטוח בפוליסה לגביו לא יכנס לתוקף.



מדד:

מדד המחירים הידוע בשם מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות), המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה אף אם מתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר. לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לא.

מוסד החלמה :

בית החלמה בישראל המוכר על ידי אחת מקופות החולים בישראל.

מחלה:

הפרעה שיש לה סיבה מסויימת עם סימנים ותסמינים שניתן לזהותם, כן כל מצב לא תקין או כשל תפקודי של הגוף.

מעבדה:

מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.

מצב רפואי קודם:

מערכת נסיבות רפואיות, כמוגדר בכל אחד מפרקי הפוליסה, או בנספח מנספחיה שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לענין זה "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בהליך של הליך אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הצטרפותו לביטוח.

מקרה הביטוח:

מערך עובדתי ונסיבתי כמתואר בכל אחד מפרקי הפוליסה אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח הכל בכפוף לתנאים, לחריגים ולסייגים הקבועים בפוליסה.

נותן שירות שבהסכם:

מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד הגשת התביעה.

ניתוח אלקטיבי:

ניתוח שהצורך בו היה צפוי ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה.

סייג בשל מצב רפואי קודם:

סייג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

סכום ביטוח:

הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או בנספח שצורף לפוליסה.

פיזיותרפיה

טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.



פרמיה :	דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה / המבוטח לשלם לחברה המבטחת לפי תנאי פוליסה זו.
קופת חולים:	כהגדרתה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
רופא:	רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
רופא מרדים:	רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.
רופא מרדים בהסכם:	רופא מרדים, אשר מופיע ברשימת הרופאים המרדימים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.
רופא מומחה:	רופא, למעט רופא שיניים או רופא וטרנר, 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 התחום הרלבנטי למקרה הביטוח.
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.
שירותי בריאות נוספים (שב"ן):	תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים כהגדרתו בסעיף 10 לחוק הבריאות.
שנת ביטוח:	תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה מתחילה במועד תחילת הביטוח הנקוב בדף פרטי הביטוח ומתחדשת כל 12 חודשים.
תאריך הצטרפות:	התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כמועד תחילת הביטוח של המבוטח.
תאריך תחילת ההסכם:	01.11.2021
תקופת אכשרה:	תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח.
גיל:	גיל המבוטח ייחשב על פי תאריך הלידה של המבוטח.

המדד היסודי:

המדד שפורסם ביום 15.09.2017 והינו 12230 נק'.

גיל פרישה מוקדמת:

כמשמעותו בסעיף 5 לחוק גיל פרישה, התשס"ד - 2004.

גמלאי

מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמות לו אחת מאלה:

1) קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדין או בהסכם, ולפיו תשלום 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.

2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.

2. פירוט הכיסויים והשירותים בביטוח:

- 2.1 השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל - כמפורט בפרק א' לפוליסה זו.
- 2.2 תרופות שלא כלולות בסל הבריאות - כמפורט בפרק ב' לפוליסה זו.
- 2.3 כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - כמפורט בפרק ג' לפוליסה זו.
- 2.4 כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כמפורט בפרק ד' 1 לפוליסה זו.
- 2.5 כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ משלים שב"ן כמפורט בפרק ד' 2 לפוליסה זו.
- 2.6 שירותים אמבולטוריים וכיסויים רפואיים נוספים וחוות דעת נוספת - כמפורט בפרק ה' לפוליסה זו.

גבולות אחריות החברה הינה כמפורט בתנאי הפוליסה.

3. תקופת הביטוח

- 3.1 תקופת הביטוח הינה 5 שנים מתאריך 01.11.2021 ועד 31.10.2026.
- 3.2 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ - 50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 3.3 פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.
- 3.4 טרם מועד סיום תקופת הביטוח, ידונו הצדדים בהיתכנות להארכת תקופת הביטוח בכפוף להתאמת/שינוי תנאי הביטוח. בעל הפוליסה יהיה זכאי לקבל את כל נתוני התביעות והאקטואריה של כל תקופות הביטוח החולפות, בהתאם להוראות המפקח על הביטוח, וכן לבדיקת אמיתות הנתונים. לא הגיעו הצדדים להסכמה, תסתיים תקופת הביטוח במועדה

המקורי ובעל הפליסה יהיה רשאי לעשות שימוש בכל המידע שהתקבל מהמבטח, כמפורט לעיל.

בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת ומכל סיבה שהיא, בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח, בכפוף למעבר קבוצת המבוטחים למבטח אחר ברצף ביטוחי.

4. הצטרפות מבטח לביטוח והפסקתו

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

4.1.1 לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד.

4.1.2 לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי.

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

4.3 סעיפים 4.1 ו- 4.2 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל החברה או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

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

4.3.2 חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

4.3.3 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;

4.4 אופן ההצטרפות לביטוח

4.4.1 עובדים חדשים, בני/ות זוג וילדיהם:

לפוליסה זו יצורפו עובדים חדשים, תוך מאה ועשרים (120) ימים מיום תחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה או מיום קבלת הקביעות בבנק, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות.

4.4.2 מבוטח שהצטרף לאחר מאה ועשרים (120) ימים, ההצטרפות לביטוח, תתבצע בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל מילוי הצהרת בריאות.

4.4.3 תינוק שיוולד לעובד במהלך תקופת ההסכם יצורף לביטוח ללא צורך בהצהרת בריאות במהלך מאה ועשרים (120) ימים לאחר לידת התינוק.

4.4.4 בן/ת זוג חדשים של עובד קיים- בן/בת זוג שהתחתן עם עובד קיים יהיה זכאי להצטרף לביטוח ללא הצהרת בריאות בתנאי שהצטרף לביטוח תוך מאה ועשרים (120) ימים ממועד הנישואין, ובכפוף למילוי טופס הצטרפות ואישור ניכוי משכר העובד. בן/בת זוג שביקש להצטרף לביטוח לאחר מאה ועשרים (120) ימים מיום הנישואין יצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ואישור ניכוי משכר העובד ולאחר שהחברה אישרה את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם.

4.4.5 ההצטרפות לפי סעיף קטן זה תתאפשר בכפוף לאישור העובד לניכוי דמי הביטוח משכרו והוצאת דף פרטי הביטוח ע"י החברה.

4.4.6 הצטרפות מבוטחים קיימים בפוליסה הקודמת:

מבוטחים בפוליסה הקודמת במועד תחילת הביטוח ו/או מבוטחים שלהם ביטוח קבוצתי או ביטוח בריאות פרטי ביום כניסת פוליסה זו לתוקף יוכלו לעבור לביטוח זה על פי תנאיו, במועד תחילת הביטוח ו/או מועד תחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה בכפוף להמצאת אסמכתא מתאימה, ברצף ביטוחי מלא וללא תקופת אכשרה לגבי הכיסויים החופפים שבין הפוליסה הקיימת שברשותם לבין פוליסה זו בכפוף להצגת הפוליסה ואישור תשלום הפרמיה ל-3 חודשים אחרונים. אם מולאה הצהרת בריאות ונעשה חיתום בפוליסה שממנה עוברים המבוטחים וישנן החרגות, יוסרו ההחרגות לאחר 12 חודשים מיום ההצטרפות המבוטח להסכם.

למבוטחים אלו יחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הקודם הפרטי והקבוצתי בהתאמה וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמ כן במקרה כזה לא תחול תקופת אכשרה במידה וקיימת בהסכם על הכיסויים החופפים.

4.4.7 ילד שהצטרף בתעריף ילד והפך לבוגר בתקופת הביטוח - יישאר תחת ההסכם הקבוצתי והפרמיה בגינו תשתנה לפרמיית תעריף בוגר בביטוח. הודעה על שינוי הפרמיה תישלח לבעל הפוליסה ולמבוטח ע"י חברת הביטוח.

4.4.8 עובדים קיימים, בני/ות זוג וילדיהם:

לפוליסה זו יצורפו עובדים קיימים, תוך מאה ועשרים (120) ימים מיום תחילת ההסכם, בכפוף למילוי טופס הצטרפות וללא צורך במילוי הצהרת בריאות. לאחר מכן, צירוף לפוליסה יהיה בכפוף למילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות.

5. תחילת תקופת הביטוח

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

5.1.1 הראשון בחודש העוקב לחודש בו הצטרף לקבוצת המבוטחים וזאת בהודעה בכתב מבעל הפוליסה ו/או במועד בו מילא טופס הצטרפות במידה ונדרש.

5.1.2 יום כניסת הפוליסה לתוקף.

5.1.3 לגבי מבוטחים המצטרפים לביטוח עם הצהרת בריאות ותהליך חיתום, תאריך ההצטרפות לביטוח יהיה הראשון לחודש העוקב ליום קבלת אישור החברה המבטחת.

5.1.4 בהצטרפות וולונטרית של בני משפחה - בראשון לחודש העוקב לתאריך מילוי טופס ההצטרפות.

5.2 תחילת הביטוח למבוטח שנדרש למלא הצהרת בריאות:

5.2.1 ביחס למועמד לביטוח הנדרש למלא הצהרת בריאות לעיל הפוליסה תכנס לתוקפה, באחד מהמועדים המפורטים להלן, המאוחר מבניהם:

5.2.1.1 מועד קבלת ההצעה הכוללת הצהרת בריאות בחברת הביטוח.

5.2.1.2 המועד בו בוצע חיתום וקיבול על ידי המבטח.

5.2.1.3 מועד ביצוע קיבול ואישור תנאי הקבלה לביטוח על-ידי המבוטח.

5.2.2 למרות האמור לעיל, מבוטח אשר יתקבל לביטוח בתנאים רגילים על סמך הצהרת בריאות שהגיש – מועד תחילת הביטוח לגביו יהיה מועד קבלת הצעת הביטוח, הכוללת את הצהרת הבריאות, אצל המבטח.

5.3 תום תקופת הביטוח:

5.3.1 תום תקופת הביטוח לגבי כל מבוטח ובני משפחתו תהיה במועד המוקדם מבין המקרים הבאים:

5.3.1.1 הופסקה עבודתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה מכל סיבה שהיא, או הפסיק לקבל שכר אצל בעל הפוליסה למעט המקרה של פרישה לגמלאות (לרבות פרישה מוקדמת).

5.3.1.2 במקרה של עזיבת עובד בעל הפוליסה את עבודתו אצל בעל הפוליסה מכל סיבה שהיא למעט פרישה לגמלאות – הביטוח של אותו עובד ובני משפחתו יסתיים ביום האחרון בחודש בו סיים את עבודתו אצל בעל הפוליסה. בעל הפוליסה מתחייב להודיע בכתב לחברה בגין כל עובד שנגרע על ידו מרשימת המבוטחים.

5.3.1.3 במקרה של גירושין של עובד בעל הפוליסה - הביטוח של בן/ת הזוג יסתיים אם העובד מילא וחתם על בקשה לגריעת בן/ת הזוג, וככל שהודעה כאמור התקבלה אצל החברה.

5.3.1.4 תום תקופת ההסכם עפ"י האמור בסעיף 3 לעיל.

5.3.1.5 פטירה חו"ח של המבוטח על אף האמור במקרה של פטירת המבוטח, בני משפחת העובד (הנפטר) ימשיכו להיות מבוטחים ולא יראו בכך תום תקופת הביטוח לגביהם.

5.4 ביטול הביטוח לגבי מבוטח מסוים

5.4.1 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 4.3 והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

5.4.2 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 4.2 או בסעיף 8.1 ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף זה ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה, ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי; לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות

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

5.4.3 על אף האמור בסעיף 20.5, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם, המבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

5.5 המשך התוכנית במקרה יציאה לגמלאות (לרבות פרישה מוקדמת) או במקרה פטירת העובד:

5.5.1 מבוטח שיצא לגמלאות (לרבות פרישה מוקדמת) ובני משפחתו המבוטחים וכן בני משפחה של מבוטח שנפטר, יוכלו להמשיך בפוליסה זו כל עוד הפוליסה הינה בתוקף, וזאת בתנאי שיודיעו תוך 90 יום על רצונם להמשיך בביטוח, יעבירו למבטח אמצעי גביה אישי לתשלום דמי הביטוח, כגמלאים/פורשים על פי הנקוב בפוליסה.

5.5.2 לחילופין יוכלו לרכוש פוליסה פרטית על פי סעיף 6 להלן.

6. המשכיות

6.1 החברה תאפשר למי שהיה מבוטח אצלה במסגרת פוליסה זו, לעבור לפוליסת פרט (להלן – "פוליסת המשך"), אצל המבטח, שהיקף הכיסוי בה הקרוב ביותר, אלא אם כן המבוטח ביקש כי תנאי פוליסת המשך, כאמור, יהיו נחותים יותר בתנאים שלהלן:

6.2 דמי הביטוח בפוליסת המשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר למצטרפים חדשים בפוליסת פרט דומה אצל החברה;

6.3 במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

6.4 האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף זה, תינתן למי שהיה מבוטח בפוליסה זו לפני מועד הפסקת הביטוח הקבוצתי, וזאת במקרים ובתנאים המפורטים להלן, ובלבד שהמבוטח לא מימש את מלוא זכויותיו לפי הפוליסה הקבוצתית הקיימת במועד המעבר לפוליסת המשך

6.4.1 עזיבת העובד את בעל הפוליסה, ו/או פיטורין, סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;

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

6.4.3 גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.

6.5 הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל החברה ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח ויצוין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר ויציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 90 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי. המעבר לפוליסת ההמשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד הצטרפות המבוטח לפוליסת ההמשך, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין.

6.6 תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

6.7 מבוטח שהצטרף לפוליסת ההמשך בהתאם לאמור בסעיף זה יהיה זכאי להנחה בגובה 25% ל- 5 שנים ולאחר מכן 10% לכל החיים (עמלת סוכן לא תעלה על 10%) מהתעריף הרשמי שיהיה נהוג באותה עת בביטוח הפרטי לכלל המבוטחים לכל תקופת הבטוח.

למען הסר ספק יובהר כי ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

7. דמי הביטוח

7.1 דמי הביטוח* יהיו כדלהלן:

פרמיה עובדים

גיל	מסלול מלא	מסלול שב"ן
ילד עד גיל 28 (החל מילד שלישי ואילך חינם)	53 ₪	51 ₪
18-40	149 ₪	142 ₪
41-49	165 ₪	158 ₪
50-54	189 ₪	180 ₪
55-67	255 ₪	244 ₪
+68	495 ₪	473 ₪

פרמיה גמלאים/פורשים

גיל	מסלול מלא	מסלול שב"ן
ילד עד גיל 28 (החל מילד שלישי ואילך חינם)	53 ₪	51 ₪
18-40	170 ₪	162 ₪
41-49	190 ₪	181 ₪
50-54	300 ₪	287 ₪
55-59	380 ₪	363 ₪
60-67	435 ₪	415 ₪
+68	495 ₪	473 ₪

• דמי הביטוח מוצגים למדד שפורסם ב- 15.9.2017.

- 7.2 דמי הביטוח בגין העובדים יועברו על ידי בעל הפוליסה במרוכז לחברה ב-15 כל חודש ויהיו צמודים למדד הבסיס הנקוב בסעיף 12 להלן.
- 7.3 הפרמיה החודשית עבור כל מבטח הינה כמוסכם בין בעל הפוליסה לבין החברה, בכפוף לאמור בדף הרשימה המצורף לפוליסה זו.
- 7.4 לא שולמה פרמיה במועדה בגין מי מהמבטחים, תהא החברה זכאית לבטל את הפוליסה למבטח זה בכפיפות להוראות הדין.
- 7.5 לדמי ביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית על פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א- 1961 מיום היווצר הפיגור ועד לפירעון בפועל של דמי הביטוח אצל החברה.
- 7.6 יובהר ויודגש כי תשלום דמי הביטוח אינו מהווה אסמכתא לקבלה לביטוח ואינה מקנה זכות לכיסוי ביטוחי. רק אישור מאת החברה בדבר קיום הכיסוי הביטוחי בדף פרטי הביטוח ישמש אסמכתא לקיום הכיסוי הביטוחי.

8. קביעת דמי הביטוח:

- 8.1 מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבטח או בשיעור העולה על 50% מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של

חבר בקבוצת 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, "העלאת דמי ביטוח"-

- 8.1.1 לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאת דמי הביטוח והעלאת בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
 - 8.1.2 לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה;
 - 8.1.3 למעט העלאת דמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאת בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
 - 8.1.4 במהלך תקופת הביטוח- בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
 - 8.1.5 במועד חידוש הביטוח הקבוצתי- בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח;
- על אף האמור בסעיף זה, המפקח רשאי לאשר לחברה כי לגבי תוכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבוטח לפי סעיף זה, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים.

9. פיגורים בתשלומים

לא שולמו דמי הביטוח במועדם ולא שולמו גם תוך 15 יום לאחר שהחברה דרשה מבעל הפוליסה ו/או מהמבוטח בכתב לשלם, רשאית החברה להודיע לבעל הפוליסה ו/או למבוטח בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן וזאת מבלי לפגוע בזכותה על-פי כל דין.

10. התאמת פרמיה

- 10.1 המבטח יהא רשאי להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים, כל 24 חודשים במהלך תקופת הביטוח, לראשונה ביום 01.01.2024, לגבי יתרת תקופת ההסכם על פי ניסיון התביעות ובהתאם לנוסחה המפורטת להלן:
 - פרמיה ברוטו: דמי הביטוח המשולמים על ידי בעל הפוליסה והמבוטחים.
 - הכנסות: 75% מפרמיה ברוטו .
 - הוצאות:
- תביעות משולמות: תביעות ששולמו בפועל במהלך התקופה.

- תביעות תלויות: תביעות שאירעו במהלך התקופה וטרם שולמו או תביעות ששולמו בחלקן.
 IBNR כפי שייקבע במועד ההתאמה בהתאם לחישובי החברה.
 באם סך ההוצאות יהיה גדול מסך ההכנסות, דמי הביטוח ישתנו ביחס שבין ההוצאות להכנסות אך לא יותר מ-75%.
- 10.2 החברה מתחייבת להגיש לבעל הפוליסה את הנתונים האמורים לא יאוחר מ 90 יום לפני מועד ההתאמה.
- 10.3 מוסכם כי במידה ושיעור ההפסד יעלה על 75% ושני הצדדים לא יגיעו להסכמה בדבר עדכון גובה הפרמיה הנדרש ו/או עדכון הפוליסה על מנת להביאה לאיזון, תהיה לכל אחד מהצדדים זכות לבטל את ההסכם בהודעה של 120 יום מראש ולאחר שהצדדים מיצו את הדיונים ביניהם בנושא זה.
- 10.4 בתום תקופת הביטוח, בתאריך 31.10.2026, ייערך תחשיב על פי סעיף 10.1 לעיל, ואם התחשיב יראה כי סך ההכנסות עולה על סך ההוצאות בשיעור העולה על 6.5% מהפרמיה ברוטו, יוחזר 50% מהרווח מעבר לשיעור הנ"ל, בדרך של החזר כספים למבוטחים או שיפור התנאים או בזיכוי בגין פרמיה עתידית, לפי החלטת בעל הפוליסה.
- 10.5 אם ולאחר מועד ההתאמה שיעור המבוטחים יקטן ב- 30% יהיה רשאי המבטח להפסיק את ההסכם בהודעה מוקדמת של 120 יום.

11. דיווחים ורשימות

- 11.1 לא יאוחר מ- 15 לכל חודש ימסור בעל הפוליסה לחברה רשימה בפורמט שיידרש ע"י המבטח, של כל המבוטחים שהצטרפו לביטוח, לרבות פרטים על מבוטחים שכללו את שמותיהם, מספר תעודת הזהות שלהם, תאריכי לידתם, מין, תאריך הצטרפותם והפרמיה המשולמת בגינם. כמבוטחים יכללו אלה שקיבלו את אישור החברה בכתב לבטחם. כמו כן יעביר בעל הפוליסה את שמות המבוטחים שהפסיקו להיות מבוטחים בחודש הקודם עקב הפסקת עבודתם אצל בעל הפוליסה ו/או עקב בקשת ביטול הביטוח לחברה.
- 11.2 גריעת מבוטח מרשימת המבוטחים ע"י בעל הפוליסה אשר נגרמה עקב השמטה מקרית בלתי מכוונת או עקב טעות של בעל הפוליסה, בכפוף להצהרת בעל הפוליסה כאמור, לא תהווה ביטול פוליסה של אותו המבוטח ובלבד שהמבוטח שילם את דמי הביטוח במלואם.

12. תנאי הצמדה

- 12.1 כל הסכומים, למעט דמי הביטוח, המופיעים בפוליסה ובנספחים/פרקים המצורפים לה יהיו צמודים למדד הבסיסי שיפורסם ב. (ב- 15 לחודש שקדם לתחילת הביטוח)

12.2 חישוב ההצמדה יהיה כיחס שבין המדד החדש ובין המדד הבסיסי. המדד החדש יהיה המדד האחרון הידוע בראשון לכל חודש שבו מבוצע התשלום.

13. תגמולי ביטוח

13.1 החברה תהא רשאית על-פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות או לשלמם למבוטח. המבוטח יהיה זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו כתב התחייבות כספית לספק השירות אשר יאפשר לו קבלת השירות הרפואי ובלבד שזכאותו על-פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.

13.2 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח המכסים תשלומים חד פעמיים לספק שירות מוכר העובד עם המבטח או לחילופין תשלומים עיתיים העולים על 5,000 ₪ המבטח יאפשר למבוטח לבחור האם ברצונו שהתשלום לספק השירות יעשה על ידי המבטח בין אם באופן ישיר ובין אם באמצעות המחאה לפקודת ספק השירות.

13.3 החברה תשפה את המבוטח אך ורק בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים, שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות ספק השירות לטיפולים עתידיים.

13.4 תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל, במידה ובהתאם לתנאי הפוליסה הם כלולים בכיסוי הביטוחי שנרכש, ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום, ובלבד שימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.

13.5 תגמולי ביטוח ששולמו במטבע זר, ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל, שיהיה נהוג בבנק לאומי בע"מ ביום הכנת התשלום על-ידי החברה.

13.6 נפטר המבוטח, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר לא שולמו לפני מועד הפטירה, במידה וקיימת יתרה כאמור, לגורם כלפיו התחייבה החברה לשלמם ובהעדר התחייבות לשלמם כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על-פי ההתחייבות האמורה, תשלם החברה את היתרה ליורשיו החוקיים של המבוטח, על-פי צו ירושה או צו קיום צוואה.

13.7 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח או סכום השיפוי המרבי המצוין בכל פרק/נספח מפוליסה זו או בדף פרטי הביטוח, לפי העניין.

13.8 בנוסף על האמור בסעיף זה יחולו על תגמולי הביטוח גם התנאים הנוספים המפורטים בכל פרק/נספחי הפוליסה, לפי העניין.

14. כפל ביטוח ו/או מקרה ביטוח המכוסה על-ידי יותר מחברת ביטוח אחת ו/או על-ידי צד

שלישי

14.1 היתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי אדם שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברה מעת ששילמה את תגמולי הביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מהאדם השלישי שיפוי מעל תגמולי הביטוח שקיבל על-פי פוליסה זו. קיבל המבוטח מהאדם השלישי שיפוי שהיה מגיע לחברה על-פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותה של החברה כאמור.

14.2 החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה זו, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה הביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין בחברה ובין בחברת ביטוח אחרת.

14.3 במקרה בו תגמולי הביטוח משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

15. הגשת תביעות

15.1 ארע מקרה הביטוח, על המבוטח או המוטב, לפי הענין ("מגיש התביעה"), להודיע לחברה מיד לאחר שנודע לו על כך.

15.2 מגיש התביעה ימסור לחברה תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ויצורפו כל המסמכים הרפואיים והאחרים, הרלוונטיים, שהחברה דורשת לשם בירור התביעה ו/או חבותה לרבות אלה המוכיחים את תאריך לידתו וכן ימלא אחר כל הדרישות האחרות והנוספות המפורטות בפרקי/נספחיה הפוליסה, לפי הענין, הכל כמפורט בכל אחד מפרקי/נספחי הפוליסה, לפי הענין, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם.

15.3 לא קוימה החובה לפי סעיפים 15.1-15.2 לעיל במועדה, וקוימה היה מאפשר לחברה להקטין את חבותה, אין החברה בתגמולי הביטוח על-פי פוליסה זו, אלא במידה שהייתה חבה בהם אילו קוימה החובה. הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:

15.3.1 החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות.

15.3.2 אי קוימה או איחור לא מנע מהחברה את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.

עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מהחברה את בירור חבותה או להכביד עליה, אין החברה חייבת בתשלום תגמולי הביטוח אלא במידה שהייתה חייבת בו אילו נעשה אותו דבר.

15.4 מובהר כי במסגרת בירור החבות לרבות זכאות המבוטח להמשך תגמולי הביטוח, עומדת לחברה הזכות לנהל על חשבונה כל חקירה באופן סביר לרבות בדיקת המבוטח על-ידי רופאים ו/או לביצוע בדיקות רפואיות שיידרשו על-ידה והמבוטח מתחייב לעמוד לבדיקות אלו, ככל שיידרש הימנו על-ידי החברה. ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות הענין ועל חשבון המבטח. מובהר כי בעל עת יוכל המבוטח לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית משפט.

15.5 מגיש התביעה ימסור לחברה כתב ויתור על סודיות רפואית של המבוטח המתיר לכל רופאי ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ או בחו"ל להעביר לחברה כל מידע רפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח. כתב ויתור על סודיות רפואית ישמש לצורך קבלת מידע ככל שהדבר דרוש לברור זכויות וחובות על-פי הפוליסה.

15.6 מגיש התביעה יהיה חייב להציג לחברה כל מסמך או מידע בענין מצבו הרפואי של המבוטח וכן לעזור לחברה להשיג כל מסמך או מידע שאינם ברשותה.

15.7 החברה רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו, לרבות רשימת בתי חולים, רשימת מנתחים/מרדימים שבהסכם. רשימת הרופאים תהיה הרשימה אשר תהיה בתוקף לכלל המבוטחים בפוליסות הבריאות אצל החברה.

15.8 החברה תשפה את המבוטח תמורת קבלות וחשבוניות. המבוטח רשאי להגיש לחברה העתקי המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח.

15.9 בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:

15.9.1 ייתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

15.9.2 יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו תשלומים במטבע חוץ שישלם המבטח יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום.

16. חובת גילוי

במידה והמבוטח מסר לחברה עובדות כוזבות, או שהמבוטח העלים מהחברה עובדות בנוגע למקרה הביטוח או בנוגע לחבות החברה, תנהג החברה על-פי הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א – 1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

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

- 17.1 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.
- 17.2 המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא.
- 17.3 בכל מקרה שבו המבוטח נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.
- 17.4 אין בסעיף זה כדי לגרוע או לצמצם מהחריגים המפורטים בפוליסה וסעיף זה כפוף בכל מקרה לחריגים אלו.

18. מסים והיטלים

המבוטח יישא בתשלום כל המיסים וההיטלים הממשלתיים והאחרים החלים על דמי ביטוח (פרמיות), ועל כל התשלומים האחרים שהחברה מחויבת לשלם לפי הפוליסה, למעט בכל ההוצאות הקשורות בהמרה למטבע חוץ והעברתו לחו"ל שהחברה חייבת לשלם על-פי פוליסה זו, במקרה של כיסוי לפרוצדורות שמשולמות במטבע זר במועד תשלום תגמולי הביטוח. האמור בסעיף זה יחול בין אם המסים, ההיטלים וההוצאות, כאמור לעיל, קיימים ביום תחילת הביטוח ובין אם יוטלו במועד שלאחר מכן.

19. מתן מסמכים למבוטחים

- 19.1 מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח.
- 19.2 על אף האמור בסעיף 19.1, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הווארך 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-

19.2.1 כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;

19.2.2 את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;

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

19.3 בנוסף לאמור בסעיף 19.1 לעיל, החברה תשלח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מחוזה הביטוח שבין החברה לבין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה אצלה בקשת המבוטח. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח במלואם ישלח המבטח למבוטח לפי דרישתו העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לענין גובה דמי הביטוח התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

20. מתן הודעות למבוטח

20.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה 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.

20.2 לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ- 45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

20.3 חודשה הפוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטוח את הקבוצה ערב החידוש- ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

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

בריאאות 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.

20.5 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי) תשס"ט- 2009 ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

21. הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה

21.1 בעל הפוליסה מצהיר כי לעניין היותו בעל הפוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.

21.2 בעל הפוליסה ימסור לחברה מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש לחברה לשם קיום חובותיה על פי הדין ולפי הפוליסה ובכלל זה מידע בדבר העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה ומידע עדכני על כל מבוטח שיצא מהקבוצה מכל סיבה שהיא- 30 יום מראש.

21.3 בעל פוליסה מתחייב להודיע לחברה עם ביטול קיום זיקה בינו לבין מבוטח ואשר בגינה רשאי היה להתקשר בביטוח הקבוצתי, וזאת באופן מיידי מהמועד בו יודע לו לראשונה על הכוונה להפסיק הזיקה או הפסקתה בפועל- המוקדם מבניהם.

22. התיישנות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו היא חמש שנים מיום קרות מקרה הביטוח. הייתה עילת התביעה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

23. מקום השיפוט וברירת דין

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

24. כללי

- 24.1 כל ההודעות וההצהרות על פי הסכם ביטוח זה - ייעשו בכתב, ולא יהיה תוקף לכל שינוי אשר ייעשה בהסכם ביטוח זה, אלא לאחר שהצד השני אישר אותו בכתב.
- 24.2 כתובות הצדדים לצורכי הסכם ביטוח זה הן כפי שפורטו לעיל :
- 24.3 כל הודעה אשר תישלח מצד אחד למשנהו בדואר רשום לפי הכתובות דלעיל, תיחשב כאילו הגיעה לתעודתה בתוך 72 שעות מעת שנמסרה למשלוח בכל בית דואר בישראל.
- 24.4 כל חוזרי המפקח חלים על הסכם ופוליסה זו - אך הינם תנאי מינימום - ולעולם מה שגובר הוא המופיע בפרק הרלוונטי או בחוזרים אלו והמטיב עם המבוטחים. קרי, החברה מתחייבת כי ההגדרות בפוליסה זו נוסחו בפרקים הרלוונטיים באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזריו. כמו כן, לא ייעשה שימוש בחוזרים כפרשנות שסותרת את הפוליסה המטיבה.

חריגים:

25. סייג/חריג מצב רפואי קודם

- 25.1 החברה תהיה פטורה מתשלומי תגמולי ביטוח על-פי פוליסה זו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של "מצב רפואי קודם", ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 25.2 מצב רפואי קודם משמעו – מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו אצל כל מבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה.
- 25.3 לעניין זה, "אובחנו במבוטח" משמעו – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים ב- 6 החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח של כל מבוטח.
- 25.4 חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
 - 25.4.1 לתקופה של שנה אחת מיום תחילת הביטוח - למבוטח, שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח, פחות מ-65 שנים.
 - 25.4.2 לתקופה של חצי שנה מיום תחילת הביטוח למבוטח – למבוטח, שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח 65 שנים או יותר.

25.5 על אף האמור לעיל, סייג לחבות החברה או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבטוח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים. כאשר אין מצוינת התקופה לצד אותו מצב רפואי מסוים, יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.

25.6 על אף האמור לעיל, סייג בשל מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף אם המבטוח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה לא סייגה במפורש בדף פרטי הביטוח את מצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבטוח.

25.7 פטור המבטוח מחבותו בשל ההוראות המפורטות בסעיף 25 ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטוח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבטוח, יחזיר המבטוח למבטוח את דמי הביטוח ששילם המבטוח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי דמי הביטוח עבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבטוח תגמולי ביטוח. על דמי הביטוח יווספו הפרשי הצמדה.

26. חריגים כלליים נוספים :

סעיף זה מונה חריגים החלים על כל אחד מפרקי הכיסוי הביטוחי המפורטים בפרקים/בנספחים לפוליסה זו, וזאת בנוסף להוראות ו/או החריגים המיוחדים המפורטים בכל פרק/נספח כאמור.

למען הסר ספק יובהר כי חריגים אלו לא יחולו על פרק הניתוחים בישראל, בגינו יחולו ההוראות והחריגים הקבועים באותו הפרק

החברה לא תהיה אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי ביטוח זה כל תביעה, כולה או מקצתה, הקשורה במישרין או בעקיפין ו/או הנובעת ו/או הקשורה ב: (רשימה מקסימלית)

26.1 מקרה הביטוח ארע לפני מועד ההצטרפות לביטוח הקבוצתי.

26.2 מקרה הביטוח ארע בתקופת האכשרה אם קיימת למבטוחים חדשים

26.3 מקרה הביטוח ארע לאחר תום תקופת הביטוח.

26.4 טיפולים ניסיוניים או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות לרבות תרופות או טיפולים אלטרנטיביים.

26.5 מקרה הביטוח אירע במהלך שירות צבאי של המבטוח הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי ו/או השתתפות בפעילות משטרתית.

26.6 ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית מכוונת בין שהמבטוח היה שפוי ובין אם לאו.

- 26.7 פגיעה ממשק לא קונבנציונלי (גרעיני כימי או ביולוגי) ביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי קרינת רנטגן או קרינה מיינת תחליפים גרעינים ופסולת גרעינית.
- 26.8 טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים ו/או טיפולי שיניים למיניהם.

27. החברה אינה אחראית לשירותים הרפואיים ולתוצאותיהם:

- 27.1 מובהר ומוסכם בזאת, כי בחירת הרופא המטפל, בית החולים בו יבוצע הניתוח, כל ספק שירות רפואי אחר או כל יתר הטיפולים והשירותים המכוסים בפוליסה זו, נעשים על-ידי המבוטח והחברה איננה אחראית לטיב השירותים הרפואיים ו/או כל מעשה ו/או מחדל של נותני השירותים הרפואיים כאמור לעיל, ו/או למוצרים ו/או לטיפולים האחרים הניתנים למבוטח בקרות מקרה הביטוח על-ידי כל נותן שירות ו/או מוכר מוצר כאמור ו/או ספק השירות הרפואי לרבות ו/או לכל נזק שייגרם על-ידם.
- 27.2 האמור לעיל חל גם אם הטיפול ו/או השירות הרפואי בוצע באמצעות נותן שירות שבהסכם ו/או בתיאום על-ידי החברה ו/או על-ידי הפניית המבוטח לנותן השירות.

28. ברות ביטוח

- מבוטחים אשר יצאו לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום ברצף, יהיו זכאים לשמור על ברות ביטוח, אשר משמעותה כדלקמן:
- 28.1 במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח אינו זכאי לכיסוי על פי תנאי הסכם זה.
- 28.2 במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח ימשיך לשלם פרמיה השווה ל- 25% מהפרמיה אשר הייתה משולמת על ידו אם היה מבוטח רגיל.
- 28.3 יובהר כי במהלך תקופת ברות הביטוח ישולמו דמי הביטוח ע"י המבוטח ישירות לחברה.
- 28.4 עם שובו של המבוטח להתגורר בישראל, יוכל לשוב ולהצטרף לפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ובתנאי שיודיע לחברת הביטוח על חזרתו לארץ ורצונו לחזור ולהצטרף לפוליסה בהיקף כיסויים מלא. ובתשלום הפרמיה במלואה. כל זאת עד 90 יום מיום חזרתו לארץ.
- 28.5 תקופת ברות הביטוח – תסתיים עם סיום הפוליסה.
- 28.6 הודעות למבוטחים – במהלך תקופת ברות הביטוח תשלחנה הודעות למבוטח עפ"י הכתובת האחרונה בישראל עליה הודיע המבוטח לחברה. לא תשלחנה הודעות לכתובות בחו"ל.
- 28.7 לצורך הפעלת ברות הביטוח על המבוטח להודיע לחברה בכתב, ובצירוף מסמכים המעידים על עזיבת הארץ לתקופה העולה על 90 יום.

29. גבול אחריות החברה מחוץ למדינת ישראל

29.1 כל הכיסויים עפ"י פוליסה זו יינתנו בישראל בלבד, למעט כיסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם. מבוטח ששהה בחו"ל וחזר לישראל, יהא רשאי לקבל שירות על פי הפוליסה בגין מקרה ביטוח שארע בחו"ל ומכוסה על פי תנאי פוליסה זו, עם חזרתו לישראל ובכפוף לה, והשירותים בגין מקרה הביטוח יינתנו בישראל בלבד, למעט כיסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם.

30. בירור חלוקי דיעות בנושאים רפואיים

נדחתה מנימוקים רפואיים תביעתו של מבוטח לתשלום תגמולי ביטוח עלפי הפוליסה יהיה המבוטח זכאי לערער על הדחייה בפני ועדת ערער המבוטח יהיה מיוצג על ידי נציג הסוכנות וכמו כן רשאי להיות מיוצג בפני ועדת ערער ע"י רופא מטעמו, להגיש חוות דעת רפואית ומסמכים כפי שימצא לנכון, במידה ויתבקש עי הועדה להמציא מסמכים רפואיים נוספים תישא חברת הביטוח בעלויות המצאת מסמכים אלה והכנתם. ועדת הערר תכלול נציג מטעם בעל הפוליסה והחברה. לא הגיעה ועדת הערר להחלטה יועבר המקרה לרופא בר סמכא בתחום הרפואי הרלבנטי אשר ימונה על ידי הצדדים בהסכמה.

פרק א' השתלות בישראל ובחו"ל ולטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים של הפוליסה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצדם:

השתלה	השתלה - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב, (תאי גזע) מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח או שגודלו או פותחו באמצעים טכנולוגיים אחרים. במקרה בו יושלל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה חוזרת תיחשב למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה. ההגדרות שלעיל כפופות לתנאים המצטברים הבאים: 1. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני. 2. ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות. 3. רופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי מטעם המבוטח קבע את הצורך בבצוע ההשתלה וההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בה נמצא אותו בית חולים 4. בטרם מתן פיצוי או שיפוי למימון ביצע ההשתלה יבחן המבוטח מראש אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות החוק, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה, מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור הסחר באיברים.
חוק השתלת איברים	חוק השתלת איברים, התשס"ח – 2008
המרכז הלאומי להשתלות	יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.
טיפול מיוחד בחו"ל	טיפול מיוחד בחו"ל - ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן. 1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל. 2. סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל. 3. הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל. 4. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה. 5. ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.

6. הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 75%.	
7. הטיפול המיוחד נועד לצורך הצלת חיים. הטיפול המיוחד בחו"ל ייעשה עלפי אמות מידה אתיות מקובלות במדינה בה הוא מבוצע. לא יכללו במסגרת הטיפול המיוחד בחו"ל טיפול ניסיוני או טיפול לא קונבנציונאלי.	

2. מקרה הביטוח :

2.1. מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה בישראל או בחו"ל או ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל, על-פי הוראות פרק זה, במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה, **ובתנאי שיתקיימו גם כל התנאים הבאים:**

2.1.1. **לגבי השתלה:** מקרה הביטוח ייחשב ככזה אם התקיימו לגביו **גם כל התנאים המפורטים להלן במצטבר:**

2.1.1.1. רופא מומחה בישראל קבע, בחוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.

2.1.1.2. ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה על-ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה תבוצע ההשתלה.

2.1.1.3. ההשתלה תבוצע בהתאם להוראות חוק השתלת איברים.

2.1.2. **לגבי טיפול מיוחד בחו"ל:** מקרה הביטוח ייחשב ככזה אם התקיימו לגביו **גם כל התנאים המפורטים להלן במצטבר:**

2.1.2.1. רופא מומחה בישראל מטעם המבוטח קבע, בחוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל וכי התקיימו במבוטח לפחות 1 מהתנאים המפורטים בהגדרת טיפול מיוחד בחו"ל, וזאת על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.

2.1.2.2. הטיפול המיוחד יבוצע בחו"ל בבית חולים מוכר ומורשה על-ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה יבוצע הטיפול המיוחד בחו"ל.

2.1.2.3. הטיפול המיוחד בחו"ל ייעשה על-פי אמות מידה אתיות המקובלות במדינה בה מבוצע הטיפול המיוחד.

2.2. מועד קרות מקרה הביטוח יחשב כמועד בו אובחן המבוטח, בדרך של אבחנה רפואית מתועדת על-ידי רופא מומחה, כי מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל.

2.3. מובהר בזאת כי השתלה חוזרת או טיפול מיוחד בחו"ל חוזר אשר בוצעו במהלך תקופת הביטוח יידרשו בעקבות השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל שבוצעו לאור מקרה ביטוח, ייחשבו כחלק מאותו מקרה ביטוח.

3. תנאי מהותי להתחייבויות החברה על-פי פרק זה

3.1. בהיודע למבוטח על הצורך בביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, המכוסה על-פי פרק זה, יודיע המבוטח על כך בכתב לחברה ויקבל את אישורה מראש ובכתב לחבות החברה ולזכויות המבוטח על פי הפוליסה ופרק זה. על המבוטח למסור לחברה את כל הפרטים והמסמכים הנדרשים במקרה של הגשת תביעות, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם, והכל כמפורט בתנאים הכלליים ובפרק זה.

3.2. קבלת אישור החברה מראש ובכתב לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל הינה תנאי מהותי לאחריות החברה על-פי פרק זה. החברה תעשה את מירב המאמצים על מנת לתת את האישור בזמן הקצר ביותר.

3.3. לא קוימה החובה לפי סעיפים 3.1-3.2 לעיל או לא קוימה במועדה, וקוימה היה מאפשר לחברה להקטין את חבותה ו/או לגרום להפחתה בסכום תגמולי הבטוח, אין החברה חבה בתגמולי הבטוח על פי הוראות פרק זה אלא במידה שהייתה חבה בהם ו/או עד לגובה הסכום שהייתה משלמת החברה אילו קוימה החובה ו/או קוימה במועדה.

3.4. הוראות סעיף 3.3 לעיל לא יחולו בכל אחד מאלה:

3.4.1. החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות.

3.4.2. אי קוימה או איחור לא מנע מן החברה את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.

3.5. עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן החברה את בירור חבותה או להכביד עליה, אין החברה חייבת בתגמולי ביטוח אלא במידה והייתה חבה בהם אילו לא נעשה אותו דבר.

3.6. הוראות מיוחדות לעניין ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל:

פרק זה, מקנה כיסוי ביטוחי רק אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים ובין היתר תבחן החברה האם התקיימו גם התנאים המצטברים להלן:

3.6.1. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה להתבצע.

3.6.2. מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לעניין איסור סחר באיברים.

4. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח:

4.1. בקרות מקרה הביטוח, תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות שהוצאו על-ידי המבוטח בפועל עבור השירותים הרפואיים המפורטים להלן בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל ("ההוצאות המוכרות"), או תשלם במישרין את ההוצאות המוכרות לספק השירות, והכל עד סכום השיפוי המרבי הנקוב בפרק זה בגין כל מרכיב של ההוצאות המוכרות, ובכפוף לתנאים הכלליים של הפוליסה ולהוראות פרק זה:

ואלה ההוצאות המוכרות:

4.1.1. כיסוי להוצאות רפואיות שלא בעת אשפוז. תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או בתקופת ההמתנה בחו"ל לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, לרבות תשלום עבור דיאליזה שנזקק לה המבוטח לפני ביצוע ההשתלה ולרבות כיסוי עלות הטיפוס הלך ושוב לחו"ל למבוטח ולמלווה לצורך ביצוע בדיקת הערכה עד לסך של 500,000 ₪.

4.1.2. הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

4.1.3. שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה ו/או טיפולים אחרים שידרשו ע"י הרופאים המטפלים.

4.1.4. בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז.

4.1.5. שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז.

4.1.6. תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.

4.1.7. הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 100 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם.

4.2. הוצאות נלוות כדלקמן: סכומי השיפוי ו/או התשלום להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 4.1:

4.2.1. הוצאות לצורך איתור האיבר המושלל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם עד לסך של 215,000 ₪ למקרה ביטוח.

4.2.2. תשלום עבור הוצאות לפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושלל שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד לסך של 120,000 ₪.

4.2.3. כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם עד סך של 1,000,000 ₪.

4.2.4. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה, וחזרה לארץ לאחר ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלך וחזר במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום של 35,000 ₪; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.

4.2.5. 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 120,000 ₪; במקרה הצורך בהטסה רפואית בחזרה לישראל יוכפל הסכום.

4.2.6. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד למבוטח ולמלווה אחד, במקרה של מבוטח קטין - ולשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, וזאת עד לסך של 1200 ₪ ליום. תקרת ההוצאות המקסימאלית להוצאות שהייה לפי סעיף זה הינה עד לסך של 500,000 ₪ להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל.

4.2.7. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל או לייעוץ, למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד תקרה של 250,000 ₪.

4.2.8. הוצאות לטיפול המשך שנעשים בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י הסכם זה, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי עד סך של 215,000 ₪ למקרה ביטוח.

4.2.9. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ל בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לסך 20,000 ₪.

4.2.10. תשלום עבור כל הוצאה אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לסך של 215,000 ₪.

4.2.11. התשלומים להשתלה או לטיפול מיוחד, לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בחו"ל. על אף האמור לעיל, היה והוציא המבוטח תשלומים על פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך בהם קשור להשתלה או לטיפול המיוחד, יהא זכאי המבוטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, בשיעור של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, בהתאמה.

5. סכום שיפוי מירבי

5.1. לעניין השתלה ו/או להשתלות אשר נערכות בבית חולים מוסכם – שיפוי מלא. במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים המוסכמים ו/או על ידי צוות שאינו בהסכם, תהא חבות המבוטח עד תקרה מרבית עד 6,500,000 ₪ לעניין סעיף זה מובהר כי המבוטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות חוק האיברים להשתלת איברים התשס"ח 2008.

5.2. לטיפול מיוחד בחו"ל – הסכום המרבי לשיפוי בגין כל הניתוחים או הטיפולים המיוחדים בין אם הם מבוצעים בבית חולים שבהסכם ובין אם הם מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם לא יעלה על סכום הביטוח המרבי 800,000 ₪ למקרה.

6. גמלה חודשית לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל

בוצעה במבוטח השתלה, למעט השתלת קרנית, יהיה זכאי המבוטח לפיצוי חודשי בסך של 7,000 ₪ או 5,000 ₪ במקרה של השתלת כליה או מח עצמות וזאת למשך תקופה מרבית של 24 חודש החל מתום החודש שבה בוצעה ההשתלה בפועל במקרה מות המבוטח תשולם יתרת התשלומים שנותרו להשלמת 24 גמלאות לשאירי המבוטח.

7. מסלול 2 - פיצוי בעד השתלת איברים ללא מעורבות החברה: עבור השתלה המבוצעת שלא במעורבות המבוטח, יהיה זכאי המבוטח לסכום ביטוח כמפורט בסעיף 7.2 באחת מהאפשרויות המפורטות בסעיף 7.3 או בסעיף 7.4

7.1. סעיף זה כולל כיסוי ביטוחי בעד השתלת איברים כמוגדר בסעיף 1 לעיל (לא כולל השתלת מח עצמים עצמית ו/או השתלת תאי גזע ו/או השתלת קרנית).

7.2. סכום הביטוח הינו 350,000 ₪.

7.3. תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה

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. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה.

7.4. תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה -

עבר המבוטח השתלה בחו"ל (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית יקבל את הפיצוי המגיע לו ובלבד שחתם על תצהיר כי עבר את ההשתלה בכפוף להוראות חוזר ביטוח 1-1-2009 וכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח – 2008 ולא תבע את חברת הביטוח בגין ההשתלה על פי פרק זה, והציג מסמכים רפואיים המעידים כי אכן עבר השתלה, המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה.

7.5. הזכאות לכיסוי להשתלות איברים, עפ"י פרק זה, יהא בדרך של שיפוי עבור ההוצאות המכוסות בפרק זה או פיצוי עפ"י סעיף זה, עפ"י שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח.

8. טיפול ניסיוני בחו"ל

8.1. נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת סרטן לרבות סרטני דם למיניהם או מחלה אוטואימונית ממנה הוא סובל, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי – (להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבוטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה של המבוטח בחו"ל כדלקמן:

8.1.1. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה במחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת עסקים

8.1.2. 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.

8.1.3. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום.

8.1.4. סכום ההוצאות המרבי על פי סעיפים 8.1.1-8.1.3 לעיל יהיה עד 150,000 ₪ למקרה.

8.1.5. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל ובחזרה לישראל, 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 ההוצאות בסעיף זה יהיו עד לסכום מרבי של 120,000 ₪ למקרה.

9. תקופת אכשרה למבוטחים חדשים

בפרק זה תחול תקופת אכשרה בת 60 יום ממועד תחילת הביטוח של הכיסוי הביטוחי על פי פרק זה.

למען הסר ספק מובהר בזאת כי במידה ומקרה הביטוח, מצבו הרפואי של המבוטח המחייב בצוע השתלה בחול או טיפול מיוחד בחול, נובע מאירוע תאונתי לא תחול תקופת האכשרה לגביו.

לא תחול תקופת אכשרה, על מבוטחים שעברו ברצף במועד תחילת הביטוח, מהביטוח הקודם.

פרק ב' - ביטוח תרופות מיוחדות

1. הגדרות

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים של הפוליסה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצידי:

בית מרקחת	מוסד המורשה על-פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.
המדינות המוכרות	ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
טיפול תרופתי	נטילת תרופה על-פי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.
מחלת הסרטן	נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.
מרשם	מסמך רפואי חתום על-ידי רופא מומחה בישראל, או רופא בית חולים בישראל, לפי בחירת המבוטח, הנושא תאריך שחל בתקופת הביטוח על-פי פרק זה, המאשר את הצורך בטיפול התרופתי ואשר קובע את אופן השימוש בתרופה, את המינון הנדרש ואת משך זמן הטיפול התרופתי הנדרש. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם מיועד לטיפול של עד שלושה חודשים לכל היותר.
סכום שיפוי מרבי	גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה בגין תרופה ו/או תרופות במהלך תקופת הביטוח.
רופא בית חולים	רופא המועסק על-ידי בית חולים בישראל בתחום הרלוונטי לקביעת הטיפול התרופתי הנדרש במצבו הרפואי של המבוטח.
רופא מומחה	רופא אשר הוכר כמומחה על-ידי רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
הרשות המוסמכת	הגורמים ו/או המוסדות אשר להם הסמכות ליתן רישיון ו/או היתר לשיווק תרופות חדשות על פי הדין החל באותה המדינה.
תרופה	תרופה – חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי או תכשיר ביוטכנולוגי, שנועד לשם אבחון, ריפוי, הקלה, טיפול או מניעה של מצב רפואי כלשהו ו/או מניעת החמרת מצב רפואי כלשהו לרבות, אך לא רק, הסימפטומים הרפואיים, לרבות כאב אך לא רק, מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה, לרבות, אך לא רק, בשל מחלה או תאונה או ליקוי בריאותי אחר. הגדרת תרופה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-1-2007 הוראות

לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות . למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות, היא רופא מטעם המבוטח.	
תרופה ניסיונית	תרופה אשר לא אושרה על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל ועל-ידי הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול בהתוויה הרפואית הנדרשת לטיפול במבוטח ולמעט תרופה שהוגדרה כ- OFF LABEL .
תקופת התגמול	תקופה מרבית לתשלום בגין התרופה.
השתתפות עצמית למרשם	חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות המבוטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
סל שירותי הבריאות	מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.
מחיר מרבי מאושר	הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה. ו/או הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה, בגין תרופה והמשתנה מעת לעת, עפ"י המפורסם ברשות של המדינה הרלוונטית.
בית מרקחת	מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.
רופא בית חולים	רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').
תכשיר מזון רפואי	תכשיר בעל ערך תזונתי שאינו מיועד להזרקה תוך ורידית.
ויטמינים	תרכובת כימית אורגנית שאיננה אב מזון (חלבון, פחמימה, שומן) אשר כמויות קטנות שלה דרושות לכל אורגניזם לשם גדילה תקינה ולשם קיום.
IND – Investigational New Drug	תרופה המצויה בתהליכי הגשה לאישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות, הניתנת לחולה, ובתנאי שהתרופה אינה ניתנת למבוטח במסגרת ניסוי קליני.

2. מקרה הביטוח:

2.1. מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, אשר מחייב את המבוטח, על-פי הוראות רופא מומחה או רופא בית חולים, להיזקק לטיפול תרופתי, וזאת לאחר מועד תחילת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה, באמצעות אחת מהתרופות המנויות בסעיף זה להלן, ובכפופות לתנאים המפורטים בפרק זה;

ואלה התרופות:

2.1.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות

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

2.1.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות

תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי שההתוויה הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אושרה לשימוש בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.

2.1.3 תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית שהוגדרה כ- OFF LABEL

תרופה שאושרה לשימוש בידי הרשות המוסמכת 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:

2.1.3.1 פרסומי ה-FDA.

2.1.3.2 American Hospital Formulary Service Drug Information.

2.1.3.3 US Pharmacopoeia-Drug Information.

2.1.3.4 Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים **במצטבר**, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):

2.1.3.4.1 עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או IIa.

2.1.3.4.2 חוזק הראיות (Strength Of Evidence) – נמצאת בקטגוריה A או B.

2.1.3.4.3 יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa.

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

2.1.3.5.1 NCCN.

2.1.3.5.2 ASCO.

2.1.3.5.3 NICE.

2.1.3.5.4 ESMO Minimal Recommendation.

2.1.4 תרופה יתומה

2.1.4.1 תרופה שלא בסל הבריאות לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או על ידי הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.

2.1.4.2 נמצא באבחון המולקולארי של הגידול כי המבוטח זקוק עפ"י המלצת הרופא המטפל לתרופה, אשר אינה מכוסה על פי סעיפים 2.1.1-2.1.3 לעיל, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בגין הוצאותיו לרכישת תרופות אלו, וזאת עד 500,000 ₪.

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

2.1.4.4 טיפול תרופתי בתרופה לטיפול IND יכולה עד תקרה כוללת בגובה 100,000 ₪.

2.1.5 תרופה מיוחדת

תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות אשר לא מכוסה בהגדרות מקרה הביטוח לעיל ומתקיימים לגביה אחד מהסעיפים הבאים:

2.1.5.1 המבוטח קיבל אישור ליבוא אישי של התרופה מכוח סעיף 29א(3) לתקנות הרוקחים (תכשירים) תשמ"ו-1986 (אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי).

2.1.5.2 התרופה אושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות לטיפול במצב רפואי אחר ולא למצבו של המבוטח אולם:

לאחר בדיקה גנטית להתאמת הטיפול בתרופה, נמצאה התרופה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח

ו/או

רופא מומחה בכיר כהגדרתו להלן קבע כי מתקיימים התנאים הבאים במצבר:

1. התרופה יעילה באופן ממשי לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על סמך שני פרסומים מדעיים רפואיים מקובלים

2. התועלת בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה וכי מניעת הטיפול בתרופה מהווה סכנה ממשית לחייו של המבוטח.

3. תנאי מהותי להתחייבויות החברה על פי פרק זה:

3.1. בהיוודע למבוטח על הצורך בטיפול תרופתי בתרופה, המכוסה על-פי פרק זה, יודיע המבוטח על כך בכתב לחברה ויקבל את אישורה מראש ובכתב לחבות החברה ולזכויות המבוטח עלפי הפוליסה ופרק זה. על המבוטח למסור לחברה את כל הפרטים והמסמכים הנדרשים במקרה של הגשת תביעות, כמפורט בתנאים הכלליים ובפרק זה.

3.2. בנוסף לאמור לעיל, במהלך הטיפול התרופתי, לצורך כיסוי המימון הנדרש בכל פעם, יפנה המבוטח לקבלת אישור החברה מראש ובכתב בגין כל מרשם כאמור.

3.3. לא קוימה החובה הנזכרת בסעיפים 3.1-3.2 ו/או לא קוימה במועדה וקוימה יכול היה מאפשר לחברה להקטין את חבותה ו/או לגרום להפחתה בסכום תגמולי הבטוח, אין החברה חבה בתגמולי הבטוח אלא במידה שהייתה חבה בהם לו קוימה החובה ו/או לו קוימה במועדה.

4. חבות המבטח ותגמולי הביטוח:

4.1. המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות /או תשלום ישירות לנותן השרות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 4.2 יובהר כי המבוטח רשאי להגיש לחברה העתק של המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח.

4.2. השתתפות עצמית- החברה תשלם תגמולי ביטוח אך ורק הוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום ההשתתפות העצמית למרשם שהינה 200 ₪ למרשם לחודש ולא יותר מ-400 ₪ לכלל המרשמים לחודש. על אף האמור לעיל, בגין תרופות למחלת הסרטן וכן בגין תרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש לא יחויבו המבוטחים בהשתתפות עצמית.

4.3. סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה.

4.4. סכום הביטוח המרבי למבוטח שישלם המבטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד לסך של 2,500,000 ₪ לכל תקופת ביטוח בת 3 שנים ובשנה הרביעית יתחדש סכום ביטוח זה בתוספת הצמדה ליתרת תקופת הביטוח. על אף האמור לעיל, עבור תרופה מיוחדת, כאמור בסעיף 2.1.5, תחול תקרה של 500,000 ₪ לכל מחלה.

4.5. המבטח ישפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד סך של 300 ₪ ליום ועד 60 ימי טיפול, לכל מקרה.

4.6. 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.

5. חריגים מיוחדים

בנוסף, לחריגים הכלולים בתנאים בכלליים של הפוליסה, החברה לא תהיה אחראית ולא תהיה חייבת לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על-פי פרק זה, גם במקרים הבאים:

- 5.1 תרופה לטיפול בבעיות שנייים ו/או חניכיים למיניהן.
- 5.2 תרופות למטרות מחקר
- 5.3 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים ו/או לדיאטה.
- 5.4 תרופה ניסיונית.
- 5.5 טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים (למעט מצב בו נדרש המבוטח לקבל חיסון לטיפול במחלה פעילה) ו/או תוספי מזון. למען הסר ספק, מובהר כי תכשירי מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים (להלן: "תוספי מזון") שהצורך בהם נקבע על ידי רופא מומחה, בשילוב עם טיפול תרופתי במחלתו של המבוטח, לא יכללו במסגרת החריגים לפרק זה.
- 5.6 גמילה מעישון והפחתת משקל.
- 5.7 טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למוטב בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השרות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

6. תקופת אכשרה למבוטחים חדשים

בפרק זה תחול תקופת אכשרה בת 60 יום ממועד תחילת הביטוח של הכיסוי הביטוחי על פי פרק זה.

מובהר בזאת כי במידה ומקרה הביטוח, מצבו הרפואי של המבוטח המחייב עפי הוראת רופא מומחה או רופא בית החולים להיזקק לטיפול תרופתי, נובע מאירוע תאונתי, לא תחול תקופת אכשרה לגביו.

לא תחול תקופת אכשרה, על מבוטחים שעברו ברצף במועד תחילת הביטוח, מהביטוח הקודם.

פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. הגדרות:

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1 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 20/2004' הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות.

1.2 "טיפול מחליף ניתוח" – טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח שהומלץ למבוטח לעבור ובתנאי כי ביצוע הטיפול החלופי צפוי להביא לתוצאות דומות לתוצאות הניתוח המבוצע בישראל.

1.3 "נותן הטיפול החלופי" – רופא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל.

1.4 "נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי" – נותן הטיפול החלופי ו/או בית חולים או מרפאה אשר הסכימו לקבל ישירות מהחברה שכר שהוסכם עמם עבור הוצאות הטיפול החלופי שניתן להן כיסוי על פי סעיף זה.

1.5 "תיאום ניתוח" – התקשרות וסידורים מנהלתיים עם נותני השירות הרפואי כגון: קביעת הסדר תשלומים, העברת מסמכים וכו' ייעשו ישירות על ידי החברה.

1.6 "בית חולים בחו"ל" - מוסד רפואי בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא נמצא, כבית חולים, אשר בו בחר המבוטח לעבור את הניתוח.

1.7 "הטסה רפואית" - הטסה בשירות מטוסים רגיל ו/או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע הניתוח או ממקום ביצוע הניתוח חזרה לישראל, בתנאי שרופא מטעם החברה קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה וכי ההטסה הרפואית הינה אפשרית והכרחית מבחינה רפואית.

2. מקרה הביטוח:

ביצוע ניתוח בחו"ל ו/או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל.

3. טיפול מחליף ניתוח בחו"ל:

מקרה הביטוח של טיפול מחליף ניתוח בחו"ל ייחשב ככזה בתנאי שהתקיימו לגבי התנאים המפורטים להלן במצטבר:

3.1 רופא מומחה בישראל, קבע את הצורך בביצוע הניתוח והמליץ על ביצוע טיפול מחליף ניתוח.

3.2 הטיפול מחליף הניתוח בוצע על-ידי נותן טיפול מחליף ניתוח בחו"ל.

3.3 הטיפול מחליף הניתוח בוצע בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל, המורשים לבצע את הטיפול מחליף הניתוח על-פי חוקי המדינה בה הם ממוקמים.

מועד קרות מקרה הביטוח יחשב כמועד בו אובחן במבוטח בישראל, בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, הצורך בניתוח.

4. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח:

בקרות מקרה הביטוח, תשפה החברה את המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות שהוצאו על-ידי המבוטח בפועל עבור השירותים הרפואיים הניתנים תוך כדי ביצוע הניתוח, בבית חולים בחו"ל, או תשלמו במישרין לנותן השירות בחו"ל, והכל עד סכום השיפוי המרבי כמפורט להלן, וכן בכפוף להוראות התנאים הכלליים של הפוליסה ולהוראות פרק זה.

השירותים הרפואיים הניתנים תוך כדי ביצוע הניתוח בחו"ל הינם:

4.1 **שכר מנתח** או נותן טיפול מחליף- הוצאות שכר המנתח או נותן הטיפול המחליף בחו"ל

4.2 **שכר מרדים** - הוצאות שכר המרדים בחו"ל.

4.3 **הוצאות חדר ניתוח והוצאות אשפוז** - הוצאות חדר ניתוח ואשפוז כאמור להלן, בבית חולים בחו"ל.

הכיסוי להוצאות אשפוז הינו בחדר בן שתיים עד שלוש מיטות החל מיום האשפוז

שקדם ליום הניתוח ועד לשחרור המבוטח מבית החולים. הוצאות אשפוז על פי סעיף

זה כוללות גם בדיקות רפואיות המבוצעות במהלך האשפוז וכן תרופות, לרבות תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות, אשר נעשה בהן שימוש במהלך ולשם ביצוע הניתוח, לרבות במהלך אשפוז הנלווה לביצועו, על פי קביעת המנתח.

4.4 שטל בניתוח: הוצאות שטל בניתוח שהושטל במבוטח במהלך ניתוח.

4.5 בדיקה פתולוגית - החברה תשלם לבית החולים בחו"ל הוצאות בדיקה פתולוגית שנדרשה במקרה של הניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, שבוצעה על-ידי מומחה לפתולוגיה.

4.6 סכום השיפוי המרבי:

סכום השיפוי המרבי לכיסוי סך כל ההוצאות בגין השירותים הרפואיים המפורטים בסעיף 4.1-4.5 הניתנים תוך כדי ביצוע הניתוח בחו"ל כמפורט לעיל, הינו כדלהלן:

4.6.1 במקרה בו תיאום ביצוע הניתוח בחו"ל בוצע על-ידי החברה כאמור להלן, תשפה החברה את המבוטח בגין השירותים הרפואיים הניתנים תוך כדי ביצוע הניתוח בחו"ל, באופן מלא וישיר באמצעות נותן השירות בחו"ל.

4.6.2 במקרה בו ביצוע הניתוח בחו"ל לא תואם עם החברה כאמור להלן, תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות שהוצאו על-ידו בפועל בגין השירותים הרפואיים הניתנים תוך כדי ביצוע הניתוח בחו"ל, אולם תגמולי הביטוח שישולמו על ידי החברה בגין סך כל ההוצאות שהוצאו בגין השירותים הרפואיים הניתנים תוך כדי ביצוע הניתוח בחו"ל, לא יעלו על 250% מהסכום הקבוע עבור ניתוח שבוצע במבוטח אם היה הניתוח מבוצע בישראל, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה, אך לא יותר מהסכום ששילם המבוטח בפועל.

4.6.3 במקרה בו הניתוח שבוצע במבוטח איננו מפורסם באתר האינטרנט, סכום השיפוי המרבי, יהיה סכום השיפוי המרבי בגין ניתוח דומה המופיע באתר, בהתאם לקביעת רופא החברה, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים. במקרה של חילוקי דעות בין הרופא המומחה מטעם המבוטח לבין רופא החברה בעניין קביעת סוג הניתוח הדומה לסוג הניתוח שבוצע במבוטח, ימונה על ידם רופא מומחה מוסכם אשר יכריע בעניין.

מובהר כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.

תיאום ביצוע הניתוח בחו"ל כאמור בפרק זה משמע: מקרה בו ההתקשרות עם נותני השירות בחו"ל ו/או הסידורים האדמיניסטרטיביים עם נותני השירות בחו"ל בקשר לניתוח בחו"ל של המבוטח, לרבות קביעת הסדר תשלומים, העברת מסמכים, קביעת מועד ביצוע הניתוח וכדומה, יבוצעו ישירות ובלעדית על ידי החברה.

4.7 סכום השיפוי המרבי לטיפול מחליף הניתוח שבוצע בחו"ל :

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

4.7.1 שכר נותן טיפול מחליף ניתוח – עד 250% משכר "מנתח אחר", בגין הניתוח, שהטיפול מחליף ניתוח בא להחליפו, אם היה מבוצע בישראל, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.

4.7.2 הוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע טיפול מחליף ניתוח – עד 250% מהסכום שהיה משולם ל"בית חולים אחר" בגין הניתוח שהטיפול מחליף ניתוח בא להחליפו, אם הניתוח היה מבוצע בישראל, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.

4.7.3 במקרה בו באתר האינטרנט של החברה זה לא מופיע הניתוח כאמור, הוצאות עלות הניתוח בישראל על פי סעיף קטן זה תהיינה עד הסכום המתפרסם באתר האינטרנט של החברה בגין ניתוח דומה, על פי תנאי ביטוח ניתוח, בהתאם לקביעת רופא החברה, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.

4.8 תגמולי ביטוח נוספים בגין מקרה הביטוח (הוצאות בגין שירותים נוספים)

4.8.1 העברות מבוטח ומלווה

הוצאות נסיעה יבשתיות סבירות של המבוטח ומלווה, משדה התעופה לבית החולים בחו"ל וחזרה.

4.8.2 הטסה רפואית

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תשפה החברה את המבוטח בגין הוצאות ההטסה הרפואית, "הטסה רפואית" משמעותה – הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל-פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה.

4.8.3 הוצאות הטסה גופה

הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר הניתוח, אם נפטר המבוטח חו"ל בעת שהותו בחו"ל, ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 30 ימים מיום שחרורו מבית החולים בחו"ל.

4.8.4 כרטיס טיסה

הוצאות בגין רכישת כרטיס טיסה, בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים, של המבוטח ושל מלווה אחד, מישראל לחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל וחזרתו ארצה לאחר ביצועו. במקרה בו המבוטח הינו קטין תשפה החברה הוצאות רכישת כרטיס טיסה כאמור עבור שני מלווים.

4.8.5 בנוסף לאמור, החברה המבטחת תשפה את המבוטח בסכום חד פעמי בסך 100,000 ₪ בגין ההוצאות בגין נסיעות או הוצאות של המבוטח והמלווים הכרוכות בניתוח בחו"ל. ובמקרה של ילד עד גיל 21 סכום הביטוח החד פעמי יעלה ל-150,000 ₪.

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

4.8.6 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל

הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל, במקרה ולא ניתן יהא להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות, עד לסך של 200,000 ₪. יובהר כי הוצאות אלו כוללות רק את הוצאות הטסת המומחה ושהותו בישראל.

4.8.7 ביטוח נסיעות לחו"ל למלווה

יצא עם המבוטח מלווה לחו"ל, יהיה זכאי המלווה להנחה ברכישת ביטוח נסיעות לחו"ל של החברה, 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 בה באותה העת.

5. חריגים מיוחדים לפרק זה:

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם זה, אשר יחולו במלואם על כל פרקי הביטוח, לא יהיה המבטח אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח במקרים הבאים:

5.1 כימותרפיה רדיותרפיה, דיאליזה לא יחשבו כתחליף ניתוח על פי הוראות פרק זה.

5.2 טיפולי רפואה משלימה מכל סוג שהוא לרבות טיפולים הומאופתיים, אוקופנקטורה

והיפותרמיה

5.3 טיפולים פארא רפואיים כגון פיזיותרפיה הידרותרפיה, רפוי בעיסוק וכדומה.

5.4 הזלפות והזרקות לעור או לתת עור. מובהר כי הזרקות לעיניים, לעמוד השדרה או

לאיברים פנימיים לא יכללו במסגרת חריג זה.

5.5 בדיקות/בדיקות מעבדה/רנטגן/הקרנות/טיפול הפותרמי/בדיקות הריון

/עוברים/בדיקות הדמיה כאשר אינן חלק מתהליך ניתוח או אשפוז לצורך ניתוח

6. החברה אינה אחראית לטיפול ולתוצאותיו

בנוסף ומבלי לגרוע מהאמור בתנאים הכלליים של הפוליסה, למען הסר ספק מובהר ומוסכם בזאת, כי החלטת המבוטח לקבל טיפול מחליף ניתוח ובחירת נותן השירות לטיפול מחליף ניתוח הינה של המבוטח בלבד ולחברה לא תהיה כל אחריות בגינה. החברה לא תהיה אחראית לכל נזק אשר ייגרם למבוטח עקב החלטתו ובחירתו של המבוטח לקבל טיפול מחליף ניתוח ולא לעבור את הניתוח שהומלץ לו. כמו כן, לא תהיה החברה אחראית בשום צורה ואופן לכל נזק ו/או הוצאה שייגרמו למבוטח עקב בחירתו בנותני השירות לטיפול מחליף ניתוח, בין אם הם נותני שירות שבהסכם ובין אם הם נותני שירות שלא בהסכם.

7. תקופת אכשרה למבוטחים חדשים

בפרק זה תחול תקופת אכשרה בת 60 יום ממועד תחילת הביטוח של הכיסוי הביטוחי על פי פרק זה.

במקרה ביטוח הקשור בהריון ו/או לידה ו/או ניתוח קיסרי ו/או הפסקת הריון מסיבה רפואית, תחול תקופת אכשרה בת 6 חודשים. מובהר כי במידה ומקרה הביטוח, ביצוע ניתוח בחול ו/או טיפול מחליף ניתוח בחול, נובע מארוע תאונתי לא תחול תקופת האכשרה לגביו.

לא תחול תקופת אכשרה, על מבוטחים שעברו ברצף במועד תחילת הביטוח, מהביטוח הקודם.

פרק ד' 1 – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - פוליסה אחידה

1. הגדרות:

בפרק זה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצדם:

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 על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.	טיפול ניתוח מחליף
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 המושללים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי	שתל
תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה בעבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכח הפוליסה תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.	תקופת אכשרה

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הינו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

תוכנית זו מעניקה כיסוי להוצאות המוכרות בעת ביצוע ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה בלבד למעט במקרה המפורט בסעיף 4.2.1 להלן.

3. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח :

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

השירותים הרפואיים המוכרים שיקראו להלן ההוצאות המוכרות יהיו אלה:

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

3.2. שכר מנתח.

3.3. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.

3.4. טיפול מחליף ניתוח. למען הסר ספק יובהר כי כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח, אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

3.5. תקופת אכשרה

3.5.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 60 ימים.

3.5.2 על אף האמור בסעיף 3.5.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להיריון או ללידה תהיה 12 חודשים.

4. אופן תשלום תגמולי הביטוח

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

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

בוצעה ההתייעצות ע"י נותן שירות אחר – תישא החברה בעלות ההתייעצות עד לסך של 1,500 ₪ לכל התייעצות

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

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

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

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

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

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

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

4.3 אופן תשלום התביעה בקורות 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 המרבי 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:
5.2.1 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.

5.4 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 הביטוח אירע במהלך שירות צבאי של המבוטח הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי ו/או השתתפות בפעילות משטרתית.

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

5.9 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזה ביטוח) הוראות לעניין מצב רפואי קודם התשס"ד-2004

5.10 ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא והמוסד הרפואי, קרי הזכות לכיסוי ביטוחי הינה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

6. תקופת אכשרה למבוטחים חדשים

6.1 תקופת אכשרה לכיסוי ניתוחים, טפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים למעט במקרה של ארוע תאונתי.

6.2 על אף האמור בסעיף 6.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים טפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להיריון או ללידה תהיה 12 חודשים.

מובהר כי במידה ומקרה הביטוח, ביצוע ניתוח בחול ו/או טיפול מחליף ניתוח בחול, נובע מארוע תאונתי לא תחול תקופת האכשרה לגביו.

לא תחול תקופת אכשרה, על מבוטחים שעברו ברצף במועד תחילת הביטוח, מהביטוח הקודם.

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

1. הגדרות:

בפרק זה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצידם:

בית חולים פרטי	אחד מאלה (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים) תיקוני חקיקה 3 ; להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014 (התשע"ג-2013). (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות אישרו לו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
התייעצות	התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה לאחריו;
טיפול מחליף ניתוח	טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לבצוע ניתוח, אשר עלפי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
מרפאה פרטית	כירורגית מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
ניתוח	פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
קופת חולים	כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994
רופא מומחה	רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג 1973 ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
שתל	כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;
תקופת אכשרה בשב"ן	תקופת אכשרה או תקופת המתנה בהתאם לתנאים כקבוע בתכנית השב"ן.
תכנית השב"ן	תכנית השב"ן של המבוטח עליה הצהיר המבוטח בהצעת הביטוח או לאחר מכן, בהודעה בכתב לחברה.

2. מקרה הביטוח:

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

3. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח :

- 3.1. בקרות מקרה הביטוח, תשפה החברה את המבוטח 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.
- 3.2. השירותים הרפואיים המוכרים שיקראו להלן ההוצאות המוכרות יהיו אלה:
- 3.3. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח לגביו נערכה ההתייעצות.
- 3.4. שכר מנתח.
- 3.5. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.
- 3.6. טיפול מחליף ניתוח, למען הסר ספק יובהר כי כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח, אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4. סכום הביטוח המירבי

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4. סכום הביטוח המרבי 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.

5. חריגים לאחריות המבטח:

יובהר כי חריגים אלו חלים על ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המכוסים על פי נספח זה בלבד ולא יחולו על יתר הכיסויים ו/או הפרקים שבפוליסה זו: 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 הבטוח 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 שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:
 - 5.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.
 - 5.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או למבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 5.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 5.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 5.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה"; "כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.
- 5.7. מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית.
- 5.8. מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונאלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 5.9. מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) הוראות לענין מצב רפואי קודם התשס"ד 2004

6. ברות ביטוח לפוליסה מהשקל הראשון:

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.

7. תקופת אכשרה למבוטחים חדשים

- 7.1 תקופת אכשרה לכיסוי ניתוחים, טפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים.
 - 7.2 על אף האמור בסעיף 7.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים טפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להיריון או ללידה תהיה 12 חודשים.
- מובהר כי במידה ומקרה הביטוח, ביצוע ניתוח בחול ו/או טיפול מחליף ניתוח בחול, נובע מארוע תאונתי לא תחול תקופת האכשרה לגביו.
- לא תחול תקופת אכשרה, על מבוטחים שעברו ברצף במועד תחילת הביטוח, מהביטוח הקודם.

פרק ה' - ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים

1. מקרה הביטוח

קבלת שירותים אמבולטוריים המפורטים להלן אשר המבוטח/המבוטחת נזקק/ת להם במהלך תקופת הביטוח.

2. התחייבות המבטח

המבטח ישפה את המבוטח עד לתקרת הסכום הקבוע להלן בכל כיסוי, אם היה המבוטח זקוק לאחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו לו שלא בעת אשפוז בבית חולים, אלא כשירות אמבולטורי במהלך תקופת הביטוח.

2.1 התייעצויות עם רופא מומחה

המבטח ישפה את המבוטח בגין התייעצות רפואית עם רופא מומחה לאבחון או טיפול בתחום התמחותו. בשיעור של 80% מההוצאה שהוציא המבוטח בפועל בגין ההתייעצות, אך לא יותר מסך של 1,000 ₪ לכל התייעצות לרבות התייעצות עם גנטיקאי, פרמקולוג וכן רופא נשים או ילדים שאינו הרופא המטפל ועד 3 התייעצויות בשנה לכל מבוטח

למען הסר ספק, התייעצות עם רופא משפחה ו/או רופא ילדים ו/או רופא נשים המטפל במבוטח/ת באופן קבוע ו/או מעקב הריון לא תכוסה במסגרת זו.

2.2 בדיקות רפואיות אבחנתיות

המבטח ישפה את המבוטח בגין בדיקות רפואיות אבחנתיות ללא קשר לניתוח שמטרתן אבחון ו/או מניעת מחלה ו/או לקביעת דרכי הטיפול בה, בשיעור של 75% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין הבדיקות, אך לא יותר מ- 15,000 ₪ לכל שנת ביטוח.

2.3 שירות תור מהיר

נזקק המבוטח עפ"י סעיפים 2.1 – 2.2 ליעוץ עם רופא מומחה או בדיקה אבחנתית מסוג אולטראסאונד, C.T או MRI הוא יהיה זכאי לביצוע הייעוץ כאמור או בדיקה במסלול תור מהיר אצל נותני שירות שבהסכם עם המבטח, באמצעות פניה למוקד השירות של המבטח, עפ"י ההוראות המפורטות להלן:

2.3.1 יעוץ עם רופא מומחה:

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

2.3.2 בדיקה אבחנתית בכפוף להשתתפות עצמית בשיעור 20%:

2.3.2.1. בחר המבוטח לפנות למרפאת הסדר לביצוע בדיקה (בכפוף להפניה לבדיקה מרופא), יפנה המבוטח למוקד השירות 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').

2.3.2.2. הבדיקה תבוצע תוך שני ימי עסקים ממועד פנית המבוטח למוקד השירות, למעט במקרים בהם קיימת מניעה או הכנה שלא מאפשרת את ביצוע הבדיקה תוך תקופה זו.

2.3.2.3. במקרים אלו, בהם יש צורך בהכנה ו/או דרישות נוספות טרם ביצוע הבדיקה, יקבע התור לביצוע הבדיקה כך שהבדיקה תבוצע תוך שני ימי עסקים מהמועד בו יודיע המבוטח למוקד השירות על השלמת ההכנות או הדרישות המקדימות כאמור.

2.3.3. תוצאות הבדיקה והפענוח ימסרו ללקוח בתוך שני ימי עסקים ממועד ביצוע הבדיקה.

2.3.4. למען הסר ספק יובהר כי הכיסוי ינתן לפי ותחת מסגרת התקרות והמכסות הנקובות בסעיפים 2.1-2.2 לעיל לרבות סעיף השתתפות עצמית, ואין בסעיף זה בכדי להוסיף עליהן או לגרוע מזכות המבוטח לקבל החזר כספי עפ"י סעיפים אלו עבור ההוצאה שהוציא בפועל

השירות הינו בתוקף כל עוד לחברה הסדר תקף עם ספק השירות המאפשר תור מהיר.

2.4 **טיפול פיזיותרפיה טיפולים פיזיותרפיים, הידרותרפיים, ספורט תרפיה**
ולכל טיפול שיקומי כהגדרתו: טיפול רפואי המבוצע במבוטח אשר נדרש על פי הפניה בכתב של רופא מומחה לצורך שיפור תפקוד יום יומי תקין שהטיפול בוצע על ידי רופא שיקומי ו/או פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק המוסמכים לבצע את הטיפול השיקומי במבוטח וזאת עד 4,500 ₪, לכל שנת ביטוח בכפוף להשתתפות עצמית של 25%.

מובהר כי לא יכוסו בסעיף זה התיעוציות ו/או טפול פסיכולוגי ו/או טפול רגשי ו/או טפול בהפרעות קשב ו/או לקויי למידה של המבוטח.

2.5 **בדיקות ושירותים לנשים בהריון**
כל סוגי הבדיקות הנדרשות, עד לסך 6,000 ₪ לכל הבדיקות במהלך ההריון, לכל ההריון, במקרה של הריון עם תאומים עד 10,000 ₪, בהשתתפות עצמית של 20%. כולל גם בדיקת אקו לב עובר. **לסעיף זה תקופת אכשרה למבוטחים חדשים בלבד של 6 חודשים.**

2.6 **ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי**
פעם אחת בכל ההריון, עד לסך 2,500 ₪ השתתפות עצמית של 20%.

2.7 **הבראה לאחר לידה**
המבטח ישפה את המבוטחת בגין ההוצאות אשר הוציאה המבוטחת בפועל בגין שהותה בבית החלמה מוכר עד לסך של 350 ₪ לכל יום הבראה ועד למקסימום של שלושה ימים.

2.8

הוצאות הפריית מבחנה

2.8.1 החברה המבטחת תשלם למבוטח/ת בגין ההוצאות בהן נשא/ה בפועל בגין טיפולי הפריה חוץ גופית, טיפולי הפריה, הזרעה וכן כל טיפול ושירות רפואי במבוטח שתכליתו כניסת המבוטחת ו/או בת זוגו של המבוטח להריון או הריונות ו/או הגדלת הסיכוי כי המבוטחת או בת זוגו של המבוטח תיכנס להריון או הריונות ו/או הגדלת הסיכוי כי המבוטחת תחזיק בהריון או ההריונות ו/או שמירה על ההריון, ועד לסך של 500 ₪ לכל טיפול בעבור 2 הילדים הראשונים ו - 750 ₪ בעבור הילד השלישי ואילך ולא יותר מסך של 130,000 ₪ למשך כל תקופת הביטוח.

2.8.2 בנוסף עבור טיפולי הפריה אשר בוצעו בחו"ל – השתתפות החברה המבטחת תהיה בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 24,000 ₪. המבוטחת או המבוטח עבור בת זוגו, יהיו זכאים לטיפול אחד בחו"ל (לכל אחד, במידת הצורך).

להסרת ספק הכיסוי יינתן גם לאם חד הורית שאינה נשואה.

2.9

תרומת ביצית בחו"ל

המבטח ישלם למבוטחת תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מהסכום ששולם בפועל, אך לא יותר מ- 8,000 ₪ לתרומת ביצית ועד לשתי תרומות ביצית בכל תקופת הביטוח, בגין השגת תרומת ביצית בחו"ל.

2.10

מימון לשירותי פונדקאות

החברה המבטחת תשלם למבוטח 75% מהסכום ששולם בפועל תמורת שירותי פונדקאות עד 80,000 ₪ לכל סדרת טיפולים למשך תקופת הביטוח. יובהר כי יכוסו בדיקות הריון אשר בוצעו לאם הפונדקאית על פי התנאים הנקובים בסעיף 2.5 לעיל.

2.11

שמירת ביציות לטווח ארוך

בכל השיטות הקיימות וגם בשיטות שיפותחו תוך כדי תקופת הביטוח עד לסך 40,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.

2.12

בדיקות לאפיון והתאמת הטיפול למחלת הסרטן ו/או למחלות אחרות לרבות, אך לא רק, בדיקות פרמקוגנטיקה ובדיקות לאיתור גידולים
כיסוי לכל הבדיקות המבוצעות במעבדה, תשלום ישירות למעבדה או למבוטח עד 40,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

2.13

בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון

המבטח ישפה את המבוטח בגין 80% מההוצאה שהוצאה בפועל ועד 15,000 ₪ בגין בצוע אבחון גנטי פעם אחת לכל תקופת הביטוח לגילוי נשאות גנים סרטיניים ו/או גנים של מחלות אחרות.

2.14

טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה

המבטח ישפה את המבוטח בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה ולא יותר מ- 5,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.

- 2.15 הקפאת זרע או ביצית**
מבוטח אשר יחלה במחלת הסרטן, יהיה זכאי על פי פרק זה, לפני ביצוע הטיפולים הכימותרפיים, לבצע הקפאה לשמירת זרע/ביציות לתקופה מרבית של עד 10 שנים. סכום ביטוח מרבי למקרה ביטוח – 14,000 ₪.
- 2.16 טיפול על ידי מקרופאגים**
טיפול על ידי מקרופאגים בפצעים פתוחים, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה אחרת עד לסך של 10,000 ₪ למקרה.
- 2.17 פעילות גופנית מבוקרת לבעלי גורמי סיכון**
שיפוי בגין הוצאות הפעילות הגופנית במכון מתאים ומורשה, בסכום של עד 75% מההוצאה בפועל, אך לא יותר מ 250 ₪ לחודש לתקופה של 8 חודשים. מותנה בהפניית רופא.
- 2.18 טיפול בבעיות התפתחות ילדים (מגיל 3 ועד גיל 17 שנים)**
החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות בילד אשר התגלו ואובחנו על ידי רופא מומחה להתפתחות הילד מטעם המבוטח, אצל ילד מבוטח המחייבות טיפול ע"י אחד מאלה:
 - פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג ו/או הוראה מתקנת ו/או פסיכותרפיסט ו/או טיפולים בתנועה ו/או באומנות ו/או במוסיקה ו/או רכיבה טיפולית
 - המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות כאמור לעיל בשיעור של 80% מעלות הטיפול אך לא יותר מ- 150 ₪ לטיפול ולא יותר מ-55 טיפולים סה"כ בשנת ביטוח. עד 8,250 ₪ לשנת ביטוח.
- 2.19 טיפולים בהרטבת לילה**
מבוטח יהיה זכאי לכיסוי טיפול בהרטבת לילה.
לטיפולים והאבחונים המכוסים בסעיף זה תהיה תקרת החזר בגובה 800 ₪ לשנת ביטוח אצל ילדים מעל גיל 5, בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 50%.
- 2.20 החלמה ו/או פעילות רפואית משקמת, לאחר התקף לב ו/או ניתוח להסרת גידול ממאיר ו/או שפיר ו/או ניתוח אורתופדי המחייב שיקום ו/או השתלה**
כל סוגי הטיפולים שיידרשו ע"י הרופא המטפל ו/או שהייה בבית החלמה עד לסך 6,000 ₪ לאירוע ובהשתתפות עצמית של 20%.
- 2.21 אחות פרטי לאחר 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים**
החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין ההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל להעסקת אחות פרטית לצורך שמירה על המבוטח במסגרת אשפוז בבית חולים **ללא קשר לניתוח** (להלן השמירה הפרטית) עד 500 ₪ לכל יום, לתקופה שלא תעלה על שמונה עשר (18) ימים למקרה ביטוח עד 9,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

2.22 במקרה של שכר אחות פרטית בעת שהותו של המבוטח בבית-חולים לאחר ניתוח לתקופה העולה על 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, החברה המבטחת תשלם למבוטח עד 600 ₪ לכל יום, לתקופה שלא תעלה על חמישה עשר (15) ימים למקרה ביטוח עד 9,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

2.23 טיפול בתא לחץ
המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בתא לחץ ובכפוף להפניה כתובה של רופא מטעם המבוטח ועד לתקרה של 10,500 ₪ בהשתתפות עצמית של 20%.

2.24 טיפול פסיכולוגי
החברה תשפה את המבוטח, בגין טיפול פסיכולוגי ע"י פסיכולוג הרשום בפנקס הפסיכולוגים בישראל וכן בעת טיפול אצל עובד סוציאלי קליני, בסכום השווה ל 50% מההוצאה בפועל, אך לא יותר מ 150 ₪ לטיפול ולא יותר מ 15 טיפולים בשנה.

2.25 הפסקות הריון באמצעות גלולת מייגיפין
לאחר אישור ועדה רפואית (עד שבוע שביעי) וזאת עד לגובה 4,000 ₪ (כולל עלות הוועדה) ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

2.26 השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים

מס'	שם מכשיר/אביזר	שיעור השתתפות החברה	סכום מרבי לכל מקרי הביטוח לתקופה של 3 שנים	הערות
1	אטמים לאזנים בהתאמה אישית	83%	750 ₪	אחר השתלת כפתורים בעור התוף
2	גרביים אלסטיות	83%	750 ₪	כנגד מרשם רופא
3	חגורה אורתופדית	83%	5,000 ₪	כנגד מרשם רופא
4	חגורה מתקנת) עד גיל 18) כגון מילוקי, בוסטון, או מתקנת אחרת	83%	5,000 ₪	כנגד מרשם רופא
5	מכשיר אלקטרוני ליישור הגב (עד גיל 18)	83%	5,000 ₪	כנגד מרשם רופא
6	חגורת בקע	83%	2,000 ₪	באישור רופא מטעם המבוטח.
7	מדרסים	83%	2,000 ₪	
8	מכשיר אינהלציה אישי	83%	1,000 ₪	כנגד מרשם רופא
9	עזרי הליכה: מקל הליכה, טריפוד, קוודריפוד, קביים מכל הסוגים	83%	900 ₪	השתתפות רק לאוכלוסייה שאינה זכאית להשתתפות 100% של משרד הבריאות.
10	מגביר קול לנפגעי לרינגס	83%	5,500 ₪	בהוראת רופא
11	מכשיר שיקומי ו/או טיפולי לגפיים ולאצבעות	83%	3,500 ₪	בהוראת רופא

מס'	שם מכשיר/אביזר	שיעור השתתפות החברה	סכום מרבי לכל מקרי הביטוח לתקופה של 3 שנים	הערות
12	מכשיר לבדיקת לחץ דם	83%	1,200 ₪	כפוף לאישור רופא מטעם המבוטח
13	מכשיר למדידת סוכר	83%	1,200 ₪	לחולי סכרת באישור רופא מטעם המבוטח.
14	מכשיר שמיעה לבוגר	83%	5,000 ₪ לכל אוזן	כפוף לאישור רופא מטעם המבוטח, במקרה ליקוי ב-2 אוזניים יקבל המבוטח מכשיר לכל אוזן.
15	עדשות מגע ניידות למבוטח בתנאי שמדובר במחלה כרונית	83%	3,000 ₪	כפוף לאישור רופא מטעם המבוטח במחלות הבאות: 1. קרטוקונוס. 2. השתלת קרנית. 3. ריפוי קרנית. 4. קוצר ראייה מעל מספר 7. 5. הדבקת רשתית
16	משקפיים	83%	3,000 ₪	כפוף לאישור רופא מטעם המבוטח במחלות הבאות 1 רוחק ראייה גבוה אצל ילדים עד גיל 10 (מעל מספר 3) 2 אסטיגמטיזם גבוה מעל מספר 6.
17	משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים לבוגר	83%	4,500 ₪	כפוף לאישור רופא מטעם המבוטח, על פי הגדרה רפואית מקובלת לבוגר שמלאו לו 18 שנה
18	נעליים אורתופדיות	83%	1,500 ₪	חולים במחלה ראומטית עם עיוות ניכר של כף רגל או לחולי סכרת הסובלים מנמק או חוסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף רגל או שיתוק שרירים
19	פאה לחולה אונקולוגי	83%	1,750 ₪	
20	פרוטזה חיצונית לשד	83%	900 ₪	
21	רצועות או אביזר לאבדוקציה לתינוקות	83%	600 ₪	
22	תומכים ומגינים לצוואר ולכתף	83%	1,500 ₪	
23	חבישת לחץ	83%	6,000 ₪	לפי הצורך גם יותר מפעם אחת בשנה.

מס'	שם מכשיר/אביזר	שיעור השתתפות החברה	סכום מרבי לכל מקרי הביטוח לתקופה של 3 שנים	הערות
24	מכשיר הנשמה מסוג c-pap או b-pap לסובלים מדום נשימה כלל מסכה	83%	5,000 ₪	לטיפול לחולים כרוניים בביתם
25	מחולל חמצן	83%	5,000 ₪	לטיפול לחולים כרוניים בביתם

מבוטח אשר יפנה לקופת החולים בה הוא חבר ו/או לשב"ן ויקבל מהם השתתפות בתשלום עבור האביזר, ישלים המבוטח את היתרה, ללא חיוב בהשתתפות עצמית כל זאת עד גובה גבול האחריות בפוליסה ולא יותר. למרות האמור לעיל, המבוטח יכסה אביזרים רפואיים שאינם מנויים ברשימה הנ"ל בגובה 1,500 ₪ לאביזר ולא יותר מ 4,500 ₪ לשנה.

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

החברה המבטחת תשתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) ו/או בעקבות ניתוח ו/או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה, וזאת עד 180 ₪ לטיפול ועד 18 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

2.28 טיפולים בכאב

המבוטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפולים בכאב כגון הזרקות ממוקדות ואחרות כולל תחת שיקוף או CT או MRI, שימוש בקנביס רפואי אשר אושר לשימוש למבוטח על ידי משרד הבריאות וכל זאת על פי הוראת רופא מומחה מטעם המבוטח וזאת עד לסכום של 2,000 ₪ בשנת ביטוח. למען הסר ספק, הטיפולים אינם כוללים טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.

2.29 קפסולה למעיין

קפסולת וידאו לבדיקת המעיין הדקים Capsule Wireless Endoscopy עד לסך 3,500 ₪ השתתפות עצמית של 20%.

2.30 טיפולי מרפא לחולי פסוריאזיס (ספחת)

הוצאות טיפולים, ו/או הוצאות בגין שהייה ושימוש במרחצאות עד לסה"כ 80% ממחיר יום שהייה ו/או טיפול אך לא יותר מאשר 300 ₪ ליום, אך לא יותר מ 30 יום, לשנת ביטוח.

2.31 שירותי הסעה באמבולנס

החברה המבטחת תחזיר למבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבי"ח ו/או ממנו ו/או העברתו בין בתי החולים לצורך קבלת טיפול או שירות רפואי, עד לסך של 450 ₪.

2.32 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 130,000 ₪ ובלבד שהמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח, ובמקרה של מבוטח קיים, בטרם תחילת הביטוח הקודם.

2.33 מענק חד פעמי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B
מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירוי דם ומוצרים אשר ניתנו לו במהלך ניתוח, חלה בצהבת מסוג B יהי זכאי לפיצוי חד פעמי על סך 35,000 ₪ ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן שאינו עולה על 24 חודש ממועד הניתוח והמבוטח לא היה נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח, ובמקרה של מבוטח קיים, בטרם תחילת הביטוח הקודם.

2.34 משדר קרדילוגי
מבוטח שיעבור אירוע לבבי ורופא קרדילוג מטעמו קבע צורך רפואי המגובה בממצאים רפואיים יהיה זכאי למנוי בנטל"י או בשח"ל + קרדיו ביפר למשך 24 חודשים עד 3,000 ₪ לאירוע בהשתתפות עצמית של 20%.

2.35 טיפולים אונקולוגיים או רדיו כירורגיה: למיגור גידולים וגרורות פעולה לא פולשנית שעושה שימוש בקרני רנטגן לטיפול בנגעים ובשאריות של גידולים וגרורות, באמצעות הרס ממוקד של תאי ה-DNA המזינים את הגידול. רדיו כירורגיה סטריאוטקטית הינה טיפול קרינתי חדשני לכיווץ גידולים וגרורות בחולי סרטן, תופעה שרווחת אצל חולי סרטן מבוגרים, והנחשבת לאחד הסיבוכים הניירולוגיים הנפוצים בקרב חולים אלו.
החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות אשר הוציא המבוטח בפועל בגין כל ניסיון טיפולי עד לסך של 30,000 ₪ לטיפול ולא יותר מסך של 100,000 ₪ למחלה.

2.36 הוצאות בגין טיפולים משקמים
טיפול פזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום – לאחר ביצוע ניתוח, יינתן כיסוי על פי הוראת רופא מטעם המבוטח לטיפולים פזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום עד 20 טיפולים לשנת ביטוח ועד לסך של 300 ₪ לטיפול.

2.37 רפואה אלטרנטיבית
טיפול במצבים בריאותיים, ע"י שימוש באחד מהאמצעים הבאים: אקופונקטורה, אוסטיאופתיה, הומאופתיה, ביו-פידבק, כירופרקטיקה, שיאצו, רפלקסולוגיה, פלדנקרייז, טווינה, שיטת פאולה, פרחי באך טיפול על פי שיטת אלכסנדר, תזונה, נטורופתיה, וטיפול בצמחי מרפא ובשיטת שניידר ו/או כל שיטה אחרת שתידרש בעת הצורך.

הטיפול ייערך, בבית חולים ציבורי, במרפאה מוכרת או ע"י מומחה בעל תעודת הסמכה למתן הטיפול שיידרש מותנה בהפניית רופא. החברה תשפה את המבוטח בתגמולי ביטוח בגובה 75% מההוצאות הממשיות אשר הוציא בפועל המבוטח בגין הטיפול האלטרנטיבי אך לא יותר מאשר 180 ₪ לכל טיפול, עד 18 טיפולים בשנה מכל התחומים.

2.38 שיפוי שב"ן

קיבל המבוטח את הטיפול הרפואי במסגרת השב"ן, ונדרש לשלם השתתפות עצמית ישיב המבוטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ועד לסכומים המרביים המפורטים

3. חריגים

בנוסף לחריגים הכלולים בתנאים הכלליים של הפוליסה, החברה לא תהיה אחראית ולא תהיה חייבת לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על-פי פרק זה, גם במקרים הבאים:

3.1 בגין בדיקות תקופתיות בדיקות שגרה ו/או מעקב ו/או בדיקות סקר.

3.2 טיפולים אשר אינם מוגדרים כמקרה ביטוח בסעיף 3 על כל סעיפי המשנה שבו.

3.3 שירותים המוגדרים כמקרה ביטוח אשר טרם ניתנו למבוטח בפועל ו/או טיפולים אשר נותן השירות התחייב לתת כטיפולים עתידיים.

4. תקופת אכשרה למבוטחים חדשים

בפרק זה תחול תקופת אכשרה בת 60 יום ממועד תחילת הביטוח של הכיסוי הביטוחי על פי פרק זה.

לכיסוי הריון ו/או הפריה תהא תקופה אכשרה של 365 יום.

לא תחול תקופת אכשרה על מבוטחים שעברו ברצף במועד תחילת הביטוח, מהביטוח הקודם.

חוות דעת נוספת בארץ ובחו"ל

1. מקרה הביטוח -

מבוטח הזקוק לחוות דעת רפואית נוספת בכל תחום רפואי.

2. הכיסוי -

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

3. סכום הביטוח -

בחו"ל

שיפוי מלא בגין הפניה לנותן שירות שבהסכם. השיפוי בגין חוות דעת שנייה בחו"ל המתבצעת באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם, יהא עד סך 10,000 ₪ במידה וקבלת חוות הדעת מחייבת נסיעת החולה לחו"ל, יכוסו הוצאות הטיסה והשהייה עד סך 10,000 ₪ לאדם.

בארץ

שיפוי מלא כשמדובר בנותן שירות בהסכם או במקרה של רופא שאינו בהסכם עד לגובה 1,600 ₪.

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

5. תקופת אכשרה למבוטחים חדשים

בפרק זה תחול תקופת אכשרה בת 60 יום ממועד תחילת הביטוח של הכיסוי הביטוחי על פי פרק זה.

לכיסוי הריון ו/או הפריה תהא תקופה אכשרה של 365 יום.

לא תחול תקופת אכשרה על מבוטחים שעברו ברצף במועד תחילת הביטוח, מהביטוח הקודם.

שירות אבחון מהיר

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

1. הגדרות:

אתר אינטרנט של החברה שכתובתו: WWW.MIGDAL.CO.IL	"אתר אינטרנט של החברה"
הסכומים שעל המבוטח לשלם לחברה מידי חודש, בגין כתב שירות זה, כנקוב בדף פרטי הביטוח.	"דמי מנוי"
דף המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל בין היתר, את פרטי המבוטח, דמי המבוטח, המועד הקובע ופרטים נוספים הנוגעים לכתב שירות זה.	"דף פרטי הביטוח"
מגדל חברה לביטוח בע"מ.	"החברה" ו/או "המבטחת"
מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה, לגבי המבוטח, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.	"המועד הקובע"
הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר.	"המפקח"
תכנית ביטוח תקפה של החברה הכוללת את השירות בכתב שירות זה.	"הפוליסה"
השירותים הכלולים במפורש ברשימה שבסעיף ד' להלן, שינתנו למנוי על פי הוראות כתב שירות זה.	"השירותים" או "השירותים"
סכומים בהם מחויב המבוטח לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב שירות זה. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המבוטח לנותן השירות או לספק, כפי שיוורה לו מוקד השירות, אך בשום אופן לא באמצעות החברה.	"השתתפות עצמית"
מדד המחירים הידוע בשם מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות), שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר ולרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו.	"מדד"
קו טלפון שיפעיל המבטח עבור המבוטחים, באמצעותו יווסתו פניות המבוטחים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על-פי כתב שירות זה. מספר הטלפון של מוקד השירות הוא: 9899 *	"מוקד השירות" או "המוקד"
אדם אשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה והינו זכאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב שירות זה.	"מנוי"
מרפאה עמה התקשר המבטח בהסכם בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה ובלבד שהינה צד להסכם עם המבטח במועד פניית המבוטח למנוי לצורך קבלת השירות.	"מרפאת הסדר"

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

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

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

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

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

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

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

2.3.1 החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות.

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

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

3. התחייבות המבטח:

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

3.1 אבחון מהיר אצל ספקים שבהסכם

3.1.1 הגדרות:

בנוסף להגדרות המופיעות בסעיף 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 ממין בקשר למתן השירותים במועד קבלת השירות בפועל .	"רופא ממין"
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 המבטח יהא זכאי לתהליך אבחון כמפורט להלן:

3.1.2.1 תהליך אבחון בסיסי:

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

3.1.2.1.2 תהליך האבחון הבסיסי יתקיים **תוך 3 ימי עבודה** ממועד פנייתו של 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, PET, CT, ביופסיות בשד ייקבעו ויתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות **תוך 3 ימי עבודה**.

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

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

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

3.1.2.4 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 הממין מטעם ספק השירות, לשם אבחון הבעיה הרפואית בגינה פנה לקבלת השירות. יובהר, שאם במהלך תהליך האבחון תימצא בעיה רפואית ו/או מחלה ו/או הפרעה נוספת על זו שבגינה פנה המבוטח לקבלת השירות, יבצע נותן השירות תהליך אבחון לבעיה ו/או

המחלה ו/או ההפרעה הנוספת וכל תהליכי האבחון אשר יבוצעו במסגרת אותה פניה יחשבו כתהליך אבחון אחד לכל דבר ועניין.

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

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

3.1.2.8 חריגים מיוחדים לשירות אבחון מהיר

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

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

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

3.1.2.8.4 השירות לא יכלול בדיקות לאבחון הפרעות קשב וריכוז.

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

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

3.1.2.9 תקופת אכשרה:

המבוטח יהיה זכאי לשירות זה לאחר תקופת אכשרה בת 60 יום מהמועד הקובע. מובהר כי במידה ומקרה הבטוח נובע מארוע תאונתי לא תחול תקופת האכשרה לגביו.

4. אופן קבלת השירותים:

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

4.2 מוקד השירות יהא פעיל בימים א' – ה' בשעות 8:00-22:00. המבוטח רשאי לשנות את מספר הטלפון של מוקד השירות, בתיאום ובאישור החברה, ובלבד שימסור על כך הודעה מראש בכתב למנויים.

4.3 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.

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

4.5 על המבוטח להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו.

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

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

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

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

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

4.10.1 הפנית המבוטח לנותן השירות.

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

4.11 האחריות לתאום וביצוע השירותים תהא על המבוטח בלבד.

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

5. חריגים:

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

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

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

5.3 מצב רפואי בתחום רפואת שיניים פה ולסת

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

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

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

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

7. הגבלת אחריות המבטח ו/או ספק החברה:

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

7.1.1 כל נזק (ישיר או עקיף), הפסד, הוצאה או תוצאה אחרת, אובדן לגוף או לרכוש שיגרם למנוי ו/או לכל אחד אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שירות זה ו/או תוך כדי או עקב מתן השירות, אם בשל מעשה ו/או מחדל, לרבות רשלנות מקצועית או אחרת של נותני השירות ו/או בגין אי מתן השירות במועד שנקבע לכך מכל סיבה שהיא. הוצאות שהוציא מנוי עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכתב שירות זה.

7.1.2 מובהר כי החברה אינה המעסיקה של המבטח והחברה והמבטח אינם המעסיקים של נותני השירות.

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

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

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

8. תוקפו של שירות זה

8.1.1 כתב שירות זה ייכנס לתוקפו החל מהמועד הקובע .

8.1.2 ביטול על ידי החברה:

תוקפו של כתב שירות זה , ביחס לכל אחד מהמבוטחים, יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו:

8.1.2.1 במועד ביטול הפוליסה מכל סיבה שהיא.

8.1.2.2 בתום תקופת כתב שירות זה על פי המפורט בדף פרטי הביטוח.

8.1.2.3 עם הפסקת תשלום מלוא או חלק דמי המבוטח לחברה לאחר משלוח התראות עפ"י חוק חוזה הביטוח.

8.1.3 בנוסף לאמור בסעיף 8.1.2 ומבלי לגרוע מזכויות החברה על פי כל דין או על פי כל הוראה אחרת בכתב שירות זה, רשאית החברה לבטל את כתב שירות זה לכלל המבוטחים, בכל עת, לפני תום תקופת השירות, לרבות ולא רק במקרה של סיום ו/או הפסקת ההסכם שבין החברה לספק, לאחר שהודיעה על כך למנויים בכתב לפחות 60 ימים מראש ("ממועד ההודעה על הפסקת השירות").

8.1.4 ביטלה החברה את כתב שירות זה בהתאם לסעיף 8.1.3 לעיל יהיה זכאי מנוי אשר נמצא במהלך סדרת טיפולים או מנוי שפנה למוקד השירות טרם מועד ההודעה על הפסקת השירות אך טרם קיבל את השירות בפועל, לקבל או להשלים את קבלת השירות תוך 90 ממועד ההודעה על הפסקת השירות.

8.1.5 להסרת כל ספק יובהר, כי במועד פקיעתו, ביטולו או סיום תקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, למעט במקרה של ביטול כתב שירות זה לכלל המבוטחים על פי סעיף 8.1.3 לעיל, שאז יחולו גם הוראות סעיף 8.1.4, תסתיים זכאות של המבוטח לקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה.

9. תנאי הצמדה

9.1.1 כל הסכומים הנקובים בכתב שירות זה יהיו צמודים למדד. חישוב ההצמדה יעשה בהתאם ליחס שבין המדד החדש ובין המדד הבסיסי.

9.1.2 המדד הבסיסי - לעניין תגמולי הביטוח ו/או ההשתתפות העצמית יהיה המדד שפורסם ביום 15.09.2017 לעניין דמי הביטוח יהיה המדד המופיע בדף פרטי הביטוח.

9.1.3 המדד החדש יהיה המדד הידוע במועד בו מבוצע התשלום.



10. שונות

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

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

10.1.3 על המבוטח להודיע לחברה על כל שינוי כתובת בכתב. הודעה שתישלח על-ידי החברה לכתובת האחרונה הידועה לה, תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.

10.1.4 כל הודעה ו/או הצהרה לחברה תימסר בכתב.

11. מקום השיפוט וברירת דין

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

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

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

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

בהיוודע לך על צורך בשירות רפואי כלשהו המכוסה על פי הפוליסה עליך לפנות

לסוכנות הביטוח מרוז

בטל. 03-5621110 מייל: dbank@meroz.co.il, אתר האינטרנט: www.meroz.co.il
או באמצעות דואר פנימי של הבנק באמצעות הוועד הארצי עבור מרוז סוכנות לביטוח.
כתובת: מרוז סוכנות לביטוח קרליבך 1 תל אביב 67132

מוקד תביעות של מגדל

בטלפון: 03-9201010 שלוחה 3. discountbri@migdal.co.il, פקס: 076-8869473
המוקד פעיל בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00
תביעות בגין ניתוחים דחופים (עד 7 ימים ממועד הניתוח) יש לשלוח למספר פקס: 03-5637749
או לכתובת מייל Healthclaim@migdal.co.il

בנוסף, לעזרתך, באתר האינטרנט של מגדל ניתן למצוא רשימה של כל הרופאים שבהסכם עם מגדל, הכוללת את מיטב המנתחים בישראל.
https://www.migdal.co.il/He/insurance/HealthInsur/Pages/Doctor_Intel.aspx

לפניות בכתב:

"מגדל חברה לביטוח" אגף הבריאות, ת.ד. 3063 קריית אריה פתח תקווה 4951106

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