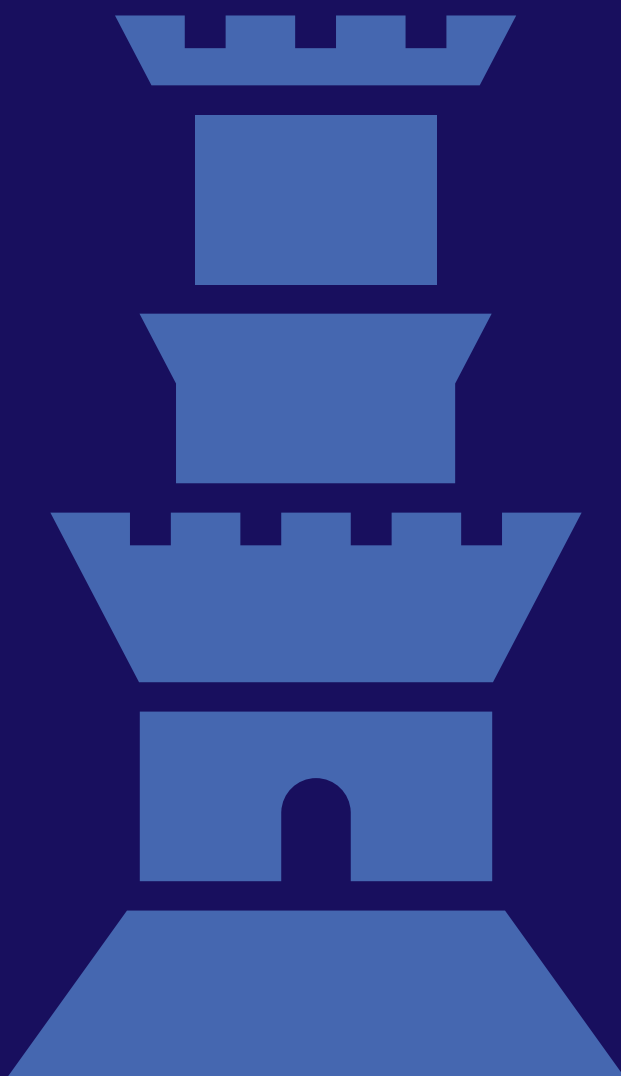


פוליסת בריאות קבוצתית לעובדי וגמלאי בנק הפועלים ובני משפחותיהם



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 מחלקת שירות לקוחות החברה: 03-9201010
מוקד פועלים: 1-700-506-662, שלוחה 1			

ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי בנק הפועלים ובני משפחותיהם - גילוי נאות

לוח 1 - תמצית פרטי הפוליסה

שם הביטוח	תמצית פרטי הפוליסה
סוג ביטוח	השתלולים וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל, תרופות מחוץ לסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן, ליווי רפואי וטיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי, אשפוז בית, ייעוץ ובדיקות אבחנתיות, טכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים, טיפולי שיקום, טיפולים ואבחונים בהתפתחות הילד, טיפולי פוריות, ייעוץ פסיכולוגי, רפואה משלימה, כתב שירות אבחון מהיר, כתב שירות רופא עד הבית
תקופת הביטוח	5 שנים מתאריך 01.03.2026 ועד 28.02.2031
תיאור הביטוח	<u>רובד מלא:</u> פרק ד' - השתלולים וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל פרק ה' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות פרק ו' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל פרק ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן (אחידה) פרק ח' - אמבולטורי: טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון ניתוח, אשפוז ושיפוי להוצאות רפואיות מיוחדות בעת גילוי מחלת סרטן פרק ט' - אמבולטורי: ייעוץ רפואי ובדיקות אבחנתיות פרק י' - כתב שירות אבחון מהיר (BWELL) פרק י"א - אמבולטורי: טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים פרק י"ב - טיפולי שיקום, טיפולים בהתפתחות הילד, טיפולי פוריות, ייעוץ פסיכולוגי ורפואה משלימה פרק י"ג - כתב שירות רופא עד הבית (ביקור רופא 6101*)
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים)	פרק ב' - חריגים כלליים אשר יחולו על כל פרקי הפוליסה ורבדי הביטוח השונים פרק ד' - סעיף 6 פרק ה' - סעיף 5 פרק ו' - סעיף 4 פרק ז' - סעיף 6 פרק ח' - סעיף 3.10.4 (חריגי סרטן), חריג בסיפא סעיף 3.7 פרק ט' - סעיף 3.1.7, סעיף 3.3.4, סעיף 4.1.4 פרק י' - סעיף 4.1.4, סעיף 6 פרק י"א - סעיף 3.1.3, סעיף 3.2.2, סעיף 3.3.2, סעיף 3.4.2 פרק י"ב - סעיף 3.1.4, סעיף 3.5.2, סעיף 3.2.6, סעיף 3.4.2.2, סעיף 3.6.3

פרק ד' - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל - 90 ימים פרק ה' - תרופות מחוץ לסל הבריאות - 90 ימים פרק ו' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - 90 ימים פרק ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות - 90 ימים, ובעת מקרה של הריון או לידה - תקופת האכשרה הינה 12 חודשים פרק ט' - לכיסויים הבאים: התייעצות עם רופא מומחה, חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל, רופא מלווה, בדיקות רפואיות אבחנתיות, חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחנתית ושירותי אבחון מהיר - 6 חודשים בדיקות הריון - 9 חודשים אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה - 12 חודשים בדיקות לרפואה מונעת (לעובד/ת בלבד) - 90 ימים פרק י' - 6 חודשים פרק י"א - לכיסויים הבאים: טיפולים בטכנולוגיה רפואית מתקדמת, לריפוי והקלה בכאב, טיפולים בתא לחץ, אביזרים רפואיים - 6 חודשים פרק י"ב - לכיסויים הבאים: לטיפול שיקום שלא לאחר ניתוח - 6 חודשים לטיפול פוריות והפריה חוץ גופית, לשירותים ייחודיים ליולדת - 9 חודשים לטיפולים בבעיות הרטבה לילדים - 12 חודשים טיפול בבעיות התפתחות בילדים, לייעוץ / טיפול פסיכולוגי / פסיכיאטר / עובד סוציאלי וטיפולים לרפואה משלימה וייעוץ דיאטטי - 6 חודשים	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופת החולים

¹ תקופת אכשרה: תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח.
בקורות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

עלות הביטוח

דמי הביטוח החודשיים

דמי הביטוח החודשיים עבור כל מבטח/ת בביטוח הבריאות, נכון למדד 14528 נקודות שפורסם ב- 15.02.2026 כמפורט להלן:

סוג מבטח	פרמיה חודשית
עובד/ת	146 ₪
(*מסובסד על ידי בעל בפוליסה)	123.4 ₪ * - על חשבון העובד/ת
ילד/ה עד גיל 23	35 ₪
ילד/ה ו/או בן/בת זוג עד גיל 39	135 ₪
ילד/ה ו/או בן/בת זוג בגיל 40-49	160 ₪
ילד/ה ו/או בן/בת זוג בגיל 50-59	180 ₪
בן/בת זוג בגיל 60-66	220 ₪
גמלאי/ת ו/או בן/בת זוג של גמלאי/ת ו/או בן/בת זוג של עובד/ת ו/או ילד/ה בוגר/ת מעל גיל 67	290 ₪

* העובד/ת משלם 123.4 ₪, גובה הסבסוד יכול להשתנות מעת לעת בהתאם להחלטת בעל הפוליסה

דמי הביטוח צמודים למדד 14528 נקודות שפורסם ב- 15.02.2026 והינם קבועים למעט שינוי מילד/ה לבוגר/ת או במקרה של התאמות פרמיה בהתאם לסעיף 5.2 לתנאי הפוליסה, לראשונה לאחר 24 חודשים ופעם נוספת לאחר 48 חודשים מתחילת ההסכם

לוח 2 - תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
פרק ד' - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל			
השתלות איברים <u>סעיפים 3.1 ו- 3.2</u>	השתלת איברים מחוץ לישראל במסלול שיפוי	בעת ביצוע השתלה אצל ספק שירות שבהסדר כמפורט <u>בסעיף 3.1</u> - יינתן שיפוי מלא להוצאות המפורטות <u>בסעיף 4.1</u> , שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות <u>בסעיף 4.2</u> וכן פיצוי כאמור <u>בסעיף 4.3</u>	אין
		בעת ביצוע השתלה אצל ספק שאינו בהסדר כמפורט <u>בסעיף 3.2</u> - יינתן שיפוי מלא להוצאות המפורטות <u>בסעיף 4.1</u> , שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות <u>בסעיף 4.2</u> וכן פיצוי כאמור <u>בסעיף 4.3</u> ועד לתקרות המפורטות <u>בסעיפים 3.2.1 ו- 3.2.2</u>	
מסלול חלופי - פיצוי חד פעמי בעת ביצוע השתלה ללא מעורבות מבטח <u>סעיף 3.2.3</u>	פיצוי חד פעמי מיוחד במקרה שמצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה כהגדרתה <u>בסעיפים 1.1.1 ו- 1.1.2</u> ובתנאי מפורש שקיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה ואם אין המלצה על המבוטח להעביר המלצה משני רופאים מומחים בדרגת סגן מנהל מחלקה ומעלה מובהר, כי מבטח שבחר במסלול פיצוי לפי סעיף זה לא יהיה זכאי לכל שיפוי בגין הוצאה אחרת המפורטת <u>בסעיפים 4.1, 4.2 ו- 4.3.3</u>	350,000 ₪ חד פעמי למעט השתלת מח עצם או תאי אב שמקורם מתרומה עצמית או תורם זר	
טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל <u>סעיפים 3.3 ו- 3.4</u>	טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל	בעת ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל עם ספק שירות שבהסדר כמפורט <u>בסעיף 3.3</u> - יינתן שיפוי מלא להוצאות המפורטות <u>בסעיפים 4.1.2-4.1.7</u> וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות <u>בסעיפים 4.2.2-4.2.6</u>	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
		בעת ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל עם ספק שירות שאינו בהסכם כמפורט בסעיף 3.4 - ינתן שיפוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים 4.1.2-4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיפים 4.2.2-4.2.6 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על סך של 1,000,000 ₪	
פירוט ההוצאות <u>סעיף 4</u>	הוצאות קציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה <u>סעיף 4.1.1</u>	שיפוי מלא	
	הוצאות אשפוז המבוטח מחוץ לישראל <u>סעיף 4.1.2</u>	שיפוי מלא עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד	
	הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל <u>סעיף 4.1.3</u>	שיפוי מלא	
	הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל במחלקת תיירים להשתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד או שני מלווים במידה שהמבוטח/ת קטין והוצאות שיבתם לישראל <u>סעיף 4.1.4</u>	שיפוי מלא	
	הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה <u>סעיף 4.1.5</u>	שיפוי מלא	
	הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך ההשתלה או לצורך הטיפול המיוחד מחוץ לישראל <u>סעיף 4.1.6</u>	שיפוי מלא	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
	הוצאות מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ <u>סעיף 4.1.7</u>	שיפוי מלא	
	הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה ובכלל זה רישום במאגרים מחוץ לישראל <u>סעיף 4.2.1</u>	עד 300,000 ₪	
	הוצאות הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל לרבות טיסות הלוך ושוב מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות - בטיסה מסחרית במחלקת תיירים <u>סעיף 4.2.2</u>	עד 200,000 ₪	
	הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיפולי דיאליזה <u>סעיף 4.2.3</u>	עד 250,000 ₪	
	במקרה שבו נדרש על פי צורך רפואי בהטסה רפואית של המבוטח מחוץ לישראל לצורך ביצוע ההשתלה <u>סעיף 4.2.4</u>	עד 100,000 ₪ אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - יינתן שיפוי מלא	
	הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ההשתלה או הטיפול מיוחד בנוסף, הוצאות שהייה כמפורט לעיל יכוסו גם לאחר השחרור מבית החולים ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול הינה חיונית מבחינה רפואית ועל פי חוות דעת רופא מומחה מטפל יובהר, כי לא יינתן כיסוי במקרה צורך במעקב רפואי שניתן לבצעו בישראל ואינו מסכן את חייו של המבוטח הוצאות טיפולי המשך המבוצעים בתוך 12 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל	עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד במקרה של מבוטח קטין - עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
	הוצאות לטיפול המשך בעת ביצוע השתלה / טיפול מיוחד מחוץ לישראל <u>סעיף 4.2.5</u>	להשתלה עד 200,000 ₪ לטיפול מיוחד מחוץ לישראל - עד 150,000 ₪	
	הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל <u>סעיף 4.2.6</u>	עד 200,000 ₪	
גמלה למועמד להשתלה <u>סעיף 4.3.1</u>	גמלה חודשית עד 9 חודשים לפני ההשתלה בהתאם להגדרת מועמד להשתלה - מבטוח שקיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה	אם המבטוח מרותק למיטתו - 4,500 ₪ לחודש אם המבטוח מאושפז בבית חולים - 2,000 ₪ לחודש	אין
גמלת החלמה לאחר ביצוע ההשתלה למעט במקרה השתלת מח עצם עצמית <u>סעיף 4.3.2</u>	גמלה חודשית לאחר ביצוע השתלה	5,500 ₪ לחודש ועד 24 חודשים	
פיצוי חד פעמי למעט במקרה השתלת מח עצם עצמית <u>סעיף 4.3.3</u>	בעבור השתלה שבוצעה מחוץ לישראל בהתאם לתנאי חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ללא השתתפות המבטוח	350,000 ₪ חד פעמי	
בטרם מתן פיצוי או שיפוי למימון ביצוע ההשתלה יבחן המבטוח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: א. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה; ב. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים			
פרק ה' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות			
תרופות שלא כלולות בסל הבריאות <u>סעיף 2</u>	תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ושהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש לפי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבטוח <u>סעיף 2.1.1</u>	עד 3,000,000 ₪ מתחדש כל שנתיים (24 חודשים) לכל מקרי הביטוח <u>סעיפים 2.1.1-2.1.4</u>	250 ₪ לתרופה לחודש. תנוכה השתתפות עצמית בעבור שני מרשמים של תרופות שונות בחודש. מעבר לשני מרשמים - יינתן פטור מתשלום השתתפות עצמית. בעת טיפול תרופתי למחלת הסרטן - יינתן פטור מתשלום השתתפות עצמית.
	תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבטוח אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבטוח בנוסף, התרופה אינה מסופקת על ידי קופת החולים בה חבר המבטוח לכלל חברי הקופה <u>סעיף 2.1.2</u>		

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
	תרופה OFF LABEL <u>סעיף 2.1.3</u>		לא תנוכה השתתפות עצמית גם לתרופה שעלותה מעל 5,000 ₪. בנוסף, בנסיבות בהן השב"ן בה חבר המבוטח השתתף בעלות הטיפול התרופתי - יישא המבטח ביתרת עלות התרופה ללא השתתפות עצמית ובתנאי שעלות התרופה למבוטח הינה מעל 1,500 ₪ לכל חודש ובתנאי שהתרופה מכוסה על פי פרק זה <u>סעיף 6</u>
	תרופת יתום אשר אינה כלולה בסל שירותי הבריאות ושהרשויות המוסמכות בישראל או באחת או יותר מהמדינות המוכרות אישרה או הכירה בה כתרופת יתום להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, לפי קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם <u>סעיף 2.1.4</u>		
	תרופה מיוחדת כמוגדר ב <u>סעיף</u> <u>1.11</u> <u>סעיף 2.1.5</u>	עד 1,000,000 ₪, מתחדש מדי 24 חודשים <u>סעיף 3.1.2</u>	
	הבהרה לכיסוי הביטוחי בפרק זה - מועד קרות מקרה הביטוח לצורך קביעת זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח בסעיף זה הינו המועד בו נקבע לראשונה על פי הוראת רופא מומחה המבוססת על אבחון רפואי מתועד כי על המבוטח לקבל את הטיפול התרופתי הספציפי העונה על קריטריונים לעיל. על אף האמור, מבוטח שטרם הצטרפותו לביטוח נטל את הטיפול התרופתי הספציפי על פי פרק זה יהיה זכאי לכיסוי הביטוחי בכפוף לכל התנאים הבאים במצטבר: א. הטיפול התרופתי הופסק על פי הוראה רפואית בטרם הצטרפותו לביטוח. ב. במועד הצטרפותו לביטוח, המבוטח לא נטל את התרופה. ג. במהלך תקופת הביטוח הנוכחית מצבו הרפואי מחייב אותו לקבל את אותו טיפול רפואי שוב. ד. המבוטח זכאי לכיסוי הביטוחי בכפוף ובהתאם לתנאי ההצטרפות / חיתום / סייגים הקבועים בפוליסה.		
בדיקה גנטית <u>סעיף 2.2</u>	אם מצבו הרפואי של המבוטח מצריך לפי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח, ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח וזאת לפי פרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה או בארצות הברית	עד 40,000 ₪ לכל מקרה ביטוח <u>סעיף 3.3</u>	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
השירות הנלווה למתן תרופה <u>סעיף 3.2</u>	במידה ונטילת התרופה כרוכה בשירות רפואי או טיפול רפואי נלווה בשל כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים בסעיפים <u>2.1.1-2.1.5</u>	עד ההוצאה בפועל ובמסגרת התקרה הכללית	אין
ויטמינים ו/או תוספי מזון הניתנים כטיפול נלווה לטיפול במחלת הסרטן <u>סעיף 3.4</u>	הניתנים בשילוב טיפול תרופתי לטיפול במחלת הסרטן שהתגלתה במהלך תקופת הביטוח הנוכחית	עד 400 ₪ לחודש ועד 12 חודשים ממועד גילוי המחלה	20%
פרק ו' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל			
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל <u>סעיף 3</u>	הוצאות שכר מנתח לניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל ולכל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל ולאשפוז הנלווה לביצועו	בעת ביצוע ניתוח מחוץ לישראל אצל נותן שירות שבהסדר עם המבטח כאמור בסעיף <u>3.1</u> יינתן כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף <u>3.4</u> , שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף <u>3.5</u> ופיצוי כאמור בסעיף <u>3.6</u> בעת ביצוע ניתוח מחוץ לישראל אצל נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטח כאמור בסעיף <u>3.2</u> יינתן כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף <u>3.4</u> , שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף <u>3.5</u> ופיצוי כאמור בסעיף <u>3.6</u> ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח עד 250% מעלות אותו הניתוח בישראל בעת ביצוע טיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל כאמור בסעיף <u>3.3</u> בין שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח ובין שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם יינתן כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים <u>3.4.1</u> ו- <u>3.4.2</u> ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל	אין

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
פירוט ההוצאות נלוות וניתוח מורכב <u>סעיף 3.4</u>	שכר הרופא המבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל <u>סעיף 3.4.1</u>	שיפוי מלא	
	כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לצורך ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל ולאשפוז הנלווה לביצועו כולל הוצאות אשפוז, אשפוז טרום ניתוח או טרום הטיפול מחליף הניתוח, לרבות שכר רופא מרדים, חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז או הטיפול מחליף הניתוח, בדיקות פתולוגיות, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח או הטיפול מחליף הניתוח <u>סעיף 3.4.2</u>	שיפוי מלא ועד 40 ימים	
	הטסת גופת המבוטח אם נפטר חו"ח בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך הניתוח המכוסה בפרק <u>סעיף 3.4.3</u>	שיפוי מלא	אין
	הוצאות טיסה לניתוח מורכב (בהתאם להגדרת ניתוח מורכב בסעיף 1.4) מחוץ לישראל <u>סעיף 3.4.4</u>	ינתן שיפוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה במקרה שהמבוטח קטין - ינתן כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ושני מלווים	
	הוצאות נסיעה יבשתיות בשל ניתוח מורכב (בהתאם להגדרת ניתוח מורכב בסעיף 1.4) של המבוטח ומלווי משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה <u>סעיף 3.4.5</u>	שיפוי מלא	
הוצאות נוספות עד סכומי הכיסוי המפורטים <u>סעיף 3.5</u>	שתי התייעצויות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל <u>סעיף 3.5.1</u>	עד 1,200 ₪ להתייעצות	אין
	התייעצות אחת בקשר לניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל <u>סעיף 3.5.2</u>	עד 4,000 ₪	
	הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי <u>סעיף 3.5.3</u>	עד 100,000 ₪ אם תיאמה החברה את ההטסה הרפואית - ינתן שיפוי מלא	אין

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
	הוצאות הבאת מומחה לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות <u>סעיף 3.5.4</u>	עד 200,000 ₪	
	הוצאות עלות שתל שהושתל במהלך ניתוח <u>סעיף 3.5.5</u>	עד 60,000 ₪	
הוצאות נוספות במקרה של ניתוח מורכב (בהתאם להגדרת ניתוח מורכב בסעיף 1.4) <u>סעיף 3.5.6</u>	שכירת שירותי אח/אחות פרטי/ת <u>סעיף 3.5.6.1</u>	עד 650 ₪ ליום ועד 8 ימים כל עוד ניתן בתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח המורכב	אין
	הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב כמפורט בסעיף 3.5.6.2 ועד תקופה מרבית של 30 יום	עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ומלווה אחד במקרה של מבוטח קטין - עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים	אין
	הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור שבוצעו בישראל ונדרשו עקב ביצוע ניתוח מורכב מחוץ לישראל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח המורכב <u>סעיף 3.5.6.3</u>	עד 250 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר	20%
	שהות במוסד החלמה מוכר בישראל לאחר ביצוע ניתוח מורכב בתוך 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב <u>סעיף 3.5.6.4</u>	עד 400 ₪ ליום ועד 10 ימים רצופים	אין
	הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח המורכב וכהמשך ישיר ממנו ובלבד שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח <u>סעיף 3.5.6.5</u>	עד 100,000 ₪	אין
	במקרה פטירת המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה ממנו ישולם פיצוי חד פעמי	150,000 ₪	אין
פיצוי חד פעמי בעת פטירת מבוטח/ת <u>סעיף 3.6</u>			

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
פרק ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן (אחידה)			
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח <u>סעיף 3.1.1</u>	שלוש (3) התייעצויות בכל שנת ביטוח כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן: התייעצות שבוצעה בישראל על ידי רופא ו/או מוסד רפואי שיש לחברה עימו הסדר התייעצות	בעת התייעצות עם רופא שבהסכם עם החברה -תכוסה עלות ההתייעצות במלואה בעת התייעצות של רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות לפי העניין - עד לסך של 1,500 ₪ (לפי מדד 14528 נקודות שפורסם ב- 15.02.2026)	
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש לחברה עימו הסדר ניתוח <u>סעיפים 4.2 ו- 4.3</u>	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן: הוצאות שכר מנתח, הוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז <u>סעיפים 3.1.1-3.1.3</u>	עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח ובתנאי שיש לחברה לגביהם הסדר ניתוח	
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל <u>סעיף 4.4</u>	טיפול מחליף ניתוח בישראל	טיפול מחליף ניתוח שבוצע אצל נותני שירות שבהסכם בלבד - יינתן שיפוי מלא טיפול מחליף ניתוח שבוצע באמצעות נותני שירות שלא בהסכם - יינתן שיפוי עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל כמפורסם באתר האינטרנט של החברה www.migdal.co.il	
לתשומת ליבך! 1. הכיסוי לניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, חברת הביטוח תשלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. 2. למימוש כיסוי לניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות לחברת ביטוח למימוש זכויותיו על פי פוליסה זו. <u>סעיף 5</u>			

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
פרק ח' - טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון ניתוח, אשפוז ושיפוי להוצאות רפואיות מיוחדות בעת גילוי מחלת סרטן			
שירות או טיפול רפואי או שיקומי שניתן למבוטח בישראל, לאחר וכתוצאה מביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או השתלה שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח	שכר אח/אחות פרטי/ת בבית חולים בישראל לאחר ביצוע הניתוח - הוצאות שירותי שמירה וכוח עזר בעת שהותו של המבוטח בבית החולים בישראל (שלא על ידי בן משפחה) <u>סעיף 3.1</u>	עד 400 ₪ לכל יום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז, מהיום שלאחר ביצוע הניתוח / טיפול מחליף ניתוח	20%
<u>סעיף 1</u>	סיוע לבני המשפחה במקרה של אשפוז מבוטח בבית חולים בישראל לצורך ניתוח או טיפול רפואי אחר שאינם קשורים בלידה או ניתוח קיסרי, המרוחק מעל 40 ק"מ ממקום מגוריו לתקופה העולה על 4 ימים, והיה זכאי להוצאות שהייה של כלל בני משפחתו מדרגה ראשונה במלונית או בית מלון הסמוך לבית החולים למשך תקופת האשפוז מובהר, כי לא יינתן שיפוי במקרה של אשפוז במוסד סיעודי או בבית חולים שיקומי או בבית החלמה <u>סעיף 3.2</u>	עד 400 ₪ ליום לכלל בני המשפחה החל מיום האשפוז החמישי ועד 14 ימים לכל תקופת אשפוז רציפה הזכאות הינה עד שתי תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח	20%
	שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי - הוצאות העברתו של המבוטח בישראל לבית החולים בישראל וממנו או בין בתי חולים בישראל לצורך ביצוע הניתוח או לאחריו <u>סעיף 3.3</u>	על פי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום או לפי התעריף הנהוג לגבי טיסות פנים ארציות בחברת תעופה סדירה	אין
	החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, בבית החלמה מוכר - במקרה ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח בעמוד השדרה או השתלת איבר או לאחר אירוע לב או ניתוח אחר אשר כתוצאה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה של לפחות 4 ימי אשפוז מלאים ורצופים ובתנאי שהצורך בשהות בבית החלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי <u>סעיף 3.4</u>	עד 750 ₪ לכל יום החלמה לתקופה של עד 14 ימי אשפוז מלאים	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
	הוצאות התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח <u>התעמלות שיקומית - פעילות גופנית מותאמת אישית במסגרת קבועה שמטרתה שיפור התפקוד הגופני עקב אירוע רפואי או לאחר ניתוח בהנחיית אנשי מקצוע מוסמכים ובהתאמה לאופי הפגיעה ומבוצעים במכונים הקשורים לבתי חולים או קופות החולים ובנוכחות / פיקוח רפואי</u> <u>סעיף 3.5</u>	עד 300 ₪ לחודש ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים	20%
	טיפול פיזיותרפיה ו/או טיפולים בריפוי ועיסוק ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבוטח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח ועל פי הוראת רופא שהבעיה בתחום מומחיותו <u>סעיף 3.6</u>	עד 250 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים	20%
	טיפול בפצעים - הוצאות טיפולים לריפוי חתכים, פצעים צלקות ומניעת זיהומים, אחרי ביצוע ניתוח / מחליף ניתוח / הקרנות וכן טיפול בכוויות, אשר אינם מכוסים במסגרת פרק הניתוחים <u>סעיף 3.7.1</u> הכיסוי כולל ייעוץ רפואי, הטריית פצעים וכוויות, חבישות, עלות שימוש במכשירים לפי אמות מידה רפואיות לרבות שימוש בתא לחץ והשתלות עור (בנסיבות בהם אינו נכלל בגדר הכיסוי הביטוחי בפרק הניתוחים) לרבות שתלי עור שפותחו במעבדה ועלות החומרים והתרופות לצורך ריפוי פצעים, חתכים או כוויות <u>סעיף 3.7.2</u>	עד 10,000 ₪ למקרה ביטוח לא יכוסו טיפולים הנדרשים עקב ניתוחים למטרת יופי או אסתטיקה	20%
	הוצאות חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים ציבורי על ידי רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו מאושפז המבוטח <u>סעיף 3.8</u>	עד 2,500 ₪	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
שירותים למבוטח אשר שוחרר מבית חולים במהלכו בוצע ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו ובמועד שחרורו נמצא כמי שמרותק לביתו לפי הגדרה בסעיף זה ושניתנו לו במקום מגוריו במהלך 90 ימים ממועד השחרור מבית החולים <u>סעיף 3.9</u> תקרה כללית לסעיף זה עד 5,000 ₪	אח/אחות פרטי/ת בבית המבוטח לצורך טיפול בפצעים, הוצאת תפרים, ניטור מדדים, החלפת עירוי, הכנסה או החלפת קטטר, זונדה, שטיפת צנתרים וכו' <u>סעיף 3.9.1</u>	עד 250 ₪ לביקור	20%
	שירות רופא בבית הכולל בדיקה וביקורת תקופתית על ידי רופא בבית המבוטח, בהתאם לתוכנית הטיפול ולפי הצורך, מתן תרופות, זריקות וכו' <u>סעיף 3.9.2</u>	עד 350 ₪ לביקור	
	שירות טיפול וסיוע תפקודי על ידי מטפל שאינו בן משפחה למבוטח ששוחרר מאשפוז מבית החולים במהלכו בוצע ניתוח או השתלה ונמצא כמי שמרותק לביתו כפי הגדרה בסעיף זה לתקופה העולה על 30 ימים שתחילתן מועד שחרורו מבית החולים <u>סעיף 3.9.3</u>	עד 180 ₪ ליום	
	השירותים יינתנו במקום מגוריו של המבוטח במהלך 90 ימים ממועד השחרור מבית החולים ועד הסכומים הנקובים בכל סעיף לעיל		
שיפוי להוצאות רפואיות במקרה של גילוי מחלת הסרטן <u>סעיף 3.10</u>	שיפוי להוצאות בגין טיפולים רפואיים ששולמו בפועל ושבוצעו בישראל או בחו"ל במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח שהינו מועד בו אובחנה מחלת הסרטן אצל המבוטח על פי אבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיותו במהלך תקופת הביטוח הנוכחית מובהר, כי זכאותו של המבוטח על פי פרק זה הינה אך ורק לאחר מיצוי זכאותו של המבוטח על פי כל פרק בפוליסה	עד 30,000 ₪ למעט במקרה של גילוי סרטן מוקדם או גילוי גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים מקומיים (in situ): סרטן השד, סרטן ערמונית או סרטן צוואר הרחם, סכום הביטוח הינו בשיעור 20% מסכום הביטוח המרבי, קרי 6,000 ₪. יובהר, כי במקרה של גילוי שינויים מקומיים ממאירים אשר מחייבים הקרנות ו/או טיפול כימותרפי, הכיסוי המרבי יהיה עד ל- 50% מסכום הביטוח המרבי, קרי עד 15,000 ₪	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
פרק ט' - ייעוץ רפואי ובדיקות אבחנתיות			
ייעוץ רפואי ובדיקות אבחנתיות <u>סעיף 3</u>	התייעצות עם רופא מומחה וכן ייעוץ ברפואה ראשונית הניתנים על ידי רופא מומחה בתחום (רופא משפחה מומחה או רופא ילדים מומחה) <u>סעיף 3.1</u>	עד 1,000 ₪ לכל התייעצות ועד 2 אחת התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת	20%
		בנוסף , תינתן התייעצות אחת נוספת באמצעות רופא הסדר של המבטח ככל שקיים הסדר למומחיות המבוקשת ובכפוף להשתתפות עצמית של 150 ₪	150 ₪
	חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל המוכרים על ידי הרשויות במדינות בהם הם פועלים שבוצעה במהלך תקופת הביטוח כולל עלות כרטיס טיסה מסחרית במחלקת תיירים רגילה ושהות עד 7 ימים <u>סעיף 3.2</u>	תקרה כללית לכלל הכיסויים עד 7,000 ₪, פעם אחת בכל תקופת הביטוח ועד 800 ₪ ליום שהות	20%
	הוצאות שירותי רופא מלווה בישראל - רופא מומחה המנהל את תהליך הטיפול הרפואי ובכלל זה: אבחון ומתן מידע ראשוני לאחר בדיקה רפואית ובחינת מסמכים ובדיקות רפואיות קודמות, הכוונה והפניה לרופאים מומחים ובדיקות אבחוניות המתאימים למצבו הרפואי של המבוטח, מעקב אחר תהליך הבירור או הטיפול הרפואי, ייעוץ וליווי המבוטח בתהליך, ריכוז הממצאים, הסבר למבוטח לגבי הממצאים, מסקנות, כתיבת דו"ח מסכם והמלצות להמשך טיפול שירות רופא מלווה יכוסה במקרים רפואיים מורכבים הדורשים בירור רב תחומי או ליווי קליני צמוד או מצבים רפואיים מסכני חיים או שיש בהם פגיעה בתפקוד היומיומי של המבוטח ובכלל זה: מחלת הסרטן, מחלת לב, מחלות כבד, אי ספיקת כליות, מחלות נוירולוגיות, ירידה קוגניטיבית (דמנציה), אירוע מוחי או צורך בניתוח מוח, צורך בניתוח אורתופדי מורכב, השתלות או צורך בניתוח בחו"ל, צורך בבקרת תרופות ותופעות לוואי <u>סעיף 3.3</u>	עד 3,500 ₪ פעם אחת בכל תקופת הביטוח	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
בדיקות אבחוניות <u>סעיף 4</u>	הוצאות בדיקות רפואית אבחנתית או פתולוגיות, שבוצעו על סמך הפניה של רופא מומחה אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו <u>סעיף 4.1.1</u>	עד 15,000 ₪ לשנת ביטוח	20%
	בנוסף , יוכל המבוטח לפנות למכונים שבהסדר עם המבטח (במסגרת תור מהיר BWELL) יובהר, כי בדיקה גנומית או גנטית לצורך התאמת טיפול תרופתי תכוסה אך ורק לאחר מיצוי הזכאות בפרק התרופות, כמו כן, לא יכוסו בדיקות עם הרדמה באמצעות ספק הסדר <u>סעיף 4.1</u>	בהסדר	20%
	חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחנתית עם רופא מומחה או גנטיקאי או רדילוג, לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או בדיקה פתולוגית, לצורך פענוח ממצאי הבדיקה או לקבלת חוות דעת נוספת בגינה <u>סעיף 4.2</u>	עד 1,500 ₪ להתייעצות למקרה	20%
בדיקות לנשים בהריון <u>סעיף 5</u>	<u>בדיקות גנטיות טרום הריון</u> - לשלילת מומים מולדים, שבוצעו במבוטח/ת במהלך תקופת הביטוח <u>סעיף 5.1</u>	עד 2,000 ₪ בכל תקופת הביטוח פעם אחת	20%
	בדיקות שבוצעו בגופה של המבוטחת שהינן אבחון מצבה הרפואי הקשור בהריון, תקינות ההריון או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר <u>סעיף 5.2</u>	עד 3,000 ₪ לכל הבדיקות יחד להריון במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר - יינתן כיסוי עד 5,000 ₪ לכל ההריון	
	<u>מעקב ההריון</u> אצל רופא מומחה <u>סעיף 5.3</u>	עד 400 ₪ לכל ביקור ועד 3 ביקורים במהלך כל ההריון	
	יובהר, כי הזכאות לבדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות, תחול גם לגבי אם פונדקאית		

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
אבחון בעיות התפתחות אצל ילדים <u>סעיף 6</u>	יכוסה אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה - <u>לילד/ה שגילו/ה עד 18 שנים</u> , שבוצע על ידי רופא מומחה בתחום ו/או על ידי מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה באבחון פסיכו-דידקטי ו/או אבחון הפרעות קשב וריכוז מכל סוג שהוא כדוגמת TOVA, BRC <u>סעיף 6.1</u>	עד 1,800 ₪ פעם אחת בכל תקופת הביטוח	20%
	יכוסה אבחון נוסף לילד/ה שגילו/ה עד 18 שנים ובתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה לבעיות התפתחות הילד והמבוטח מטופל תרופתית בבעיות קשב וריכוז <u>סעיף 6.2</u>	עד 1,800 ₪ לאבחון פעם אחת בכל תקופת הביטוח	20%
בדיקות רפואה מונעת לעובד/ת מבוטח/ת בלבד מעל גיל 40 <u>סעיף 7</u>	בדיקות לרפואה מונעת לעובד/ת מבוטח/ת בלבד מעל גיל 40, לאחר מיצוי הזכאות לבדיקות מניעה להם זכאי המבוטח במסגרת תנאי העסקה אצל בעל הפוליסה הבדיקות המאושרות הינן: ארגומטריה, ממוגרפיה, משטח צוואר רחם, צפיפות עצם, לחץ תוך עיני, PSA לגילוי סרטן הערמונית	עד 900 ₪ לכל הבדיקות פעם אחת מדי 2 שנות ביטוח	20%
פרק י' - כתב שירות אבחון מהיר			
תהליך אבחון בסיסי	פגישה ראשונית עם רופא ממיין לקביעת בדיקת אבחנתיות ראשוניות <u>סעיף 4.1.1</u>	90 יום אכשרה	180 ₪
שיחה טלפונית עם הרופא הממין	שיחה טלפונית עם הרופא הממין <u>סעיף 4.1.2</u>	90 יום אכשרה	100 ₪
	עבור תהליך האבחון הבסיסי והשיחה הטלפונית ביחד <u>סעיף 4.1.2.2</u>	90 יום אכשרה	180 ₪
תהליך אבחון מקיף	בהתאם למצב הרפואי וחוות דעת הרופא הממין זכאות להפניה לבדיקות רפואיות אבחנתיות בנוסף על אלו הקיימות בתהליך האבחון הבסיסי <u>סעיף 4.1.3</u>	90 יום אכשרה	500 ₪ עבור תהליך האבחון המקיף

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
פרק י"א - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים			
טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות <u>סעיף 3.1</u>	הוצאות טיפולים באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות על פי ההגדרה <u>בסעיף 1.30</u> בפרק א'	עד 100,000 ₪	20%
טיפולים לריפוי והקלה בכאב <u>סעיף 3.2</u>	הוצאות טיפולים או סדרת טיפולים להקלה בכאב על פי ההגדרה <u>בסעיף 1.29</u> בפרק א' שבוצעו במהלך תקופת הביטוח	עד 20,000 ₪ לכל תקופת הביטוח	20%
טיפולים בתא לחץ <u>סעיף 3.3</u>	הוצאות טיפולים המבוצעים בתא חמצן בעל לחץ גבוה המופעלים בבתי חולים או במכונים הקשורים בבעלות בבתי חולים על פי המלצת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו	עד 350 ₪ לטיפול ועד 30 טיפולים לכל תקופת הביטוח	20%
אביזרים רפואיים <u>סעיף 3.4</u>	שיפוי להוצאות אביזרים רפואיים (המאושרים ומופיעים בפנקס האמ"ר) בכפוף להפניה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית בתחום מומחיותו לפי רשימת האביזרים למעט מדרסים	עד 6,000 ₪ לכל תקופת הביטוח	20%
	למרות האמור לעיל, יינתן כיסוי למדרסים - פעם אחת לשנתיים	עד 450 ₪ לפעם אחת	
פרק י"ב - טיפולי שיקום, טיפולים בהתפתחות הילד, טיפולי פוריות, ייעוץ פסיכולוגי ורפואה משלימה			
טיפול שיקום לדיבור וראייה שלא לאחר ניתוח <u>סעיף 3.1</u>	טיפול שבו צעו במהלך תקופת הביטוח, עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראייה <u>סעיף 3.1.1</u>	עד 180 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל תקופת הביטוח	20%
	הוצאות טיפולים לאחר אירוע רפואי שאירע במהלך תקופת הביטוח, על פי הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו	עד 200 ₪ לכל חודש ועד 12 חודשים	
	טיפול פיזיותרפיה וטיפול שיקום <u>סעיף 3.1.3</u>	טיפול פיזיותרפיה / הידרותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום אחרים, לצורך שיפור הלקות הפיזית או התפקוד המוטורי של המבוטח, על פי הוראת רופא שהבעיה בתחום מומחיותו	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
טיפול פוריות והפריה חוץ גופית <u>סעיף 3.2</u>	הוצאות טיפולי פוריות שבוצעו בגופו/ה של מבטח/ת ו/או טיפולי הפריה שבוצעו בגופה של מבטחת במהלך תקופת הביטוח <u>סעיף 3.2.2</u>	עד 15,000 ₪ עבור כלל הניסיונות להרות (קרי כל הטיפולים עד היוולדו של תינוק) ועד 2 לידות	20%
שירותים ייחודיים ליולדת <u>סעיף 3.3</u>	הדרכה פרטית להכנה ללידה בבית המבטחת <u>סעיף 3.3.1</u>	עד 450 ₪ פעם אחת בתקופת הביטוח	20%
	התייעצות עם יועצת הנקה <u>סעיף 3.3.2</u>	עד 450 ₪ פעם אחת בתקופת הביטוח	20%
	שירותי דולה / אחות פרטית ללידה <u>סעיף 3.3.3</u>	עד 1,000 ₪ להריון	20%
	עלות שכירת מכשיר איזי טנס <u>סעיף 3.3.4</u>	עד 360 ₪ פעם אחת להריון	20%
	טיפולים בבעיות הרטבה לילדים מעל גיל 5 <u>סעיף 3.4.1</u>	עד שני (2) טיפולים לכל תקופת הביטוח ועד 700 ₪ לטיפול	20%
כיסויים מיוחדים לילדים <u>סעיף 3.4</u>	טיפולים בבעיות התפתחות הילד שאובחנו אצל מבטח עד גיל 18 ו/או ליקויי למידה שאובחנו אצל מבטח עד גיל 18 על ידי רופא ילדים מומחה להתפתחות הילד או מכון אבחון מוכר או פסיכיאטר ילדים מומחה להתפתחות הילד והומלצו לטיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג התפתחותי או חינוכי או על ידי מורה מוסמך בהוראה מתקנת <u>סעיף 3.4.2</u>	עד 180 ₪ לטיפול ועד 30 טיפולים לכל תקופת הביטוח	20%
	ייעוץ / טיפול פסיכולוגי / פסיכיאטר / עובד סוציאלי <u>סעיף 3.5</u>	עד 280 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח	20%
ייעוץ / טיפול פסיכולוגי / פסיכיאטר / עובד סוציאלי <u>סעיף 3.5</u>	לא יכוסה טיפול על ידי פסיכולוג תעסוקתי <u>סעיף 3.5.1</u> בכפוף לצירוף אישור חתום על ידי המטפל בלבד, המציין את שם המטופל, סוג הטיפול, מועד מתן הטיפול ועלות הטיפול <u>סעיף 3.5.1</u> לא יכוסה טיפול על ידי פסיכולוג תעסוקתי		

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
טיפולים ברפואה משלימה וייעוץ דיאטטי <u>סעיף 3.6</u>	טיפולים ברפואה משלימה המופיעים ברשימה כמפורט: הומיאופתיה, אקופונקטורה, כירופרקטיקה, שיאצו, אוסטיאופתיה, רפלקסולוגיה, ייעוץ דיאטטי, שיטת פלדנקרייז, ביו-פידבק, נטורופתיה, הרבולוגיה, שיטת פאולה, שיטת אלכסנדר ושיטות טיפול אחרות המוכרות על ידי תוכנית השב"ן באותה קופת החולים בה חבר המבוטח/ת בכפוף לקבלת אישור מרופא המטפל על הבעיה הרפואית בגינה מתבקש הטיפול המבוטח יצרף אישור חתום על ידי המטפל המציין את שם המטופל, סוג הטיפול, מועד מתן הטיפול ועלות הטיפול <u>סעיף 3.6.1</u>	עד 120 ₪ לטיפול / התייעצות ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח בנוסף, ניתן לפנות למימוש הזכאות באמצעות מטפלי הסדר - b well	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
פרק י"ג - כתב שירות רופא עד הבית			
ביקור רופא עד הבית באמצעות ספק שבהסדר	ייעוץ רפואי מקוון מרופא מייעץ בתחומי רפואת משפחה וילדים <u>סעיף 3.1</u> טיפול במרפאות לרפואה דחופה <u>סעיף 3.2</u> ביקור רופא עד הבית באמצעות ספק שירות שבהסדר וכולל את השירותים הבאים ככל שנדרשים: קבלת אנמנזה רפואית ("הסיפור הרפואי") מהמנוי, בדיקה גופנית של המנוי לרבות שימוש במכשירי עזר המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוחדי לשון (שפדלים), פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ דם, הכול על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, קביעת אבחנה רפואית, בדיקת א.ק.ג. באמצעות קרדיו-ביפר על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, קבלת תרופות ראשוניות, הכול על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם קבלת מרשם לתרופות על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, הפניה להמשך טיפול לרופא המשפחה / רופא ילדים, המטפל במנוי באופן שוטף ו/או לרופא מומחה אחר, על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם הפניית המנוי לחדר מיון בבית חולים, על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, מתן תעודה רפואית, פינוי חינוך באמבולנס - במקרה שרופא ההסכם שבדק את המנוי בעקבות קריאתו לקבלת השירות, יחליט על פינויו באמבולנס <u>סעיף 3.3</u>	ספק השירות - ביקור רופא 6101*	30 ₪ לביקור בית

נספח "גילוי נאות" הוא למידע בלבד, ואינו מהווה חלק מהפוליסה.
התנאים הקובעים הינם כמפורט בתנאי הפוליסה ובכל מקרה של סתירה, יגבר האמור בפוליסה.
חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.
למימוש כיסוי בגין ניתוח בישראל, עליך לפנות לקופת החולים שלך למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים).
חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של אי ביצוע הניתוח.
כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים וסייגיה

תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי בנק הפועלים ובני משפחותיהם

פרק א' - הגדרות כלליות

מוצהר ומוסכם בזאת, כי תמורת התחייבות לתשלום דמי הביטוח ובכפוף לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן, ישלם המבוטח לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח - הכול בהתאם למחויבות המבוטח על פי כל אחד מפרקי הביטוח ובכפוף להסכם עם בעל הפוליסה, עבור סך כל מקרי ביטוח בכל פרק, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי הנקוב בכל פרק או בסעיפים שבהם נקבע שיעור כזה.

1. הגדרות כלליות

- 1.1. אח/אחות:** אח או אחות, בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות ובמקרה של טיפול בחו"ל, אח או אחות מוסמכים לפי חוקי המדינה בה מתבצע הטיפול.
 - 1.2. אשפוז:** שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי הסכם זה.
 - 1.3. אביזר רפואי:** כל מכשיר או תכשיר לשימוש פנימי או חיצוני ובלבד שהאביזר רשום באגף אמצעים מתקדמים ומכשירים רפואיים (אמ"ר) במשרד הבריאות, אשר מיועד במישרין אך ורק ל: אבחון, ניטור, הקלה או שיקום או טיפול במצבו הרפואי של המבוטח, כלי עזר לבעל מוגבלות פיזית או תחליף של איבר אנטומי, לרבות פאה נוכרית לחולה אונקולוגי.
 - 1.4. אישור אמ"ר:** אישור של היחידה לרישום אביזרים ומכשור רפואי הכפופה למנהל הרפואי של משרד הבריאות בישראל.
 - 1.5. בדיקות רפואיות אבחנתיות:** בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכו'), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה כגון אולטרסאונד (US), טומוגרפיה ממוחשבת (CT), בדיקת תהודה מגנטית (MRI) מכל סוג שהוא, מיפוי PET CT, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמוסת וידיאו, כל פעולה חדירתית ופולשנית לצורך אבחון, בדיקה פתולוגית וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי המלצה של רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, בכל טכניקה או טכנולוגיה שתהיה ידועה במועד ביצועה אף אם אינן נכללות בסל הבריאות במועד קבלתן, לרבות בדיקות גנטיות, בדיקות אונקוגנטיות, בדיקות גנומיות וכן בדיקות גנטיות המבוצעות בקרובו של המבוטח הנדרשות לאבחון מניעה או אבחון מצבו הרפואי של המבוטח.
- על פי הגדרה זו תכוסה גם כל בדיקה המבוצעת בישראל ונשלחה לפענוח על ידי מומחה או מעבדה בחו"ל או בדיקות רפואיות אבחנתיות שעל פי חוות דעת של רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח על פי אמות מידה רפואיות מקובלות מומלץ לבצען בחו"ל.

כמו כן, יכוסו בדיקות לצורך מניעת מחלה, מניעת הישנות המחלה או החמרתה, שבוצעו על פי הפניה או המלצה מאת רופא מטעם המבוטח, בהסתמך על הפרופיל הרפואי של המבוטח (גורמי סיכון, גיל, מגדר, מצב רפואי וכו').

יובהר, כי על פי הגדרה זו לא יכוסו בדיקות הריון מכל סוג שהוא, בדיקות אבחנתיות להתפתחות הילד / קשב וריכוז.

כמו כן, לא יכוסו בדיקות סקר מנהלים ולא יכוסו בדיקות מניעה מכל סוג שלא על פי המלצה בכתב מאת רופא אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

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

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

מוסד רפואי בישראל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי.

אחת מהגדרות שלהלן:

- בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו- 2014), התשע"ג-2013.
- בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

בן/בת זוג של עובד/ת.

כבני/בנות זוג ייחשבו גם ידוע/ה בציבור, בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם העובד/ת, בהתאם לרישומי בעל הפוליסה.

בנק הפועלים בע"מ באמצעות ארגון עובדי בנק הפועלים.

מספר השנים השלמות שחלפו מיום הולדתו של המבוטח.

גיל המבוטח ייחשב לפי האחד בחודש בו חל יום הולדתו.

לצורך קביעת זכויות המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח או זכויותיו בשנה האחרונה של תקופת הביטוח, ייקבע גילו לפי תאריך הלידה ביום הולדתו.

מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמת לו אחת מאלה:

(1) קצבה המשולמת לעובד/ת בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בד"ן או בהסכם ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית או מאוצר המדינה, לעובד/ת או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו.

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

1.6. בדיקה פתולוגית:

1.7. בית חולים:

1.8. בית חולים ציבורי:

1.9. בית חולים פרטי:

1.10. בן/בת זוג:

1.11. בעל הפוליסה:

1.12. גיל המבוטח:

1.13. גמלאי/ת:

- 1.14. **גיל הפרישה המוקדמת:** כמשמעותו בסעיף 5 לחוק גיל פרישה, התשס"ד-2004.
- 1.15. **דמי הביטוח (פרמיה):** הסכום שבעל הפוליסה או המבוטח יעבירו למבטח עבור שירותיו על פי פוליסה זו, צמוד למדד בהתאם לאמור בפוליסת הביטוח.
- 1.16. **דף פרטי ביטוח:** דף המצורף לפוליסה הכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.17. **מבוטח/ת:** זכאי/ת לביטוח, אשר הצטרף לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות כמפורט בפרק תנאים כלליים.
- 1.18. **המבטח או החברה:** מגדל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.19. **המוטב:** הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שניתנה על ידי המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו ובמקרה פטירתו של המבוטח, יורשיו החוקיים של המבוטח. יובהר, כי במקרה של תביעה של קטין - המוטב יהיה העובד/ת אצל בעל הפוליסה. במקרה שבו שני בני הזוג עובדים אצל בעל הפוליסה, המוטב יהיה אמו של הקטין אשר עובדת אצל בעל הפוליסה. במקרה של תביעה של ילדו של עובד/ת גרוש/ה המוטב יהיה אחד מהוריו אשר נשא בהוצאות הטיפול ובמקרה של זכאות לפיצוי כספי (גמלה) זו תשולם לעובד/ת אצל בעל הפוליסה.
- 1.20. **הסכם ביטוח קודם:** הסכם ביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח הקיים שהגיע לסיומו ב- 28.02.2026.
- 1.21. **הפוליסה:** חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, כל נספח וכן כל תוספת לה בהסכמת הצדדים.
- 1.22. **השתתפות עצמית:** חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת, כי חבות המבטח לתשלום על פי פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית על ידי המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.23. **ועדת הלסינקי:** ועדה מוסדית או עליונה המורשית לאשר ניסויים רפואיים בבני אדם. יובהר, כי השתתפות עצמית תחול רק במקרה וצוינה חובת השתתפות עצמית בפרק בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980, על תוספותיהן ותיקונייהם 1999.
- 1.24. **חו"ל:** כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב כפי שהוכרז על ידי משרד החוץ הישראלי ו/או על פי חוק.
- 1.25. **חדר ניתוח:** חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות במקום ביצוע הניתוח לעריכת הניתוח הרלוונטי.

- 1.26. חוק הביטוח:** חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981.
- 1.27. חוק הבריאות:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 1.28. טיפול מחליף ניתוח:** טיפול רפואי או סדרת טיפולים המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.29. טיפולים לריפוי והקלה בכאב:** טיפולים לצורך הקלה בכאב או טיפולים בסימפטומים של מחלה, פגיעה, פגם או עיוות אצל המבוטח, באמצעות טכנולוגיות מכל סוג שהוא, לרבות ומבלי למצות: באמצעות טיפול תרופתי, הזרקות או הזלפות חומרים משככי כאב, לרבות תחת רנטגן או טומוגרפיה, טיפולים באמצעות גלי הלם רדיו או לייזר מכל סוג שהוא, השתלת קוצב או משאבה, טיפול בתא לחץ או כל טיפול אחר או שילוב של טיפולים, על פי המלצת רופא נירולוג או רופא מומחה לכאב או מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.
- 1.30. טכנולוגיות רפואיות מתקדמות:** פרוצדורות רפואיות אבחוניות וטיפוליות וכן שימוש באביזרים רפואיים, חומרים, שתלים, אביזרים מושתלים ושימוש במכשירים רפואיים לצורך אבחון או לצורך ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול בסימפטומים של כל אחד מאלה, לרבות טיפול בכאב או לצורך שיפור התפקוד היום יומי של המבוטח.
- במסגרת טכנולוגיות מתקדמות יכללו בין השאר שימוש באמצעי הדמיה לצורך תכנון וביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, ביצוע ניתוח באמצעות רובוט טיפולי, טיפול באמצעות גלי הלם או קרינה מכל סוג, חיצוני או פנימי, מכשור לטיפול בהזעת יתר, הזרקת חומר מטרש או טיפול באמצעות תא לחץ המופעל במרכז רפואי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל (רפואה היפרברית).
- 1.31. טיפול ניסיוני:** טיפול רפואי המבוצע למטרות מחקר או מבוצע באמצעות טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות טיפול רפואי שלצורך ביצועו נדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקום.
- לעניין זה, **"ועדת הלסינקי עליונה"** - כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.
- 1.32. טיפול שיקומי:** כל טיפול שמטרתו שיפור, שיקום ומיומנות המאפשרת תפקוד יומיומי תקין לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטליים או ליקויי שפה.
- במסגרת זו יכללו בין היתר טיפולי פיזיותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים או בעלי חיים.
- הטיפולים ניתנים לביצוע על ידי פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק או מטפל שיקומי אחר, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.
- 1.33. יום אשפוז:** אשפוז למשך יממה ברציפות.
- למרות האמור, שהייה במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.

- 1.34. יועץ הביטוח:** ש. לוטינגר ושות' בע"מ.
- 1.35. ילד/ה:** ילדי עובד/ת ו/או ילדי בן/בת זוג, לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים על פי חוק ו/או ילדי אומנה, שטרם מלאו להם 24 שנים.
- 1.36. ילד/ה בוגר/ת:** ילדו של עובד/ת שמלאו לו 24 שנים ומעלה.
- 1.37. ישראל:** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.
- 1.38. מדד:** מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, אשר יהיה שימושי על ידי המבטח ואושר על ידי המפקח על הביטוח.
- 1.39. מדד בסיס:** מדד 14528 נקודות שפורסם ב- 15.02.2026.
- 1.40. מועד קרות מקרה הביטוח:** המועד שבו בהתאם לכלל המידע הרלוונטי המצוי ברשות המבטח אירע מקרה הביטוח לפי כל פרק ו/או סעיף לפי העניין, הינו כדלקמן:
- 1.40.1.** אם מקרה הביטוח מוגדר כמצבו הרפואי של המבוטח המחייב או מצריך טיפול רפואי (כדוגמת השתלות בחו"ל, טיפול מיוחד בחו"ל, ניתוחים בחו"ל וכו'), מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו נקבע על ידי רופא מומחה מטעם המבוטח מבוסס לראשונה על אבחון רפואי מתועד על הצורך בטיפול הרפואי הספציפי.
- 1.40.2.** אם מקרה הביטוח מוגדר כביצוע הטיפול (כדוגמת ניתוחים או שירותים אמבולטוריים אחרים או בכל מקרה ביטוח אחר שלא צוין במפורש), המועד הקובע הינו המועד בו בוצע הטיפול בפועל.
- 1.41. מעבדה:** מעבדה רפואית המוכרת ומוסמכת כמעבדה רפואית על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.
- 1.42. מצב רפואי:** כל מצב גופני או נפשי, לרבות מחלה, פגיעה, ליקוי או הפרעה, מוגבלות בתפקוד הפיזיולוגי או הנפשי אשר משפיעים או עשויים להשפיע על בריאותו, תפקודו או איכות חייו של המבוטח וניתן לו ביטוי קליני, מעבדתי או תיעוד רפואי מותאם אחר.
- 1.43. מקרה הביטוח:** מערך עובדתי ונסיבתי המתואר בפוליסה, אשר קיומו מחייב את המבטח בתשלום לנותן שירותים או בתשלום תגמולי ביטוח, הכול כפי שנקבע בפוליסה.
- 1.44. נותן שירות שבהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר עימו קשור או יתקשר המבטח בהסכם למתן שירות רפואי בקשר לביטוח זה במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח, לפיו התמורה לה זכאי נותן השירות בגין שירות שיינתן למבוטח, תשלום לו ישירות על ידי המבטח.
- 1.45. נותן שירות שאינו בהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר אשר למבטח אין הסכם המסדיר עימו את התשלום, לפיכך המבוטח ישלם לנותן השירות במישרין את התמורה בגין שירותיו.

פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון מצב רפואי, טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח או מניעה של כל אחד מאלה, המבוצעת בכל טכנולוגיה או מכשור המוכרים לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא מבוצע, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול. **הגדרה זו אינה חלה על פרק ו' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל ועל פרק ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן (אחידה).**

1.46. ניתוח:

חריג כללי בפוליסה הפוטר את המבטח מחבותו או מפחית את חבות המבטח או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם עיקרי וללא תלות בגורם אחר, הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

1.47. סייג בשל מצב רפואי קודם:

הסכום המרבי לתשלום עבור השירותים או לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק בנפרד.

1.48. סכום ביטוח מרבי:

עובד/ת אצל בעל הפוליסה.

1.49. עובד/ת:

מי שרשום בפנקס העובדים הסוציאליים על פי חוק העובדים הסוציאליים, התשנ"ו-1996.

1.50. עובד סוציאלי:

אדם הרשום בפנקס הפסיכולוגים או בעל היתר על פי חוק הפסיכולוגים, התשל"ז-1977.

1.51. פסיכולוג:

צירוף אוטומטי לביטוח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם והכיסוי הביטוחי לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצב הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת או קודם למועד ההצטרפות לביטוח, כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי.

1.52. צירוף אוטומטי:

במקרה של צירוף אוטומטי תבוטל כל החרגה או סייג לחבות המבטח בשל מצבו הרפואי של המבוטח ככל שנקבעה בהסכם הביטוח הקודם ולא תחול תקופת אכשרה כלשהי.

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

1.53. צירוף בהסכמה:

תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת ההסכם.

1.54. קופת חולים:

להלן קופות החולים אשר במועד תחילת ההסכם הוכרו על ידי שר הבריאות: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.

1.55. רופא:

מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש), התשל"ז-1976, או אושר על ידי השלטונות המוסמכים בחו"ל כמי שרשאי לעסוק ברפואה.

- 1.56. רופא מומחה:** רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 11 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, או לפי כל תקנה שתבוא במקומה ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח או רופא שהוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.
- 1.57. רופא מרדים:** רופא שהוסמך ו/או אושר כמרדים על ידי השלטונות המוסמכים במקום מתן השירות.
- 1.58. רצף ביטוחי מלא:** מעבר בין הביטוח על פי הסכם הביטוח הקודם לביטוח על פי פוליסה זו או מעבר בין הביטוח על פי פוליסה זו לביטוח בריאות אחר המחליף פוליסה זו. המעבר בין תוכניות הביטוח כאמור יהיה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי.
- לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח, יראו את מועד הצטרפותו לביטוח החדש כמועד הצטרפותו לביטוח הקודם.
- 1.59. שב"ן:** תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים ו/או כיסוי ביטוח ו/או זכויות רחבות יותר לעומת שירותי הבריאות הניתנים על פי סל שירותי הבריאות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח.
- 1.60. שנת ביטוח:** תקופה בת 12 חודשים רצופים, תחילתה של השנה הראשונה בתאריך תחילת הסכם הביטוח כמצוין בסעיף 1.63 להלן ואשר תימשך כל פעם בתקופות בנות 12 חודשים עד לתום ההסכם.
- 1.61. 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.
- איבר מושתל כהגדרתו בסעיף 1.1 אשר בפרק ד' לא ייחשב לשתל על פי הגדרה זו.**
- 1.62. תאונה:** אירוע פתאומי, שלא תוכנן על ידי המבוטח וגרם לו נזק אשר מכוסה בפוליסה, למעט נזק שנגרם כתוצאה ישירה ממחלה.
- מובהר בזאת, כי פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרוטראומה) אינה בגדר תאונה על פי פוליסה זו.**
- 1.63. תאריך תחילת הסכם הביטוח:** 01.03.2026

- 1.64. תאריך תחילת הביטוח (תאריך הצטרפות):**
- תאריך תחילת הביטוח עבור כל מבטח הינו התאריך הקבוע בדף פרטי הביטוח.
- מבלי לפגוע באמור, ייקבע תאריך תחילת הביטוח כדלקמן:
- א. אם צירופו של המבטוח לביטוח מותנה במילוי הצהרת בריאות, יהיה מועד תאריך תחילת הביטוח האחד לחודש העוקב בו המבטח אישר את צירופו של המבטוח לביטוח.
- ב. אם צירוף המבטוח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, יהיה מועד תאריך תחילת הביטוח האחד בחודש העוקב בו התקבלה בקשת ההצטרפות במשרדי המבטח.
- 1.65. תקרת כיסוי:**
- הסכום המרבי לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה לרבות בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.
- למען הסר ספק ועל אף האמור בפוליסה, הגבלת סכום הביטוח, אם קיימת, רלוונטית אך ורק לאותו פרק או נספח בלבד ולא תהיה מגבלה ו/או מניעה לסכום מרבי בגין הפוליסה או על פי מספר נספחים ו/או פרקים.
- 1.66. תקופת אכשרה:**
- תקופת זמן רצופה, הקבועה בכל פרק ובכל כיסוי בפרקי הפוליסה, ככל שקבועה כזו, המתחילה מתאריך תחילת הביטוח עבור כל מבטח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק ו/או סעיף בפוליסה.
- מבטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע במהלך תקופת האכשרה, **למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה.**
- תקופת האכשרה תחול לגבי מבטח פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבטוח לביטוח מחדש.
- מובהר בזאת, כי הארכת תקופת ההסכם או חידושו תיחשב כתקופה רציפה אחת.
- יובהר, כי לא תחול תקופת אכשרה לגבי כל המבטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקודם באמצעות בעל הפוליסה, לגבי עובדים חדשים ובני משפחתם שיצטרפו בתקופות ההצטרפות הקבועות להם.**
- כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה לגבי כיסויי ביטוח חופפים במקרה של מעבר מביטוח פרטי או קבוצתי קודם במהלך חלון ההזדמנויות.**
- 1.67. תקופת הצטרפות:**
- תקופה בת 90 יום במהלכה זכאי המבטוח להצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות וללא צורך במילוי הצהרת בריאות, כמפורט להלן:
- לגבי עובד/ת חדש/ה - תחול תקופת ההצטרפות מהמועד שבו קמה זכאותו בהתאם לנהלים ותנאי העסקתו אצל בעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 6 בפרק התנאים הכלליים.**
- לגבי בן/בת זוג שנישא/ה לעובד/ת מבטח/ת - תחול תקופת ההצטרפות במועד הנישואין או במועד בו הוכר/ה כידוע/ה בציבור של העובד/ת, בכפוף לאחר הגשת מצב רפואי קודם.**
- לגבי ילד/ה שנולד/ה - תקופת הצטרפות בת 180 ימים ותחל במועד היוולדו.**
- 1.68. תקנות ביטוח בריאות קבוצתי:**
- תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט-2009.

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

1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:
 - 1.1. מקרה הביטוח נובע באופן ישיר ובלעדי כתוצאה משימוש בסמים מסוכנים כהגדרתם בפקודת הסמים המסוכנים, למעט אם השימוש בסמים הוא לפי הוראות רופא.
 - 1.2. מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של פעילות פלילית של המבוטח מסוג עוון או פשע.
 - 1.3. מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת האכשרה.
סעיף זה, לא יחול על מבטחים שאינם נדרשים להמתין את תקופת האכשרה.
 - 1.4. מקרה הביטוח אירע לפני מועד תחילת תקופת הביטוח או אחרי תום תקופת הביטוח.
יובהר, כי תום הביטוח אינו גורע מאחריות המבטח בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח.
 - מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח יכוסה על פי תנאי הפוליסה ובכפוף לתקופת ההתיישנות של 5 שנים ממועד קרות מקרה הביטוח.
 - 1.5. מקרה הביטוח נגרם מביקוע / היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
2. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.
3. סייג בשל מצב רפואי קודם:
 - 3.1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע (ביצוע הטיפול בפועל) בתקופת הנקובות בסעיפים קטנים א' ו-ב' להלן, לפי העניין, שהגורם העיקרי לו, ללא תלות בגורם אחר, הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם.
לעניין סעיף זה, "מצב רפואי קודם" - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לראשונה במהלך 3 השנים שקדמו למועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה.
לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
חריג זה יהיה מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
 - א. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו פחות מ- 65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה בת שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
 - ב. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה בת חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
 - 3.2. יובהר, כי המבוטח יהיה זכאי למלוא תגמולי הביטוח כמצוין בכל פרק בפוליסה זו, בגין טיפול רפואי שבוצע אחרי התקופות הנקובות בסעיפים 3.1 (א) ו- (ב), לפי העניין.
 - 3.3. מובהר ומוצהר, כי חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי כלל המבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקודם נכון ל- 28.02.2026 ולא יהיה תקף לגבי עובד/ת ובני משפחתו/ה שהצטרפו לביטוח במהלך תקופת ההצטרפות.

3.4. מובהר ומוצהר, כי חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי מכלול הטיפולים המצוינים בפרק ט' - ייעוץ רפואי ובדיקות אבחון, וכאמור בפרק י"א - טיפולי שיקום טיפול בהתפתחות הילד, טיפולי פוריות, ייעוץ פסיכולוגי, רפואה משלימה, וכי הזכאות לתגמולי ביטוח בגין הטיפולים כאמור תקום לאחר תקופות האכשרה הנקובות בפרקים אלה, לפי העניין, אלא אם נקבע במפורש אחרת בתנאי הפוליסה.

3.5. חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול על בעיה רפואית עליה נשאל המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, אם נדרש למלא הצהרת בריאות.

3.6. סייג לחבות המבטח או לגבי היקף הכיסוי הביטוחי בשל מצב רפואי מסוים עליו הצהיר המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, אם היה חייב לכך בהתאם לתנאי ההצטרפות, יהיה תקף לתקופה שצוינה על ידי המבטח בדף פרטי הביטוח.
אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.

4. סייג בדבר אחריות המבטח לבחירת נותן השירות וטיב השירות הרפואי:

מובהר ומוצהר, כי המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה.

המבטח אינו אחראי לכל נזק שייגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים ו/או עקב מעשה מחדל של נותן שירותים, לרבות לגבי נותן שירות אשר בהסכם עם המבטח.

פרק ג' - תנאים כלליים - חלים על כל רובדי הביטוח

1. מהות הביטוח

הביטוח על פי פוליסה זו הינו ביטוח בריאות קבוצתי.
תנאי פוליסה זו יחולו על כל החברים אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם אשר בחרו להצטרף לביטוח,
על פי כללי ההצטרפות המפורטים להלן.

2. מבנה הביטוח

- 2.1. השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל כאמור בפרק ד'.
- 2.2. תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות כאמור בפרק ה'.
- 2.3. ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל כאמור בפרק ו'.
- 2.4. ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים לשב"ן ללא השתתפות עצמית כאמור בפרק ז'.
- 2.5. טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי שהינו ניתוח, אשפוז ושיפוי להוצאות רפואיות מיוחדות בעת גילוי מחלת סרטן כאמור בפרק ח'.
- 2.6. ייעוץ רפואי ובדיקות אבחנתיות כאמור בפרק ט'.
- 2.7. כתב שירות אבחון מהיר כאמור בפרק י'.
- 2.8. טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים כאמור בפרק י"א.
- 2.9. טיפולי שיקום, טיפול בהתפתחות הילד, טיפולי פוריות, ייעוץ פסיכולוגי ורפואה משלימה כאמור בפרק י"ב.
- 2.10. כתב שירות ביקור רופא כאמור בפרק י"ג.

3. חובת בעל הפוליסה בהתאם לסעיף 3 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, התשס"ט-2009

- 3.1. לפני תחילת תקופת הביטוח ימסור בעל הפוליסה למבטח הצהרה כמתחייב על פי סעיף 3 א' לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, התשס"ט-2009, והתחייבות כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
- 3.2. בעל הפוליסה ימסור למבטח דו"ח מדי חודש ובו מידע לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי דין ולפי תקנות לביטוח בריאות קבוצתי, התשס"ט-2009.

4. תקופת הסכם הביטוח

- 4.1. תקופת ביטוח זו הינה בת 60 חודשים החל מ- 01.03.2026.
- הפוליסה הקבוצתית תתחדש לתקופה נוספת בכפוף להסכמת בעל הפוליסה והמבטח לגבי תנאי הפוליסה וההסכם החדשים.
- 4.2. למרות האמור לעיל, בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת ומכל סיבה שהיא, בהודעה בכתב אשר תינתן למבטח לפחות 90 יום מראש, בכפוף למעבר קבוצת המבוטחים למבטח אחר, זאת מבלי צורך לנמק ומבלי שתהיה למבטח זכות לפיצוי כלשהו עקב הפסקת ההסכם כאמור.
- ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו 90 יום מהמועד בו נשלחה הודעת הביטול כאמור.

- 4.3. למען הסר ספק, מובהר, כי גם אם הובא הסכם זה לידי סיום מכל סיבה שהיא, ימשיך המבטח להעניק שירותי ביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה ועל פי כל דין למבוטחים.
- לדוגמה, ומבלי לגרוע מכלליות האמור: המשך תשלומי גמלאות או תשלומים בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח וטרם שולמו או אפשרות רכישת פוליסת המשך.
- 4.4. חודשה או הווארכה תקופת הביטוח אצל המבטח, הזכאות לתגמולי ביטוח ומניין מכסות הביטוח יקומו מחדש כאילו הצטרף המבוטח לביטוח לראשונה.
- 4.5. אם יפחת מספר המבוטחים בקבוצה מ- 50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

5. דמי הביטוח

- 5.1. דמי הביטוח (הפרמיות) החודשיים ב- ₪ עבור כל מבוטח, מצוינים בדף גילוי נאות ו/או בדף פרטי הביטוח והם כוללים את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות מכל מין וסוג.

דמי הביטוח הינם על פי מדד 14528 שפורסם ב- 15.02.2026 ויהיו צמודים למדד.

סוג מבוטח	פרמיה חודשית
עובד/ת (*מסובסד על ידי בעל בפוליסה)	146 ₪ 123.4 ₪ * - על חשבון העובד/ת
ילד/ה עד גיל 23	35 ₪
ילד/ה ו/או בן/בת זוג עד גיל 39	135 ₪
ילד/ה ו/או בן/בת זוג בגיל 40-49	160 ₪
ילד/ה ו/או בן/בת זוג בגיל 50-59	180 ₪
בן/בת זוג בגיל 60-66	220 ₪
גמלאית ו/או בן/בת זוג של גמלאית ו/או בן/בת זוג של עובד/ת ו/או ילד/ה בוגר/ת מעל גיל 67	290 ₪

* גובה הסבסוד יכול להשתנות מעת לעת בהתאם להחלטת בעל הפוליסה.

דמי הביטוח צמודים למדד 14528 נקודות שפורסם ביום 15.02.2026 והינם קבועים למעט שינוי מילד/ה לבוגר/ת או במקרה של התאמות פרמיה בהתאם לסעיף 5.2 להלן, לראשונה לאחר 24 חודשים ולאחר 48 חודשים מתחילת הביטוח.

5.2. התאמת פרמיה

- 5.2.1. לאחר 24 חודשי ביטוח החל ממועד תחילת הביטוח וכעבור 24 חודשים נוספים (להלן: **"מועדי עריכת החשבון"**) יהיה רשאי המבטח להתאים את סכום דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם וזאת על פי ניסיון התביעות ובהתאם לנוסחת התאמת הפרמיה והכללים הקבועים בהסכם הביטוח.
- 5.2.2. לא נשאה תוכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, לא יחול שינוי בדמי הביטוח שנקבעו במועד עריכת החשבון למעט הצמדתם למדד.

5.3. קביעת דמי הביטוח בהתאם לסעיף 5 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, התשס"ט-2009

המבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח, שנושא בתשלומם המבוטח, בסכום העולה על 15 ₪ במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50% מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת והמתועדת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח.

אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו.

לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח" -

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

5.4. על אף האמור בסעיף 5.3, המפקח על הביטוח רשאי לאשר למבטח כי לגבי תוכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבוטח לפי תקנה זו, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים.

6. הצטרפות לביטוח

6.1. צירוף מבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקודם

כל המבוטחים בהסכם הביטוח הקודם (להלן: "הביטוח הקודם"), שהסתיים ב- 28.02.2026 יצורפו לפוליסה זו ללא צורך במילוי הצהרת בריאות.

על מבוטחים אלה לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, הכיסוי הביטוחי לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת, כמו כן, לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי ולא תחול תקופת אכשרה כלשהי.

מכסות הטיפוליים וסכומי התגמולים הנקובים בפרקים ט"א ו"ב יקומו מחדש, אף אם מכסות הטיפוליים ו/או סכומי הביטוח על פי כל סעיף או פרקים אלו מוצו במלואם או בחלקם במסגרת ביטוח הקבוצתי הקודם.

יובהר, כי למבוטח תקום הזכאות לטיפולים וסכומי הביטוח כאמור מחדש ולא בנוסף לאלו שהיו קיימים בביטוח הקבוצתי הקודם.

6.2. צירוף מבוטחים שלא היו כלולים בהסדר הביטוח הקודם

6.2.1. חלון הזדמנויות

עובדים, בני/בנות זוגם וילדיהם עד גיל 24 שנים שלא היו כלולים בהסדר הביטוח הקודם יהיו רשאים להצטרף לביטוח זה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות והליך חיתומי ובתנאי שהעובדים הגישו בשמם ובשם בני משפחתם בקשת הצטרפות תוך 90 ימים מתחילת תוקף הסכם הביטוח (להלן: "חלון הזדמנויות").

על מבוטחים אלה יחול סייג בגין מצב רפואי קודם ויחולו תקופות אכשרה הנקובות בכל סעיף או פרק לפי העניין.

הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב- 1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם.

6.2.2. בקשת הצטרפות בחלוף תקופת חלון ההזדמנויות

בקשת הצטרפות אשר הוגשה בחלוף תקופת ההצטרפות, כרוכה במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו.

הביטוח עבור מבטחים אלה ייכנס לתוקפו ב- 1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

על מבטחים אלה יחולו תקופות אכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

6.3. צירוף עובדים חדשים ובני משפחתם

6.3.1. עובדים חדשים שהחלו את העסקתם אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת הסכם הביטוח ואשר יגישו בקשת הצטרפות עבורם ועבור בני/בנות זוגם וילדיהם עד גיל 24 שנים, תוך 90 ימים ממועד תחילת העסקתם (להלן: **"תקופת הצטרפות"**), יצורפו בכפוף למילוי טופס הצטרפות וללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם.

הביטוח עבור מבטחים אלה ייכנס לתוקפו ב- 1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

6.3.2. עובדים כאמור אשר לא ניצלו את זכאותם מתוקף סעיף 6.3.1, אשר יגישו בקשת הצטרפות עבורם ועבור בני/בנות זוגם וילדיהם עד גיל 24 שנים, תוך 90 ימים ממועד זכאותם לקבל מימון עלות הביטוח מאת בעל הפוליסה, יצורפו בכפוף למילוי טופס הצטרפות, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות בכפוף לתקופות אכשרה ובכפוף לסייג רפואי קודם.

הביטוח עבור מבטחים אלה ייכנס לתוקפו ב- 1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

6.4. צירוף בן/בת זוג שנישא לעובד/ת מבטח/ת

בן/בת זוג אשר יינשא/תינשא לעובד/ת מבטח/ת וילדיו/ה עד גיל 24 שנים, יהיו זכאים להצטרף לביטוח בתוך 90 יום ממועד הנישואין (להלן: **"תקופת הצטרפות"**) או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור של העובד/ת על ידי בעל הפוליסה, בכפוף למילוי טופס הצטרפות וללא צורך במילוי הצהרת בריאות.

הביטוח עבור מבטחים אלה ייכנס לתוקפו ב- 1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

על מבטחים אלה יחול סייג בשל מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 3 בפרק ב'.

על מבטחים אלה לא יחולו תקופות אכשרה הנקובות בכל סעיף או פרק לפי העניין.

6.5. צירוף תינוק לביטוח

6.5.1. תינוק של מבטח שנולד במהלך תקופת הביטוח ואשר במהלך 180 ימים מיום היוולדו תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח, יצורף ללא מילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, וזכאותו לתגמולי ביטוח ותוקף הביטוח עבורו תחל למפרע במועד היוולדו וללא תקופת אכשרה.

6.5.2. בחלוף תקופה זו (180 יום מיום היוולדו), הצטרפות התינוק מותנית במילוי הצהרת בריאות אשר לאחריה יועבר אישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו.

על מבטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

הביטוח עבור מבטחים אלה ייכנס לתוקפו ב- 1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

6.6. צירוף ילד/ה מאומץ/ת או ילד/ת אומנה

6.6.1. ילד/ה מאומץ/ת או ילד/ת אומנה של מבוטח, שתוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח במהלך 180 יום מיום האימוץ / הקבלה לאומנה, יצורף ללא מילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, וזכאותו לתגמולי ביטוח ותוקף הביטוח עבורו יחל למפרע במועד בו הוכר כילדו של העובד/ת על פי חוק ובכפוף לחריג מצב רפואי קודם.

6.6.2. בחלוף תקופה זו (180 יום ממועד האימוץ כחוק), הצטרפות הילד/ה המאומץ/ת או אומנה מותנית במילוי הצהרת בריאות ואישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיה ו/או סייגיה.

על מבוטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.
הביטוח עבור מבוטחים אלה ייכנס לתוקפו ב- 1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

6.7. בקשת הצטרפות בחלוף תקופות ההצטרפות

בקשת הצטרפות אשר הוגשה בחלוף תקופת ההצטרפות הנקובות בכל סעיף לעיל, לפי העניין, כרוכה במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו.

הביטוח עבור מבוטחים אלה ייכנס לתוקפו ב- 1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

על מבוטחים אלה יחולו תקופות אכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

6.8. צירוף ילדים בוגרים (מעל גיל 24 שנים)

עובד/ת אשר צורף/ה לביטוח רשאי/ת להגיש בקשת הצטרפות לביטוח עבור ילדיו הבוגרים שגילם מעל 24 שנים.

ההצטרפות כרוכה במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו.

הביטוח עבור מבוטחים אלה ייכנס לתוקפו ב- 1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

על מבוטחים אלה יחולו תקופות אכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

6.9. פרישה של מבוטח מהביטוח וצירופו בשנית

מובהר בזאת, כי מבוטחים אשר מסיבה כלשהי פרשו מביטוח זה או מהביטוח הקבוצתי הקודם **באמצעות בעל הפוליסה** וחזרו בהם, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות.

הצטרפותם מחדש לביטוח מותנית בהסכמה ובאישור מפורש של המבטח.

זכאותם לתגמולי ביטוח תקום לאחר תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

הביטוח עבור מבוטחים אלה ייכנס לתוקפו ב- 1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

6.10. הצטרפות של מי שהיה מבוטח בביטוח פרטי או קבוצתי אחר

6.10.1. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הזכאים להצטרף לביטוח שיבקשו להצטרף לביטוח זה

במהלך תקופת ההצטרפות או חלון ההזדמנויות ובמועד הצטרפותם לביטוח זה

מבוטחים בביטוח פרטי או בביטוח קבוצתי, אצל המבטח או מבטח אחר (להלן:

"ביטוח אחר"), יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה בכפוף למילוי טופס הצטרפות ללא

צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם כאמור

בסעיף 3 בפרק ב' לגבי כיסויי ביטוח חופפים מהביטוח האחר ולא יחולו תקופות

אכשרה לגבי כיסויי ביטוח חופפים.

6.10.2. אם הזכאי להצטרף לביטוח היה מבוטח בביטוח פרטי או קבוצתי אצל המבטח, יהיה רשאי להצטרף לביטוח זה בכל עת, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 3 בפרק ב' לגבי כיסויי ביטוח חופפים מהביטוח האחר ולא יחולו תקופות אכשרה לגבי כיסויי ביטוח חופפים.

לענין סעיף זה, "כיסויי ביטוח חופפים" - כיסויי ביטוחי בעל תכולה דומה, אף אם סכומי הביטוח או תנאי הכיסוי שונים.

6.10.3. יובהר, כי הזכאות להצטרף לביטוח זה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות מותנית בכך שהביטוח האחר הסתיים, בוטל או הופסק לגביהם ובקשת ההצטרפות הוגשה תוך 90 ימים ממועד תום תוקף הביטוח הפרטי או הקבוצתי.

6.11. צירוף מבוטחים בהתאם לסעיף 4 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, התשס"ט-2009

(א) מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
(1) במועד תחילת תקופת הביטוח, לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לענין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים.

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי.
לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

(ב) האמור בסעיף (א) לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:
(1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.

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

(3) לא בוטל אחד או יותר מפרקי כיסויי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה.
לענין זה, "פרק כיסויי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה:

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

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

6.12. קביעת דמי ביטוח לפי תקנה 5 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, התשע"ה-2015

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

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

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

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

6.13. מתן מסמכים למבוטח לפי תקנה 6 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, התשע"ה-2015

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

(א1) על אף האמור בתקנת משנה (א), 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 ויצוין -

- (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי.
- (2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה.
- (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

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

- (1) שם המבוטח, שם בעל הפוליסה, שם סוכן הביטוח אם קיים ושם פוליסת הביטוח הקבוצתי החלה לגבי המבוטח.
- (2) סכום הביטוח שרכש מבוטח מסוים, אם ניתן לרכוש סכומי ביטוח שונים לגבי אותו כיסוי במסגרת אותה פוליסה.
- (3) הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסוים, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של אותו מבוטח.

- (4) תוספת חיתומית לגבי מבטח מסוים וכן פירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשללהם נקבעה התוספת האמורה.
- (5) אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולבירור זכויות וחובות לפי הפוליסה.
- (6) פרטים נוספים שיורה עליהם המפקח.
- (ג) חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבטח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטח.
- (ד) נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבטח, לפי דרישתו, העתק מן החווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטח ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבטח הוראות בחווזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

6.14. מתן הודעות למבטח לפי סעיף 7 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, התשע"ה-2015

- (א) חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה 12 - "מועד תחילת השינוי"), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים שהיה מבטח בה ערב מועד תחילת השינוי עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.
- נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבטח ובהיעדרה המשמעות של היעדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)(2).
- לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבטח בתוך 21 ימים ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבטח.
- הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.
- על אף האמור בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, התשע"ה-2015, הודעה ראשונה למבטח יכול שתישלח גם במסרון או באמצעות דואר אלקטרוני.
- יובהר, כי המבטח יהיה מנוע לבטל ביטוחו של מבטח אלא אם נמסרה בדואר רשום הכולל אישור מסירה או נערכה שיחת טלפון מתועדת במהלכה נמסרה הודעה למבטח שאי הסכמתו המפורשת לעדכון הפרמיה תגרור פגיעה בזכאותו בביטוח.
- (1א) חודשה פוליסה לקבוצת מבטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.
- (2א) הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.
- (3א) פסקה הזיקה בין המבטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

(ב) חלה על מבטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח.

הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

6.15. חובת גילוי - בהתאם לסעיפים 6 ו- 7 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981

6.15.1. הציג המבטח למבטח לפני כריתת הפוליסה, אם בטופס של הצעת הביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את הפוליסה בכלל או לכרות אותה בתנאים שבה (להלן: "עניין מהותי"), על המבטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.

שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור, אלא אם הייתה סבירה בשעת כריתת הפוליסה.

6.15.2. הסתרה בכוונת מרמה מצד המבטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

6.15.3. ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטח בתוך 30 ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבטח.

במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה ו/או המבטח לפי העניין להחזר הפרמיות ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם המבטח פעל בכוונת מרמה.

6.15.4. קרה מקרה הביטוח לפני שהתבטלה הפוליסה מכוח האמור לעיל, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין הפרמיות שהיו משתלמות כמקובל אצלו, לפי המצב לאמיתו לבין הפרמיות המוסכמות כמפורט בדף פרטי הביטוח והוא פטור כליל בכל אחת מאלה:

6.15.4.1. התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

6.15.4.2. מבטח סביר לא היה מתקשר על פי פוליסה זו, אף בפרמיה גבוהה יותר אילו ידע את המצב לאמיתו.

במקרה זה, זכאי בעל הפוליסה ו/או המבטח לפי העניין להחזר הפרמיות ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

6.15.5. המבטח לא יהיה זכאי לתרופות המפורטות בסעיפים 6.15.3 ו- 6.15.4 לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

6.15.5.1. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.

6.15.5.2. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

6.15.6. בנוסף, לא יהיה המבטח זכאי לתרופות האמורות בסעיף זה לעיל, לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת הפוליסה, זולת אם המבטח פעל בכוונת מרמה.

6.16. תשובת המבטח לבקשת הצטרפות לביטוח למבוטחים הנדרשים למלא הצהרת בריאות

- 6.16.1. המבטח ישיב לבקשת ההצטרפות תוך 14 ימי עבודה מהיום בו התקבלו במשרדיו הבקשה וכל המסמכים הדרושים לבחינת תנאי ההצטרפות.
- 6.16.2. שולמו למבטח כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת המבטח לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבטח לעריכת הביטוח.
- במקרה זה, בתוך 90 יום ממועד קבלת דמי הביטוח לראשונה, ישלח המבטח החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח וישלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח או הודעת דחייה על פיה המבטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית.
- 6.16.3. אם תוך 90 יום ממועד קבלת דמי הביטוח לראשונה, לא שלח המבטח הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח.
- 6.16.4. אירע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת המבטח בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות אצל המבטח לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, היה המבטח מודיע למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.
- 6.16.5. מובהר, כי סעיף 6.16.4 לא יחול על מבוטחים שצירופם לביטוח הוא צירוף אוטומטי כהגדרתו בפרק א'.

7. תביעות

- 7.1. **הודעה על קרות מקרה הביטוח בהתאם לסעיף 22 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981**
- קרה מקרה הביטוח, על המבטח או המוטב להודיע על כך למבטח מיד לאחר שנודע לו על קרות המקרה ועל זכותו לתגמולי הביטוח.
- מתן הודעה מאת אחד מאלה משחרר את השני מחובתו.
- 7.2. **בירור חבותו של המבטח בהתאם לסעיף 23 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981**
- 7.2.1. משנמסרו למבטח הודעה על קרות מקרה הביטוח ותביעה בכתב לתשלום תגמולי הביטוח, על המבטח לעשות מיד את הדרוש לבירור חבותו.
- 7.2.2. על המבטח או על המוטב, לפי העניין, למסור למבטח, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדרושים לבירור החבות ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטח, ככל שיוכל, להשיגם.
- 7.3. **הכשלה של בירור החבות בהתאם לסעיף 24 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981**
- 7.3.1. **לא קוימה חובה לפי סעיף 7.1 או לפי סעיף 7.2 (ב) במועדה וקיומה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קוימה החובה.**
- הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
- 7.3.1.1. החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות.
- 7.3.1.2. אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.

- 7.3.1.3. עשה המבוטח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.**
- 7.4. מבלי לגרוע מזכאותו של המבוטח על פי תנאי הפוליסה ועל פי כל דין, המבוטח רשאי לפנות למבטח לקבלת אישור מוקדם לפני קבלת הטיפול.**
- למען הסדר הטוב, יודגש, כי האישור המוקדם נועד כדי לידע את המבוטח לגבי הטיפולים המכוסים בפוליסה, סך השתתפות המבטח בגין הטיפול והאם נותן השירות מאושר לבצע את הטיפול המבוקש.
- 7.5. יודגש, כי במקרי ביטוח הבאים: השתללות בארץ ובחו"ל, טיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים בארץ, ניתוחים בחו"ל ותרופות שלא בסל הבריאות, יפנה המבוטח אל המבטח בטרם קבלת הטיפול בכדי לקבל אישור לחבותו על פי פוליסה זו.**
- קבלת אישור המבטח לקיום מקרי ביטוח כאמור היא תנאי מהותי לאחריות המבטח.**
- 7.6. למרות האמור בסעיף 7.5 לעיל, אם בוצע במבוטח טיפול רפואי טרם קבלת אישור המבטח מראש, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, בכפוף לזכאותו על פי פוליסה זו ובסכום חבות המבטח על פי הפוליסה וחריגיה אם היה מבקש אישור מראש והאישור היה ניתן על ידי המבטח.**
- 7.7. יובהר, למעלה מכל ספק, כי המבטח לא ישפיע על שיקול דעתו המקצועי של רופא או מטפל ולא ייתן לו הוראות או הנחיות טיפוליות המגבילות את שיקול דעתו המקצועי, בכפוף לכך שהרופא פועל על פי סטנדרטים רפואיים מקובלים.**
- 7.8. חבות המבטח**
- 7.8.1. המבטח יהיה אחראי לכל מקרה ביטוח כהגדרתו בכל אחד מפרקי הפוליסה אשר אירע במהלך תקופת הביטוח הנוכחית.**
- 7.8.2. יובהר, למעלה מכל ספק, שהמבטח לא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו, בגין מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח הקבוצתי הקודם.**
- 7.8.3. למרות האמור, אם נדחתה תביעתו של מבוטח בפוליסה זו בטענה כי מקרה הביטוח אירע בתקופת הביטוח הקודמת והמבוטח הגיש תביעה מתוקף הסכם הביטוח הקבוצתי הקודם, ותביעתו נדחתה על ידי המבטח הקודם בטענה שמקרה הביטוח אינו חל בתקופת הביטוח הקודמת אלא חל בתקופת ביטוח זו וכי תמה חבותו של המבטח הקודם עקב סיום תקופת הביטוח, יישא המבטח בתגמולי ביטוח על פי התנאים וגבולות האחריות על פי פוליסה זו.**
- 7.8.4. יובהר, למעלה מכל ספק, כי האמור בסעיף 7.8.3 מתייחס לסוגיית הגדרת מקרה ביטוח בלבד ולא להיקף הכיסוי הביטוחי וסכומי הביטוח.**
- לאמור, המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין כיסוי ביטוחי שהיה קיים בפוליסה הקודמת והוסר בפוליסה זו או אם תחולת הכיסוי הביטוחי בפוליסה הקודמת הייתה רחבה יותר או אם סכום הביטוח בפוליסה הקודמת היה גבוה יותר מסכום הביטוח בפוליסה זו.
- 7.8.5. למען הסר ספק, המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח עבור טיפול רפואי שבוצע בפועל במהלך תקופת הביטוח הקודמת.**
- 7.9. זכאות במהלך שירות צבאי סדיר**
- במהלך שירות צבאי סדיר, יהיה ילדו של מבוטח זכאי לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו, לרבות בפרק הניתוחים ללא צורך במיצוי זכאותו מהשב"ן.
- למען הסדר הטוב, יודגש, כי על חייל בשירות סדיר לקבל אישור שלטונות צה"ל בטרם קבלת שירות רפואי באופן פרטי, עקב כך ייתכן כי המשרת - המבוטח לא יוכל למצות את מלוא זכויותיו על פי תנאי פוליסה זו.

8. זמני טיפול בתביעה

- 8.1. המבוטח רשאי להגיש את מסמכי התביעה באמצעות הדואר, פקס, דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.
- 8.2. עם קבלת מסמכי התביעה במשרדי המבטח, יישלחו הודעת SMS או דואר אלקטרוני ובנוסף באמצעות האזור האישי באתר המבוטח, המעדכנים את המבוטח על הגעת המסמכים והזמן המשוער הנדרש לסילוק התביעה.
- 8.3. המבטח יבדוק את המסמכים הרפואיים שיגיש המבוטח בכל הקשור לכיסוי הביטוח בפוליסה שברשותו ויסייע למבוטח למצות את מלוא זכויותיו בכל הכיסויים אשר בפוליסת הביטוח.
- 8.4. אם יתברר, כי נדרשים מסמכים נוספים לבירור חבותו של המבטח ו/או לצורך סילוק התביעה, יפנה המבטח למבוטח במענה מתועד (הודעת SMS או דואר אלקטרוני או דואר בהיעדר מידע כאמור), יעדכנו לגבי המסמכים החסרים וידריך אותו על אופן שליחת המסמכים החסרים.
- 8.5. המבטח מתחייב לפעול על פי המועדים הקבועים בחוזר יישוב תביעות העדכני שפורסם על ידי הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון (המפקח על הביטוח), על אף זאת, המבטח יפעל להשיב למבוטח תוך 21 ימי עבודה מהמועד בו התקבלו אצל המבטח כל המסמכים הדרושים לבירור חבותו על החלטתו לגבי התביעה או לגבי הצורך במסמכים נוספים הדרושים לו לשם בירור חבותו.
- במקרה של צורך בניתוח, המבטח ישיב למבוטח תוך 7 ימי עבודה והכל בהתחשב במועד ביצוע הניתוח.
- 8.6. מבלי לגרוע מכלליות האמור, במקרי ניתוחים דחופים יטופלו התביעות לכל המאוחר עד יום העסקים העוקב.
- 8.7. תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח תוך 30 ימי עבודה מהמועד בו התקבלו אצל המבטח כל המסמכים הדרושים לבירור חבותו על החלטתו.

9. תגמולי ביטוח

- 9.1. מובהר ומוצהר בזאת, כי הזכאות לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו הינה על פי התנאים המצוינים בפוליסה זו ואינה מותנית באישור קופת חולים, השב"ן או כל מבטח אחר, וכי הוראות קופות החולים ו/או תוכניות השב"ן ותנאיהן לא יחולו על פוליסה זו.

9.2. תשלומי תגמולי ביטוח על ידי המבטח

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

9.2.1. התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם

- 9.2.1.1. אם הטיפול יבוצע על ידי נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ימציא המבטח לנותן השירות כתב התחייבות כספית, בניכוי השתתפות השב"ן לו זכאי המבוטח, לפי העניין.
- 9.2.1.2. כתב ההתחייבות יינתן לנותן השירות ו/או למבוטח תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת התביעה במשרדי המבטח, בכפוף לקבלת כל המסמכים הנדרשים לצורך קביעת חבותו.
- 9.2.1.3. במקרים דחופים יומצא כתב ההתחייבות בהקדם האפשרי בכדי לאפשר את קבלת הטיפול במועד ובכפוף לכך שהתביעה אושרה על ידי המבטח.

9.2.2. השתתפות המבטח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם

9.2.2.1. אם הטיפול יבוצע על ידי נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתיאום מראש עם המבטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותן השירות או לשלם למבטח כנגד מסמכים המאשרים את ביצוע התשלום לנותן השירות.

במקרים בהם נבצר מהמבטח לממן את השירות הרפואי ולקבלו במועד ועקב כך ישנה סכנה לחייו או להחמרה משמעותית במצב בריאותו, יסדיר המבטח הקדמת התשלום למבטח טרם קבלת השירות הרפואי.

יובהר, כי תנאי סעיף זה, לא יחולו על פרק הניתוחים בישראל לפיהם ניתוח יבוצע רק באמצעות נותן שירות אשר בהסכם עם המבטח.

9.2.2.2. המבטח ימסור למבטח את כל הקבלות (מקור / העתק), הפרטים והמסמכים הרפואיים הדרושים למבטח לבירור תביעתו.

המבטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או באיזור האישי באתר המבטח.

9.2.2.3. המבטח יהיה זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה באופן סביר ולבדוק את המבטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמו כפי שימצא לנכון.

יובהר, כי אין בכך כדי לגרוע מיכולתו של המבטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.

9.3. אם שולמו למבטח מלוא תגמולי הביטוח על פי סעיף או פרק מסוים בפוליסה זו, בשל מיצוי מכסות הטיפולים הקבועות בו או מיצוי תקרת ההחזר, ימשיך המבטח לשלם את מלוא דמי הביטוח, אולם לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי אותו סעיף או פרק.

9.4. טיפולים רפואיים בחו"ל

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

9.5. פטירת מבטח

נפטר מבטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייב המבטח לשלם.

בהיעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם את היתרה, ככל שמחויב המבטח בכל אחד מפרקי הפוליסה, לשאריו של המבטח.

9.6. חבות המבטח לגבי מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח הקבוצתי הקודם

9.6.1. המבטח יהיה אחראי לכל מקרה ביטוח כהגדרתו בכל אחד מפרקי הפוליסה אשר אירע במהלך תקופת הביטוח הנוכחית.

9.6.2. יובהר, למעלה מכל ספק, שהמבטח לא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו, בגין מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח הקבוצתי הקודם.

9.6.3. למרות האמור, אם נדחתה תביעתו של מבטח בפוליסה זו בטענה כי מקרה הביטוח אירע בתקופת הביטוח הקודמת והמבטח הגיש תביעה מתוקף הסכם הביטוח הקבוצתי הקודם, ותביעתו נדחתה בטענה שמקרה הביטוח אינו חל בתקופת הביטוח הקודמת אלא חל בתקופת ביטוח זו וכי תמה חבותו של המבטח הקודם עקב סיום תקופת הביטוח, יישא המבטח בתגמולי ביטוח על פי התנאים וגבולות האחריות על פי פוליסה זו.

9.6.4. יובהר, למעלה מכל ספק, כי האמור בסעיף 9.6.3 מתייחס לסוגיית הגדרת מקרה ביטוח ולא להיקף הכיסוי הביטוחי וסכומי הביטוח.

לאמור, המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין כיסוי ביטוחי שהיה קיים בפוליסה הקודמת והוסר בפוליסה זו או אם תחולת הכיסוי הביטוחי בפוליסה הקודמת הייתה רחבה יותר או אם סכום הביטוח בפוליסה הקודמת היה גבוה יותר מסכום הביטוח בפוליסה זו.

9.6.5. למען הסר ספק, המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח עבור טיפול רפואי שבוצע בפועל במהלך תקופת הביטוח הקודמת.

9.7. יובהר, כי המבטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.

10. ערעור על החלטת המבטח

10.1. מבלי לפגוע בזכאותו של המבטח לפנות לערכאות משפטיות, במקרה של חילוקי דעות בין המבטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבטח לתגמולים ו/או לגבי סכום התגמולים, יהיה המבטח רשאי לפנות לוועדת ערר.

10.2. ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה, בהתאם לתנאי הפוליסה.

10.3. החלטתה של הוועדה תחייב את המבטח ותיחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.

10.4. ועדת הערר תורכב מ-4 נציגים כדלקמן: 2 נציגים מטעם המבטח, נציג מטעם בעל הפוליסה ויועץ הביטוח.

החלטות הוועדה יתקבלו ברוב קולות חבריה.

10.5. ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה לא יאוחר מ-30 ימים מהמועד בו הוגשו לה כל המסמכים הרלוונטיים הנוגעים לתביעה.

10.6. אם לא קיבלה הוועדה החלטה בתביעה בשל חילוקי דעות בין חבריה, ימנו חבריה בהסכמה רופא מומחה ואם הייתה המחלוקת בין חברי הוועדה נוגעת לעניין שאינו רפואי, ימנו מומחה אחר בתחום לו נוגעת המחלוקת בין חברי הוועדה (להלן בסעיף זה: "המומחה").

במקרים בהם לא הושגה הסכמה לגבי מינוי המומחה, יועץ הביטוח יהיה הפוסק לעניין בחירת הרופא המומחה או המומחה.

יובהר, כי שכרו של המומחה ישולם על ידי המבטח.

10.7. המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות חברי הוועדה, ולאחר מכן יכריע בתביעה.

החלטתו של המומחה תיחשב לכל דבר ועניין כהחלטת ועדת הערר.

10.8. למען הסר ספק, אין בהחלטת המומחה ו/או הוועדה כדי למנוע מהמבטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

11. זכות שיבוב כלפי צד שלישי

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

- 11.2. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבוטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבוטח.
- 11.3. בכל מקרה של פשרה, ויתור או פעולה אחרת של המבוטח, הפוגעת בזכות שעברה למבוטח, עליו לפצותו בשל כך בסכום שלא יעלה בכל מקרה על הסכום עליו ויתר המבוטח ועל התגמולים אותם קיבל מן המבוטח.
- 11.4. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו באופן סביר לשם מימוש זכותו של המבוטח כאמור.

12. כפל ביטוח - בהתאם לסעיף 10 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, התשע"א-2015

- 12.1. המבוטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לסכום התקרה הקבועה בפוליסה זו, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבוטח ובין אצל מבוטח אחר.
- 12.2. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבוטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

13. הצמדה

- 13.1. סכומי הביטוח הקובעים וסכום ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי המבוטח ו/או המבוטח, לפי העניין, צמודים למדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל.
- 13.2. דמי הביטוח, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח הכול לפי העניין, צמודים למדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע תשלום דמי הביטוח.
- 13.3. חישוב ההצמדה יהיה היחס שבין המדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל או המדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע התשלום, לפי העניין, לבין המדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח (מדד הבסיס).

14. ביטול הפוליסה על ידי המבוטח

- 14.1. המבוטח לא יהיה רשאי לבטל את הביטוח במהלך תקופת הביטוח.
- למרות האמור, המבוטח רשאי לבטל את הביטוח למבוטח מסוים על פי התנאים הקבועים בחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981.
- 14.2. אם לא שולמו דמי הביטוח או חלקם ולא שולמו תוך 15 ימים לאחר שהמבוטח דרש מן המבוטח בכתב לשלם, רשאי המבוטח להודיע למבוטח בכתב כי הביטוח עבורו יבטל כעבור 21 ימים נוספים, אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן.
- 14.3. מבלי לגרוע מכל סעד או זכות אחרת העומדים למבוטח על פי כל דין, במקרה של אי תשלום פרמיה על ידי מבוטח, המבוטח יהיה זכאי לעכב כל תשלום ו/או טיפול במבוטח.

15. ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה

- מבלי לגרוע מכל זכות ו/או סעד אחרים של בעל הפוליסה, בעל הפוליסה רשאי לבטל את התקשרותו עם המבוטח בהסכם הביטוח בהודעה בכתב למבוטח בכל עת, מכל סיבה שהיא.
- ביטול הפוליסה ייכנס לתוקפו לאחר 90 יום מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבוטח.
- ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה אצל המבוטח לגבי כל המבוטחים ובלבד שנערך הסכם ביטוח חלופי אצל מבוטח אחר ליתרת תקופת הביטוח.

16. ביטול הפוליסה על ידי המבוטח

- 16.1. המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה מכל סיבה שהיא בהודעה בכתב למבטח בכל עת.
ביטול הפוליסה ייכנס לתוקפו בתום החודש בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח.
- 16.2. יובהר, כי ביטול הפוליסה של העובד/ת המבוטח/ת יהווה גם ביטול הפוליסה של בן/בת הזוג וילדיהם.
- ביטול הפוליסה עבור בן/בת הזוג או ילדי העובד/ת לא יהווה ביטול הביטוח של העובד/ת.
- 16.3. יובהר, למעלה מכל ספק, כי בנסיבות בהן המבוטח ביטל את הפוליסה עבורו ו/או עבור בני משפחתו, לא יחולו לגביהם תנאי ההמשכיות במסגרת פוליסה פרטית כמפורט בסעיף 19 להלן.

17. ביטול הפוליסה לגבי מבוטח מסוים - בהתאם לסעיף 8 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, התשע"א-2015

- 17.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 4(ב) לתקנות והודיע המבוטח בכתב 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.
- 17.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 4 לתקנות או בסעיף 5(ב) לתקנות ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין.
- בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 4(ב)(2) לתקנות.
- לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש ובכתב לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.
- 17.3. על אף האמור בסעיף 9(ב) לתקנות, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה.
- ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

18. תום הביטוח ו/או הפסקתו

- 18.1. תום תקופת הביטוח עבור כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:
- 18.1.1. יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה.
- 18.1.2. היום האחרון בחודש בו סיים המבוטח את עבודתו אצל בעל הפוליסה.
- 18.1.3. בתום החודש מהמועד בו התקבלה במשרדי המבטח בקשת המבוטח להפסיק את הביטוח.

18.1.4. לגבי בן/בת זוג וילדי בני הזוג - היום האחרון בחודש בו הודיע בעל הפוליסה למבטח על גבי קובץ כוח אדם, על סמך הודעה בכתב של המבטח, על גירושיו.
לעניין זה, "גירושין" - לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין בני זוג - ידועים בציבור.

18.1.5. מות המבטח.

18.2. תום תקופת הביטוח בהתאם לסעיף 9ב' בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, התשס"ט-2009.

18.3. פוליסה זו לא תפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 18.1 ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבטח בשל פוליסה זו.

19. המשכיות

19.1. סיום ההסכם או ביטולו

19.1.1. עם סיום ההסכם, לרבות במקרה של ביטולו על ידי בעל הפוליסה או המבטח וההסכם לא חודש לכלל המבוטחים או לחלק מהם, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, יהיו רשאים המבוטחים לגביהם לא חודש הביטוח לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או פחותים לאלה בהם היו מבוטחים על פי ביטוח זה, לפני מועד סיום ההסכם או ביטולו.

19.1.2. דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור של 25% לכל תקופת הפוליסה הפרטית.
ההנחה תחושב מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי, לכל תקופת הביטוח הפרטי.
התעריף ייקבע לפי גיל המבטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

19.1.3. המבטח יפנה בכתב לכל מבטח או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם ויציע להם את אפשרות המעבר לפוליסה פרטית בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח.

תחילת תקופת הביטוח בפוליסה הפרטית תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

19.1.4. המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת אכשרה, ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצב רפואי במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לכיסויים הדומים (אך לא זהים) או פחותים מהכלול בפוליסה זו ואשר מוצעים באותה עת על ידי המבטח לכלל האוכלוסייה.

אם יוסיף המבטח כיסויים מעבר לאלו שבהם היה מבטח, יידרש המבטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.

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

19.1.6. יובהר בזאת, כי המבטח יהיה אחראי וחייב בתגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח ובכפוף לתקופת ההתיישנות כמוגדר בפוליסה.

19.1.7. מבטח הזכאי לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו וטרם מיצה את מלוא זכאותו בתקופת הביטוח הנוכחית, המבטח יהיה מחויב להמשיך ולשלם לו את תגמולי הביטוח גם לאחר תום תקופת הביטוח ובתנאי שמקרה הביטוח אירע בתקופת הביטוח הנוכחית.

19.2. המשכיות הביטוח עקב סיום עבודתו אצל בעל הפוליסה

19.2.1. מבוטח שסיים את עבודתו אצל בעל הפוליסה, ואינו מוגדר כגמלאי ובני משפחתו שהיו מבוטחים, יוכלו לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים לפני סיום עבודתו, ברצף ביטוחי מלא לכיסויים החופפים (ככל שיהיו נהוגים לשיווק אצל המבטח באותה עת).

19.2.2. דמי הביטוח בפוליסה הפרטית יהיו בהנחה בשיעור של 25% לכל תקופת הפוליסה הפרטית, מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי, לכל תקופת הביטוח הפרטי ובתנאי שההתקשרות עם המבטח תבוצע במישרין עם המבטח, ללא מעורבות סוכנות ביטוח והכל על פי החלטתו הבלעדית של המבטח.

התעריף ייקבע לפי גיל המבטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

19.2.3. עם היוודע למבטח על סיום עבודתו של המבטח אצל בעל הפוליסה, יודיע בכתב למבטח על אפשרותו להמשיך את הביטוח בפוליסת המשך כאמור לעיל, בתוך 90 יום מקבלת הודעת המבטח.

הודעה כאמור תכלול הסבר ברור לגבי האפשרות להמשיך ביטוח כאמור, כולל הסבר לגבי הזכות לרצף ביטוחי מלא לגבי כיסויים דומים (אך לא זהים) או פחותים.

19.2.4. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה מיום סיום העסקתו של המבטח אצל בעל הפוליסה.

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

19.2.6. על אף האמור, יובהר כי על סעיף זה יחולו הוראות סעיף 17.3 לעיל.

לפיכך, בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע למבטח על המשך הביטוח עבור הפורש ועבור בני משפחתו המבוטחים עד תום תקופת ההסכם.

19.3. המשכיות הביטוח במקרה של גירושין

19.3.1. בוטל ביטוחו של בן/בת זוגו של עובד/ת עקב גירושין, יהיה זכאי הגרוש/ה לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים (אך לא זהים) או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים במסגרת הביטוח הקבוצתי ברצף ביטוחי מלא.

19.3.2. דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור של 25% לכל תקופת הפוליסה הפרטית ההנחה תינתן מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי, לכל תקופת הביטוח ובתנאי שההתקשרות עם המבטח תבוצע במישרין עם המבטח, ללא מעורבות סוכנות ביטוח והכל על פי החלטתו הבלעדית של המבטח. התעריף ייקבע לפי גיל המבטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

19.3.3. המשך הביטוח בתנאים הקבועים בסעיפים 19.3.1 ו- 19.3.2 מותנה בכך שהבקשה לרכישת הביטוח הפרטי התקבלה במשרדי המבטח 90 יום ממועד ההודעה על הגירושין.

19.4. המשכיות הביטוח עבור בני משפחה במקרה של פטירת עובד/ת

מובהר, כי שאיריו של עובד/ת שנפטר/ה ימשיכו להיות מבוטחים בפוליסה זו עד תום תקופת ההסכם ודמי הביטוח ישולמו למבטח במישרין על ידי השאירים.

המשך הביטוח כאמור מותנה בכך שתשלומי דמי הביטוח הוסדרו במישרין מול המבטח בתוך 90 יום מיום פטירתו של העובד/ת.

19.5. יובהר, מעל לכל ספק, כי מבטח שביטל את הפוליסה מיוזמתו, לא יהיה זכאי לתנאי ההמשכיות המצוינים לעיל.

19.6. זכויות המבוטחים בתקופת חופשת לידה / חופשת ללא תשלום
עובד/ת שיצא/ה לחופשת לידה / חופשה ללא תשלום (להלן: "**חופשת לידה / חופשה ללא תשלום**"), בין אם מיוזמתו ובין אם מכוח חוק ופרטיו הועברו למבטח, ימשיך להיות מבטח/ת בתעריף הנהוג לכלל המבוטחים, בעל הפוליסה יעביר את דמי הביטוח בגינו כסדרם.
עם שובו/ה של המבוטח/ת לעבודה, בעל הפוליסה יסדיר את התשלום עם המבוטח/ת עם שובו/ה לעבודה.

20. שינויים בפוליסה

20.1. בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע בכל עת למבטח על רצונו לנהל משא ומתן כדי לערוך שינויים / שיפורים בתנאי הפוליסה ו/או להאריך או לקצר את תקופת הסכם הביטוח ו/או לעדכן את תנאי הביטוח בהתאם להנחיות או תקנות המפקח על הביטוח או חיקוק או שינוי תקנות השב"ן (תוכניות שירותי בריאות נוספים המופעלות על ידי קופות החולים) כפי שיהיו מעת לעת (להלן: "**תיקון הפוליסה**").

במקרה כזה ינהלו הצדדים משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה.
20.2. לא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי התיקון המבוקש ו/או לגבי העלויות הכרוכות בכך, יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא את הסכם הביטוח לסיומו, אף אם טרם חלפה במלואה תקופת הביטוח, וזאת בהודעה בכתב שייתן למבטח 90 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה ובתנאי שערך הסדר ביטוח חלופי למבוטחים עד סוף תקופת הביטוח.
20.3. אם במהלך תקופת הביטוח חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, בהסכמה בין המבטח ובעל הפוליסה, יחולו התנאים הקבועים בסעיפים 5(ב') ו-7(א') לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, התשע"א-2015, לפי העניין.

21. אחריות המבטח לגבי טיפולים המבוצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל וביטוח נסיעות לחו"ל

חבות המבטח הינה לגבי טיפולים ושירותים רפואיים הכלולים בפוליסה זו, המבוצעים במדינת ישראל, אף אם הצורך בביצוע הטיפול הרפואי התגלה בעת שהות המבוטח בחו"ל ולמעט: השתלות, טיפולים רפואיים מיוחדים, ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח, אשר המבוטח בחר לבצעם בחו"ל בהתאם לתנאים והסייגים הקבועים בכל פרק, לפי העניין, ובתנאי שהצורך בטיפול הרפואי התגלה לראשונה טרם יציאתו של המבוטח לחו"ל.

יובהר, מעבר לכל ספק אפשרי, כי הביטוח בפוליסה זו אינו מחליף טיפול רפואי המכוסה במסגרת ביטוח נסיעות לחו"ל ואינו מהווה פוליסת נסיעות לחו"ל.

22. התיישנות

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

23. חוק הביטוח

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

24. הודעות

על המבוטח להודיע למבטח על כל שינוי בכתובתו באמצעות עדכון באזור האישי באתר המבטח או על ידי משלוח דואר אלקטרוני לכתובת mokedbi@migdal.co.il.

הודעה שישלח המבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של המבוטח, תיחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה.

אם חזרה ההודעה ששלח המבטח בדואר, ישלח המבטח הודעה בדואר לכתובתו הרשומה במרשם האוכלוסין וזו האחרונה תיחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה.

25. מקום שיפוט

בתביעות שבין המבוטחים למבטח, מקום השיפוט בכל הקשור או הנובע מפוליסה זו יהיה בכל בית משפט בישראל המוסמך לכך.

26. פרשנות

בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ו/או אי התאמה בין הוראות בכל פרק ו/או בין כל פרק לפרק אחר, אזי יחולו אותן הוראות וייחסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מרב החבויים ויחול תמיד הפירוש שיהיה לטובת המבוטחים בנסיבות העניין.

הוראות הפוליסה על נספחיה יפורשו תמיד כבאות להוסיף על זכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים ולא כבאות לגרוע מהן.

בנוסף, כותרות הסעיפים באות לשמש כמראה מקומות בלבד ואין להשתמש בהן כפירוש לפוליסה זו.

פרק ד' - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

1. הגדרות

1.1. השתלה:

השתלת איבר או חלק מאיבר, שרופא מומחה בתחום הנוגע לעניין בישראל אישר כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצועה העונה על אחת החלופות הבאות כמפורט באחד הסעיפים 1.1.1-1.1.3:

1.1.1. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, השתלת איבר שלם או חלק מאיבר לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי.

במקרה שבו יושתל לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

1.1.2. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם, השתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה שנלקח מבעל חיים, במקומם.

1.1.3. השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי שמקורם במבוטח עצמו.

1.2. טיפול חלופי בישראל:

טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של מבוטח הניתן לביצוע בישראל, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת באמצעות טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל ובלבד שאינו כרוך בתופעות לוואי חמורות יותר או בתוצאות גופניות חמורות יותר או נזק למבוטח, הפוגע באיכות חייו.

1.3. טיפול מיוחד מחוץ לישראל:

טיפול רפואי מחוץ לישראל לרבות ניתוח (למעט השתלה כהגדרתה לעיל), שרופא מומחה בישראל בתחום הנוגע לעניין הוציא לגביו חוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו ומתקיים בו לפחות אחד מהתנאים הבאים המפורטים בסעיפים 1.3.1-1.3.5:

1.3.1. שירותי הרפואה בישראל אינם מספקים את הטיפול המיוחד.

1.3.2. הטיפול המיוחד חיוני להצלת חיי המבוטח ומניעתו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח או לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו.

1.3.3. זמן ההמתנה המקובל בישראל לטיפול מאותו סוג, ארוך באופן שעלול לגרום להחמרה משמעותית המסכנת את חיי המבוטח.

1.3.4. סיכויי ההצלחה ו/או סיכויי ההחלמה בביצוע הטיפול המיוחד מחוץ לישראל גבוהים משמעותית מסיכויי ההצלחה של ביצוע טיפול זה בישראל.

1.3.5. **הרחבה לכיסוי הביטוחי** - מבלי לגרוע מהאמור, טיפול אשר נועד להצלת אובדן מלא של השמיעה באחת או שתי האוזניים או הראייה באחת או שתי העיניים או אי ביצוע הטיפול הרפואי עלול לגרום לנכות צמיתה העולה על 75% על פי המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי, ייחשבו לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו של המבוטח.

1.4. רופא מומחה בישראל:
רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

1.5. תקופת אכשרה:
תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לפרק זה בפוליסה והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה.
תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל.

3. הכיסוי הביטוחי

פרק זה להשתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל תכלול כיסוי ביטוחי בהתאם למפורט להלן:

3.1. להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - יינתן כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 4.1, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 4.2 וכן פיצוי כמפורט בסעיף 4.3.

3.2. להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שלא בהסכם עם המבטח - יינתן כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 4.1, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 4.2 וכן פיצוי כמפורט בסעיף 4.3 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על הסכומים המפורטים להלן:

3.2.1. עבור השתלה כהגדרתה בחלופה בסעיפים 1.1.1 ו- 1.1.2 - עד 5,000,000 ₪.

3.2.2. עבור השתלה כהגדרתה בחלופה בסעיף 1.1.3 - עד 200,000 ₪.

3.2.3. הרחבה לכיסוי הביטוחי - מסלול חלופי - פיצוי במקרה של צורך בביצוע השתלה.

המבוטח יהיה זכאי לבחור במסלול חלופי לסעיף 3.2.1 - מסלול המקנה פיצוי חד פעמי מיוחד במקרה שמצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה כהגדרתה בסעיפים 1.1.1 ו- 1.1.2 לעיל.

3.2.3.1. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 350,000 ₪ בגין מצבו הרפואי המחייב את ביצוע ההשתלה ובתנאי מפורש שקיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.

במידה ואין אישור של המרכז הלאומי להשתלות על המבוטח להעביר המלצה משני רופאים מומחים בדרגת סגן מנהל מחלקה ומעלה.

3.2.3.2. על אף האמור לעיל, פיצוי זה לא יחול על השתלת מח עצם או תאי אב שמקורם בתרומה עצמית או מתורם זר.

3.2.3.3. למען הסר ספק, מובהר, כי מבוטח שבחר במסלול פיצוי לפי סעיף זה, **לא יהיה זכאי לכל שיפוי בגין הוצאה אחרת המפורטת בסעיפים 4.1, 4.2 ו- 4.3.3 להלן.**

3.3. עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם

כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים 4.1.2-4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיפים 4.2.2-4.2.6.

3.4. עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם

כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים 4.1.2-4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיפים 4.2.2-4.2.6, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על 1,000,000 ₪.

4. התחייבות המבטח

יובהר, כי בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה, ייבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008.

4.1. בקורות מקרה הביטוח המבטח ישלם תגמולי ביטוח בגין ההוצאות המפורטות (להלן: "שיפוי מלא"), בכפוף להוראות ולתקרות סכומי הביטוח המפורטים בסעיפים 3.1-3.4 לעיל:

4.1.1. הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.

4.1.2. הוצאות אשפוז מחוץ לישראל עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

4.1.3. הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל.

4.1.4. הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל במחלקת תיירים להשתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד או שני מלווים אם המבוטח הוא קטין והוצאות שיבתם לישראל.

4.1.5. הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה.

4.1.6. הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך ההשתלה או לצורך הטיפול המיוחד מחוץ לישראל.

4.1.7. הוצאות בשל מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.

4.2. להוצאות המפורטות (להלן: "שיפוי מוגבל") לפי תקרות הסכומים המופיעות לצדן ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4 לעיל:

4.2.1. הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה ובכלל זה רישום במאגרים מחוץ לישראל - עד 300,000 ₪.

4.2.2. הוצאות בשל הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל לרבות טיסות הלוך ושוב לחו"ל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים - עד 200,000 ₪.

4.2.3. הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיפולי דיאליזה - עד 250,000 ₪.

4.2.4. הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ₪.

על אף האמור, אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא.

- 4.2.5. הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל - עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח הוא קטין עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים.
- בנוסף, הוצאות שהייה כמפורט לעיל, יכוסו גם לאחר השחרור מבית החולים ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול הינה חיונית מבחינה רפואית על פי חוות דעתו של הרופא המטפל.
- יובהר, כי במסגרת זו, לא יהיה כיסוי במקרה של צורך במעקב רפואי שניתן לבצעו בישראל ואינו מסכן את חייו של המבוטח.
- הוצאות לטיפול המושך בתוך 12 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל - עד 200,000 ₪ אם הם נובעים מביצוע ההשתלה ועד 150,000 ₪ אם הם נובעים מביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל.
- 4.2.6. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל, עד תקרת כיסוי בגובה 200,000 ₪.
- 4.3. להוצאות המפורטות להלן - פיצוי לפי הסכומים המופיעים לצידן ובכפוף להוראות סעיפים 3.1-3.4 לעיל:
- 4.3.1. קצבה חודשית למועמד להשתלה אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו - 4,500 ₪.
- לחילופין, אם שהה באשפוז בבית חולים - 2,000 ₪ לתקופה שבה היה מאושפז וכל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ- 9 חודשים.
- לעניין זה, "מועמד להשתלה" - מבוטח שקיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.
- 4.3.2. גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה, למעט השתלת מח עצם עצמית - 5,500 ₪ למשך תקופה של 24 חודשים, גם אם ההשתלה בוצעה בארץ.
- 4.3.3. השתלה שבוצעה מחוץ לישראל בהתאם לתנאי חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, למעט השתלת מח עצם עצמית, ללא השתתפות המבטח - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪.

5. תקופת האכשרה

תקופת האכשרה תהיה 90 ימים.

יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.

6. חריגים

- בנוסף לחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה, פרק זה להשתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל מחריג מכיסוי את המקרים הבאים:
- 6.1. מקרה ביטוח שאירע למבוטח לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 6.2. מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או שאירע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי.
- הרחבה לכיסוי הביטוחי ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבוטח על פי פרק זה, מכוסה במלואו על ידי גורם ממשלתי.
- בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.

- 6.3. מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 6.4. מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
- 6.5. השתלות או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל למטרות מחקר או המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם.
- לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה", כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.
- 6.6. השתלה או טיפול מיוחד שאינם נובעים מצורך רפואי ונועדו למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה.
- 6.7. מקרה ביטוח שאירע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.
- 6.8. טיפולי רפואה משלימה.
- 6.9. טיפולים נפשיים.
- 6.10. לגבי טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל -
- 6.10.1. טיפול מיוחד מסיבה של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.
- 6.10.2. טיפול שיניים או חניכיים.

פרק ה' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות

- 1.1. בדיקה גנטית:** בדיקה גנומית מולקולרית או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינן מכוסות בסל הבריאות.
- 1.2. טיפול תרופתי:** נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
- 1.3. מדינות מוכרות:** 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 (EMEA).
- 1.4. מרשם:** מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה או רופא בית חולים, על פי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי וקבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש.
- 1.5. סל שירותי הבריאות:** מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריהן, בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תוכנית השב"ן.
- 1.6. 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 ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
- 1.7. רופא מומחה בכיר:** רופא מומחה המועסק על ידי בית חולים בישראל בדרגת סגן מנהל המחלקה ומעלה.
- 1.8. תקופת אכשרה:** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח, המסתיימת בתום התקופה שצוינה בעבור כל כיסוי ובה המבוטח אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה.
- תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 1.9. תרופה:** חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 1.10. תרופת יתום:** תרופה לטיפול במחלה נדירה.

**1.11. תרופה
מיוחדת:**

תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות, אשר אושרה על ידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות להתוויה רפואית כלשהי והמבוטח קיבל אישור לייבוא אישי של תרופה, מכוח סעיף 29א(3) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986.

הרחבה להגדרת תרופה מיוחדת - טיפול תרופתי באמצעות תרופה העונה על אחד או יותר מהתנאים הבאים:

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

1.11.2. תרופה שהטיפול בה הומלץ על ידי רופא מומחה בכיר ונמצאת בהליך רישום באחת מהמדינות המוכרות, לרבות במסלול אישור בעדיפות ("Priority Review"), במסלול אישור מהיר ("Fast Track Designation") או מסלול אישור מואץ ("Accelerated Approval") או שווה על ידי ה-FDA כ"תרופה פורצת דרך" ("Breakthrough Designation") או לאחר השלמת ניסויים קליניים לתרופה, בשלב שאושר ה-NDA עבור התרופה (New Drug Application).

1.11.3. תרופה שהטיפול בה הומלץ על ידי רופא מומחה בכיר ובחלוף שלושה חודשי טיפול נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

יובהר, כי תגמולי הביטוח עבור נטילת התרופה ישולמו למבוטח החל מתום שלושה חודשי טיפול ואילך.

1.11.4. תרופה שהטיפול בה הומלץ על ידי רופא מומחה בכיר בהסתמך על בדיקה גנטית או בדיקה גנומית מולקולרית או בדיקה אימונוהיסטוכימית שבוצעו במעבדה או מכון מורשה על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בו המעבדה או המכון פועלים.

**1.12. תרופה
ניסיונית:**

תרופה שאינה תרופה מיוחדת, תרופת יתום או תרופה Off Label ושמתיקיים לגביה אחד מהבאים:

1.12.1. תרופה שלא אושרה על ידי רשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לשימוש כלשהו.

1.12.2. תרופה שאושרה לשימוש כלשהו על ידי רשות מוסמכת באחת מהמדינות המוכרות, אך השפעותיה על מצבו הרפואי של המבוטח אינן ידועות והמתווה הטיפולי המבוקש, לרבות מינון התרופה, אינו נתמך בקריטריונים רפואיים מקובלים ולא הוכח כיעיל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

1.12.3. תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני.

- 1.12.4. תרופה Off Label - תרופה שאושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:
- (1) פרסומי ה-FDA.
 - (2) American Hospital Formulary Service Drug Information.
 - (3) US Pharmacopoeia - Drug Information.
 - (4) Drugdex (Micromedex) ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות:
 - (א) עוצמת המלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa.
 - (ב) חוזק הראיות (Strength of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B.
 - (ג) יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa.
 - (5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 - (א) NCCN.
 - (ב) ASCO.
 - (ג) NICE.
 - (ד) Esmo Minimal Recommendation.

2. מקרה הביטוח

- מקרה הביטוח הוא אחד או יותר משני המצבים המפורטים:
- 2.1. מצבו הרפואי של המבוטח מחייב אותו, על פי הוראות רופא מומחה או רופא בית חולים, לקבל טיפול תרופתי, באמצעות אחת או יותר מהתרופות המפורטות להלן:
- 2.1.1. תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות** ואשר הרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
- 2.1.2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות** שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
- הרחבה לכיסוי הביטוחי** - תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מסופקת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, לכלל חברי הקופה.
- 2.1.3. תרופה Off Label.

2.1.4. תרופת יתום אשר אינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה או הוכרה כתרופת יתום על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או באחת או יותר מהמדינות המוכרות להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.

2.1.5. תרופה מיוחדת כהגדרתה בסעיף 1.11.

הבהרה לכיסוי הביטוחי - מועד קרות מקרה הביטוח לצורך קביעת זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח, הינו המועד בו נקבע לראשונה על פי הוראת רופא המבוססת על אבחון רפואי מתועד כי על המבוטח לקבל את הטיפול תרופתי הספציפי העונה על הקריטריונים המפורטים לעיל.

על אף האמור, לכיסוי הביטוחי מבוטח שטרם הצטרפותו לביטוח נטל את הטיפול התרופתי הספציפי המכוסה על פי פרק זה, יהיה זכאי לכיסוי הביטוחי בכפוף לכל התנאים במצטבר:

- 2.1.5.1. הטיפול התרופתי הופסק על פי הוראה רפואית בטרם הצטרפותו לביטוח.
- 2.1.5.2. במועד הצטרפותו לביטוח המבוטח לא נטל את התרופה.
- 2.1.5.3. במהלך תקופת הביטוח, מצבו הרפואי מחייב אותו לקבל את אותו טיפול רפואי שוב.
- 2.1.5.4. המבוטח זכאי לכיסוי הביטוחי בכפוף לתנאי ההצטרפות, תנאי החיתום הרפואי והסייגים הקבועים בפוליסה.

2.2. מצבו הרפואי של המבוטח מצריך, על פי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח, ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח, וזאת בהתאם לפרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה או בארצות הברית.

3. הכיסוי הביטוחי

3.1. פרק זה לתרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות יכלול כיסוי אשר יתחדש אחת לשנתיים, עד סכומי השיפוי המפורטים להלן:

3.1.1. בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1-2.1.4 - עד 3,000,000 ₪ ולא יותר מ- 200,000 ₪ בחודש.

3.1.2. בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1.5 - עד 1,000,000 ₪.

הרחבה לכיסוי זה - לא תחול מגבלה של 200,000 ₪ בחודש.

3.2. סכום שיפוי נוסף בשל כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1-2.1.5 אם נטילת התרופה כרוכה בהוצאות לשירות רפואי או טיפול רפואי ועד תקרת העלות הכרוכה בקבלת שירות זה.

3.3. בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.2 - יינתן שיפוי עד 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ- 40,000 ₪ עבור כל מקרה ביטוח.

מבלי לגרוע מכלליות האמור, יובהר, כי המבטח יישא בתגמולי ביטוח כל עוד מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את נטילת התרופה, אף אם חלפה תקופת הביטוח.

3.4. **ויטמינים ו/או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן**

המבטח יישא בשיעור של 80% מעלות תוספי מזון, ויטמינים ומינרלים הניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי לטיפול במחלת הסרטן שהתגלתה במהלך תקופת הביטוח ועד 400 ₪ לכל חודש, ולתקופה מרבית בת 12 חודשים ממועד גילוי המחלה.

4. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה תהיה 90 ימים.
יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.

5. חריגים

בנוסף לחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה, המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

5.1. מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.

5.2. טיפול תרופתי הניתן מסיבות של הריון, לידה, עקרות, אין אונות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.

הרחבה לכיסוי הביטוחי - לא יכוסה טיפול תרופתי מסיבות של אין אונות ועיקור מרצון בלבד או כל חומר או תרופה הקשור בטיפול בהפריה או פריון המכוסה בסעיף 3.2 בפרק י"ב.

5.3. תרופה הקשורה בשיניים או בחניכיים.

5.4. מקרה ביטוח שנגרם באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעילות בעלת אופי צבאי.
הרחבה לכיסוי הביטוחי - ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבוטח על פי פרק זה, מכוסה במלואו על ידי גורם ממשלתי.

בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.

5.5. מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.

5.6. מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

5.7. תרופה ניסיונית.

5.8. תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות אסתטיקה או קוסמטיקה.

5.9. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים, חיסונים, תוספי מזון או Anti-Aging.

על אף האמור, יכוסו ויטמינים או תוספי מזון כמפורט בסעיף 3.4 לעיל.

5.10. טיפול תרופתי מניעתי לתסמונת הכשל החיסוני (איידס) למעט עבור מבוטחים שהינם נשאים או חולים.

5.11. תרופה לירידה במשקל, למעט אם המבוטח נמצא עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

5.12. שתל, אביזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אביזר מצופה תרופה.

5.13. מקרה ביטוח שאירע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.

5.14. קנבוס - כהגדרתו בתוספת הראשונה לפקודת הסמים המסוכנים (נוסח חדש), התשל"ג - 1973.

למעט תרופה אשר נכללת ברשימת התרופות המאושרות באחת המדינות המוכרות שמכילה אחד או יותר מרכיבי הקנבוס או נגזרות הקנבוס.

6. השתתפות עצמית

- 6.1. סכום ההשתתפות העצמית החודשית - 250 ₪ לתרופה לאותו חודש.
ההשתתפות העצמית תהיה עבור שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש.
מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מההשתתפות העצמית.
- 6.2. על אף האמור בסעיף 6.1 לעיל, לא תיגבה השתתפות עצמית עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ- 5,000 ₪.
- 6.3. על אף האמור בסעיף 6.1 לעיל, בנסיבות בהן השב"ן בה חבר המבוטח השתתף בעלות הטיפול התרופתי, יישא המבוטח ביתרת עלות התרופה, ללא השתתפות העצמית ובתנאי שעלות התרופה למבוטח (יתרת העלות או ההשתתפות העצמית) הינה מעל 1,500 ₪ לכל חודש.
- 6.4. על אף האמור בסעיף 6.1 לעיל, המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיה.

פרק ו' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

1. הגדרות

- 1.1. התייעצות:** התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 1.2. טיפול מחליף ניתוח:** טיפול רפואי או סדרת טיפולים שמבצע רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.3. 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 איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.4. ניתוח מורכב:** ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים ברצף לפחות.
- 1.5. רופא מומחה:** רופא בעל התמחות בתחום הנוגע לעניין המורשה לפי כל דין במדינה שבה מתבצע הניתוח או הטיפול לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.
- 1.6. רופא מומחה בישראל:** רופא שהרשיות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.7. שתל:** כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושלל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.8. תקופת אכשרה:** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה.
- תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, שהמבוטח בחר לבצעו בבית חולים מחוץ לישראל ובלבד שרופא מומחה נתן חוות דעת על צורך בביצוע הניתוח או בטיפול מחליף הניתוח, טרם נסיעתו של המבוטח מחוץ לישראל.

לעניין זה, ביצוע טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

3. הכיסוי הביטוחי

בקורות מקרה הביטוח יכלול פרק זה כיסוי ביטוחי בהתאם למפורט להלן:

3.1. לניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ופיצוי כמפורט בסעיף 3.6.

3.2. עבור ניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ופיצוי כמפורט בסעיף 3.6 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל.

לעניין זה, "עלות הניתוח בישראל" - הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לאותו הניתוח בישראל.

במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר המבטח, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא המבטח ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

3.3. לטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל, בין שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח ובין שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים 3.4.1 ו- 3.4.2 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל.

לעניין זה, "עלות הניתוח החלופי בישראל" - הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לניתוח שאותו החליף הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל.

במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר המבטח, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא המבטח ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

3.4. תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

בקורות מקרה הביטוח יינתן שיפוי מלא עבור ההוצאות המפורטות להלן ובכפוף להוראות סעיפים 3.1-3.3 לעיל:

3.4.1. שכר הרופא המבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל.

3.4.2. כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל ולאשפוז הנלווה לביצועו, כולל הוצאות אשפוז עד לתקרה של 40 ימים כולל אשפוז טרום ניתוח או טרום הטיפול מחליף הניתוח ובכלל זה שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז או הטיפול מחליף הניתוח והאשפוז, בדיקות פתולוגיות, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.

3.4.3. עלות הטסת גופת המבוטח אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך הניתוח.

3.4.4. הוצאות טיסה לניתוח מורכב - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה.

במקרה שהמבוטח קטין - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולשני מלווים.

3.4.5. הוצאות נסיעה יבשתיות בגין ניתוח מורכב של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה.

3.5. בקרות מקרה הביטוח יינתן **שיפוי עד לסכום הכיסוי** ותקרת הסכומים המפורטים לצידן עבור ההוצאות המפורטות להלן ובכפוף להוראות סעיפים 3.1 ו- 3.2 לעיל:

3.5.1. הוצאות שתי התייעצות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל - עד 1,200 ₪ לכל התייעצות.

3.5.2. הוצאות התייעצות אחת בקשר לניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל - עד 4,000 ₪.

3.5.3. הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ₪.

אם המבטח תיאם את ההטסה הרפואית המיוחדת על ידי המבטח - כיסוי מלא.

3.5.4. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות - עד 200,000 ₪.

3.5.5. הוצאות עלות שתל שהושטל במהלך ניתוח ועד 60,000 ₪.

3.5.6. הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב:

3.5.6.1. עלות שכירת שירותי אח/אחות פרטי/ת לתקופה שלא תעלה על 8 ימים בתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח המורכב - עד 650 ₪ ליום.

3.5.6.2. הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב - עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח הוא קטין עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים, לתקופה מרבית של 30 יום.

3.5.6.3. הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור שיבוצעו בישראל, ושנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח המורכב - עד 250 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר ובלבד שהמבוטח נושא בהשתתפות עצמית בשיעור 20% מעלות הטיפול.

3.5.6.4. הוצאות עבור מוסד החלמה המוכר בישראל לאחר ניתוח מורכב, בתוך תקופה של 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב ולמשך תקופה של עד 10 ימים רצופים, אם רופא מומחה בתחום הרלוונטי החליט על הצורך בהחלמה - עד 400 ₪ לכל יום.

3.5.6.5. הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל שדרש הרופא המנתח שבוצעו לאחר ביצוע הניתוח המורכב וכהמשך ישיר ממנו ובלבד שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח - עד 100,000 ₪.

3.6. נפטר המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח, ישלם המבטח למוטב אותו קבע המבוטח או אם לא נקבע מוטב ליורשיו החוקיים של המבוטח, פיצוי של 150,000 ₪.

4. חריגים מיוחדים

בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

4.1. מקרה ביטוח שאירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.

4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בשיניים או בחניכיים.

- 4.3. מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או שאירע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי.
- הרחבה לכיסוי הביטוחי - ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבוטח על פי פרק זה, מכוסה במלואו על ידי גורם ממשלתי.
- בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.
- 4.4. מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 4.5. מקרה ביטוח שאירע למבוטח השהיה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.
- 4.6. מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
- 4.7. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עיקור מרצון, הפלה, לידה.
- 4.8. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 4.8.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.
- 4.8.2. ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 4.9. טיפולי רפואה משלימה.
- 4.10. טיפולים נפשיים.
- 4.11. השתלת איברים בישראל או מחוץ לישראל או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל כהגדרתם בפרק השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל.
- 4.12. 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.
- 4.13. בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, בדיקות ופעולות הדמיה כגון: CT ו-MRI, אם הן אינן חלק ממהלך הניתוח או טיפול מחליף הניתוח, זריקות / הזלפות.

5. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה תהיה 90 ימים.

יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.

פרק ז' - ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן
(אחידה)

1. הגדרות

בפרק זה יחולו ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף, יחולו ההגדרות שלהלן:

1.1. בית חולים פרטי: על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי תוכנית זו תחול ההגדרה שלהלן:
אחד מאלה:

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

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

1.2. התייעצות: התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.

1.3. טיפול מחליף ניתוח: טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.

1.4. מרפאה כירורגית פרטית: מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.

1.5. ניתוח: על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה תחול ההגדרה שלהלן:
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 איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

1.6. קופת חולים: על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה תחול ההגדרה שלהלן:
כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

1.7. 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.

1.8. שתל: על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה תחול ההגדרה שלהלן:
כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

1.9. תקופת

אכשרה:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה תחול ההגדרה שלהלן:
תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום
התקופה שצוינה עבור כל כיסוי ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי
מכוח הפוליסה, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח
רצופות אצל אותו מבטח.

1.10. תוכנית השב"ן

או השב"ן:

תוכנית לשירותי בריאות נוספים כמשמעותה בסעיף 10 לחוק ביטוח בריאות
ממלכתי, התשנ"ד-1994, והכללים שפורסמו מכוחו שבה המבוטח חבר.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח,
באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עימו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות כמוגדר
להלן, לפי העניין.

3. תגמולי ביטוח

הסדר ניתוח: הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 - הסכם בין המבטח
לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים
לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח
ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי המבטח למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

הסדר התייעצות: הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 - הסכם
בין המבטח לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות
רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי המבטח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם
על ידי המבטח או על ידי המטופל.

בקורות מקרה ביטוח המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

3.1. המבטח ישפה את המבוטח בשל ניתוח פרטי בישראל, רק במקרים הבאים:

3.1.1. שיפוי בשל ניתוח פרטי בישראל ובכלל זה כיסוי הוצאות הניתוח, הניתן רק אם תוכנית
השב"ן שהמבוטח עמית בה אינה כוללת כיסוי ביטוחי להוצאות הניתוח או אם הרופא
המנתח אינו נמצא בהסדר ניתוח עם קופת החולים ונמצא בהסדר ניתוח עם החברה
המבטחת.

3.1.2. שיפוי בשל ההשתתפות העצמית ששילם המבוטח לפי תוכנית שב"ן שהוא עמית בה,
בעד ניתוח שמומן באמצעות תוכנית השב"ן, אף אם הרופא לא ברשימת ההסדר עם
המבטח.

3.1.3. שיפוי בגין רכישת אביזר במקרה בו קיים אביזר שלא נמצא בכיסוי השב"ן, אך נמצא
בכיסוי פוליסת הביטוח אצל המבטח.

3.1.4. המבוטח יפעל למימוש מלוא זכויותיו בתוכנית השב"ן בגין מקרה הביטוח ולשתף
פעולה עם החברה ככל שנדרש וכן יודיע לחברה בהקדם וימסור לה כל החלטה של
קופת החולים הרלוונטית לבירור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצע
בקשר עם הוצאות מקרה הביטוח.

3.2. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כגון: פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן כהגדרתה בסעיף 5 להלן או מכל סיבה אחרת) ישולם למבוטח לפחות ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תוכנית השב"ן שבה הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

3.3. במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה / המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, ישולם למבוטח סך ההוצאות בפועל המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן בהתאם לניתן בביטוח לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי והוראות סעיף 3.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

4. הכיסוי הביטוחי

בקורות מקרה הביטוח ובכפוף להוראות סעיף 3 לעיל, יהיה זכאי המבוטח כדלקמן:

4.1. **שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח** - ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות (צמוד למדד) אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

לעניין זה, יובהר, כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.

4.2. **שכר מנתח.**

4.3. **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.

4.4. **טיפול מחליף ניתוח** - וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.

לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קורות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של המבטח בכתובת www.migdal.co.il.

כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח, אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4.5. **יובהר, כי התשלומים בגין סעיפים 4.2 ו- 4.3 לעיל, ישולמו לנותני השירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שילם לנותני שירות שבהסדר, למעט במקרה האמור בסעיף 3.2 לעיל.**

יובהר, כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

5. זכאות לברות ביטוח לפוליסה מהשקל הראשון

הסתיימה חברותו של המבוטח בתוכנית השב"ן בקופה בה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בתוכנית השב"ן או מבלי שהצטרף לתוכנית שב"ן בקופה אחרת או בתקופה בה המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת) (להלן: "**הפסקת החברות בשב"ן**") יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת החברות בשב"ן (להלן: "**תקופת הזכאות**") בקשה לרכוש פוליסה המשוקת על ידי החברה באותה העת לכיסוי ניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג אצל המבוטח באותה עת, עם הגשת בקשה, תשלום דמי ביטוח מלאים וכנהוג אצל המבוטח באותה עת.

במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ברצף ביטוחי ללא כל תקופת אכשרה וללא הצהרת בריאות חדשה.

תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים "מהשקל הראשון" תהא למפרע על פי מועד הפסקת החברות בשב"ן.

6. חריגים

בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, המבוטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח לפי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

6.1. מקרה הביטוח אירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.

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

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

6.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.

6.3.2. ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

הרחבה לכיסוי הביטוחי - על אף האמור, יכוסו ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות אסטטיות עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.

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

6.5. השתלה: לעניין זה, "השתלה" - כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.

6.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם.

לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.

6.7. מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או שאירע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי.

הרחבה לכיסוי הביטוחי - ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבוטח על פי פרק זה, מכוסה במלואו על ידי גורם ממשלתי.

בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבוטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.

6.8. מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.

6.9. מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

למען הסר ספק, חריג זה יהיה בתוקף למבוטחים המצטרפים לאחר "תקופת ההצטרפות".

7. הודעה למבטח על קרות מקרה הביטוח

7.1. קרה מקרה הביטוח, על המבוטח להודיע על כך למבטח מיד לאחר שנודע לו ולפנות למבטח בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי.

על המבוטח למסור למבטח, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדורשים לבירור חבות המבטח ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטח להשיגם, ככל שיוכל.

7.2. לא פנה המבוטח למבטח לצורך קבלת אישור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל או לא מסר המבוטח למבטח מידע ומסמכים או לא עזר להשיגם, כאמור לעיל, יהיה רשאי המבטח להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לסכום שהיה משלם המבטח לו היה פונה המבוטח למבטח בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי.

האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפנייה או הפנייה באיחור לא מנעו מהמבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.

8. התחייבות המבוטח

המבוטח נדרש לפעול למימוש מלוא זכויותיו בשב"ן, לשתף לשם כך פעולה עם המבטח וכן להודיע למבטח בהקדם, ככל שניתן, על כל החלטה של השב"ן הרלוונטי לבירור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצעו לגביו על ידי השב"ן.

9. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

9.1. פרק זה כפוף לכל התנאים הכלליים.

9.2. כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטייה מהאמור בתנאים הכלליים, יחייב לעניין פרק זה רק אם נכלל במפורש בפרק.

במקרה של סתירה בין האמור בפרק זה לבין האמור בפרק אחר של הפוליסה ו/או בתנאים הכלליים, יחייבו לעניין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה הוראות פרק זה.

10. תקופת האכשרה

10.1. תקופת האכשרה תהיה 90 ימים.

יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.

10.2. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.

**פרק ח' - טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון ניתוח, אשפוז ושיפוי להוצאות
רפואיות מיוחדות בעת גילוי מחלת סרטן**

1. מקרה הביטוח

שירות או טיפול רפואי או שיקומי שניתן למבוטח בישראל, לאחר וכתוצאה מביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל או השתלה שבוצעה בישראל, במהלך תקופת הביטוח.

2. תגמולי ביטוח

- 2.1. המבטח יישא בעלות ששילם המבוטח לנותן השירות בפועל ולא יותר מהשיעורים והסכומים המרביים הנקובים (אם נקובים) לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.
- 2.2. אם בוצע שירות או טיפול מסוים המנוי ברשימת הכיסויים הביטוחיים בסעיף 3 להלן, באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב"ן והמבוטח נדרש לשלם השתתפות עצמית לנותן השירות או אם השב"ן השתתף בעלות הטיפול באמצעות החזר כספי, יישא המבטח במלוא השתתפות העצמית.
- 2.3. אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות פרטי שלא בהסכם עם השב"ן או לא מוכר על ידי השב"ן, יישא המבטח בשיעור 80% מהסכום ששולם לנותן השירות ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.
- 2.4. מבוטח שהינו חייל בשירות סדיר או קבע זכאי לתגמולי ביטוח בשיעור 80% מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

3. הכיסוי הביטוחי

- 3.1. **שכר אח/אחות פרטי/ת בבית חולים בישראל לאחר ביצוע ניתוח**
המבטח ישתתף בעלות שירותי אח/אחות פרטי/ת, שירותי שמירה וכזר בעת שהותו של המבוטח בבית החולים בישראל, שלא על ידי בן משפחה, עד 400 ש"ח לכל יום אשפוז, מהיום שלאחר יום ביצוע הניתוח / טיפול מחליף ניתוח ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.
- 3.2. **סיוע לבני המשפחה במקרה של אשפוז המבוטח בבית חולים בישראל לצורך ביצוע ניתוח**
 - 3.2.1. מבוטח שאושפז בבית חולים בישראל לצורך ניתוח או טיפול רפואי אחר, שאינם קשורים בלידה ו/או ניתוח קיסרי, המרוחק מעל 40 ק"מ ממקום מגוריו, לתקופה העולה על 4 ימים, יהיה זכאי לשיפוי עבור הוצאות שהייה של כלל בני משפחתו מדרגה ראשונה, במלונית או בית מלון, הסמוך לבית החולים למשך תקופת האשפוז ולא יותר מ- 400 ש"ח לכל יום, לכלל בני המשפחה, החל מיום האשפוז החמישי ועד 14 ימים לכל תקופת אשפוז רציפה.
 - 3.2.2. הזכאות הינה עד שתי תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.
 - 3.2.3. **מובהר, כי המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי במקרה של אשפוז במוסד סיעודי או בבית חולים שיקומי או בבית החלמה.**
- 3.3. **עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי**
המבטח יישא בעלות העברתו של המבוטח הנמצא בישראל לבית חולים בישראל וממנו או בין בתי חולים בישראל, לצורך ביצוע ניתוח או אחריו, לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום או לפי התעריף הנהוג לגבי טיסות פנים ארציות בחברת תעופה סדירה.
יובהר, כי על פי סעיף זה לא תכוסה עלות העברת מבוטח הנמצא בחו"ל לישראל.

3.4. החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח בבית החלמה מוכר

אם בוצעו במבטוח ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח בעמוד השדרה או השתלת איבר או לאחר אירוע לב או ניתוח אחר או אירוע רפואי אחר אשר כתוצאה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה של לפחות 4 ימי אשפוז מלאים ורצופים, ישתתף המבטוח בהוצאות ההחלמה והשיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי ועד לסך של 750 ₪ לכל יום החלמה, לתקופה שלא תעלה על 14 ימים, בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה על ידי נותן שירותים רפואיים או רשות רפואית מוסמכת ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.

3.5. התעמלות שיקומית לאחר ניתוח

מבטוח יהיה זכאי להשתתפות המבטוח עבור הוצאותיו בגין התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח ועד לסכום מרבי של 300 ₪ בחודש ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.
לעניין זה, "התעמלות שיקומית" - פעילות גופנית מותאמת אישית במסגרת קבועה שמטרתה שיפור התפקוד הגופני עקב אירוע רפואי או לאחר ניתוח, בהנחיית אנשי מקצוע מוסמכים, בהתאם לאופי הפגיעה, המבוצעים במכונים הקשורים לבתי חולים או קופות החולים ובנוכחות או פיקוח רפואי.

3.6. טיפולי פיזיותרפיה וטיפול שיקום לאחר ניתוח

המבטוח ישתתף בעלות עבור טיפולי פיזיותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבטוח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, עד 250 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים.
הטיפול יינתן על פי הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

3.7. טיפול בפצעים

3.7.1. המבטוח יהיה זכאי להשתתפות עד 10,000 ₪ לכל מקרה ביטוח עבור טיפול וריפוי חתכים, פצעים, צלקות ומניעת זיהומים אחרי ביצוע ניתוח / טיפול מחליף ניתוח או הקרנות וכן טיפול בכוויות, אשר אינם מכוסים במסגרת פרק הניתוחים.
3.7.2. הכיסוי כולל ייעוץ רפואי, הטריית פצעים וכוויות, חבישות, עלות שימוש במכשירים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, לרבות שימוש בתא לחץ והשתלות עור (בנסיבות בהם אינו נכלל בגדר הכיסוי הביטוחי בפרק הניתוחים), שתלי עור שפותחו במעבדה ועלות החומרים והתרופות לצורך ריפוי פצעים, חתכים או כוויות.

יובהר, כי על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים הנדרשים עקב ניתוחים למטרת יופי או אסתטיקה.

3.8. חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבטוח בבית חולים ציבורי

המבטוח ישתתף בעלות חוות דעת שנייה, פעם אחת בכל אשפוז, עם רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו מאושפז המבטוח, בעת שהותו באשפוז ועד 2,500 ₪.

3.9. שירות למבטוח המרותק לביתו לאחר ביצוע ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח

בנוסף לזכאותו של המבטוח להשתתפות המבטוח עבור השירותים והטיפולים על פי פרק זה, מבטוח אשר שוחרר מאשפוז מבית החולים במהלכו בוצע ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו ובמועד שחרורו נמצא כמי שמרותק לביתו, יהיה זכאי להשתתפות המבטוח עד 5,000 ₪ עבור כל השירותים המצוינים להלן בלבד, שניתנו לו במקום מגוריו, במהלך 90 ימים ממועד השחרור מבית החולים ועד הסכומים הקבועים בכל סעיף לפי העניין.

לעניין סעיף זה, "ריתוק לבית" - מבוטח ייחשב כמי שמרותק לביתו אם מפאת מצבו הרפואי או התפקודי שוהה בביתו ברוב שעות היממה וזקוק לעזרת הזולת לצאת מביתו או זקוק להשגחה מתמדת של אדם אחר בהיותו מחוץ לביתו או נזקק להשתמש באופן קבוע בכיסא גלגלים בעת שהותו מחוץ לביתו או ישנה התוויה רפואית המצביעה כי יציאה מהבית יש בה סיכון משמעותי להחמרה במצב בריאותו של המבוטח.

3.9.1. שירותי אח/אחות פרטי/ת

שירותי אח/אחות בבית המבוטח, לצורך טיפול בפצעים, הוצאת תפרים, ניטור מדדים, החלפת עירוי, הכנסה או החלפה קטטר, זונדה, שטיפת צנתרים וכו' עד 250 ₪ לכל ביקור.

3.9.2. שירות רופא בבית

בדיקה וביקורת תקופתית על ידי רופא בבית המבוטח, בהתאם לתוכנית הטיפול ולפי הצורך, מתן תרופות, זריקות וכו' עד 350 ₪ לכל ביקור.

3.9.3. שירות טיפול וסיוע תפקודי

מבוטח ששוחרר מאשפוז מבית החולים במהלכו בוצע ניתוח או השתלה ונמצא כמי שמרותק לבית לתקופה העולה על 30 ימים שתחילתן מועד שחרורו מבית החולים, יהיה זכאי להשתתפות המבוטח עד 180 ₪ לכל יום, עבור הוצאותיו בגין טיפול וסיוע תפקודי שניתנו על ידי מטפל/ת שאינו בן משפחה של המבוטח.

לעניין סעיף זה, "ריתוק לבית" - מבוטח ייחשב כמי שמרותק לביתו אם מפאת מצבו הרפואי או התפקודי שוהה בביתו ברוב שעות היממה וזקוק לעזרת הזולת לצאת מביתו או זקוק להשגחה מתמדת של אדם אחר בהיותו מחוץ לביתו או נזקק להשתמש באופן קבוע בכיסא גלגלים בעת שהותו מחוץ לביתו.

יובהר, כי הגדרת ריתוק לבית תהיה תקפה גם במקרה בו המבוטח יצא מביתו לצורך בדיקה רפואית או קבלת טיפול רפואי בליווי וסיוע של אדם אחר או יציאה לעיתים רחוקות לאירועים חברתיים או משפחתיים בליווי וסיוע של אדם אחר.

מבלי לפגוע בכלליות האמור, מבוטח שנמצא כי הוא זקוק לעזרת הזולת במידה רבה מאוד (זכאי ל- 6.5 נקודות או יותר, על פי מבחן התלות של הביטוח הלאומי) לתקופה העולה על תקופת ההמתנה, לעניין פרק זה ייחשב כמי שמרותק לביתו.

יובהר, כי זכאותו של המבוטח על פי מבחן התלות אינה מותנית באישור הביטוח הלאומי, אולם אם הביטוח הלאומי קבע את זכאותו של המבוטח בטרם נקבעה זכאותו מאת המבוטח, תחייב קביעתו את המבוטח.

3.10. הוצאות רפואיות במקרה של גילוי מחלת הסרטן (במהלך תקופת הביטוח הנוכחית)

3.10.1. הגדרות לסעיף זה:

3.10.1.1. טיפול רפואי: שירות רפואי או כל טיפול במצב הרפואי של המבוטח,

מניעת הישנות המחלה או החמרתה, שניתנו למבוטח בישראל או בחו"ל, על פי המלצת רופא מומחה מטעם המבוטח שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו ובהתאם לקריטריונים רפואיים מקובלים, לרבות שירותי מחקר ומידענות רפואית ושירותי איתור מרכזים רפואיים בארץ או בחו"ל, העברה בהיטס או באמבולנס הנדרשות עקב המצב הרפואי לצורך קבלת שירות הרפואי וכן שירותי ייעוץ ואבחון, שירותי ניתוח ואשפוז עבורם

נדרש המבוטח לשלם ישירות לבית החולים או לרופא, שירותי סיוע והשגחה במהלך האשפוז, טיפולים מחליפי ניתוח, טיפול הקרנתי מכל סוג שהוא, טיפול תרופתי מכל סוג, הוצאות בגין טיפולי שיקום מכל סוג שהוא לרבות טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, טיפולים פסיכולוגיים, טיפול בכאב וכן טיפולים הנובעים ממצב רפואי המכוסה על פי פרק זה כגון אך לא רק הקפאת / שאיבת זרע / ביצית עקב גילוי מחלת הסרטן וכן שימוש באבזר רפואי כהגדרתו בסעיף 1.3 בפרק א', כדוגמת פאה לחולה אונקולוגית.

3.10.1.2. סרטן (cancer): נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות וכן מחלת הסרטן תכלול גם לוקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

מחלת הסרטן אינה כוללת:

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

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

3.10.1.2.3. מחלות עור מסוג:

3.10.1.2.3.1. Basal Cell Hyperkeratosis ו- Basal Cell Carcinoma.

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

3.10.1.2.4. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל- TNM (Classification T2 NoMo) כולל (או לפי Gleason Score עד ל- 6 כולל).

3.10.1.2.5. לוקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ-10/ul, B cell lymphocyte ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי.

3.10.1.2.6. סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה.

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

3.10.1.2.8. גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי.

3.10.1.2.9. T cell lymphoma של העור ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל- T CELL LY.

3.10.2. מקרה הביטוח:

- 3.10.2.1. מקרה הביטוח הינו גילוי מחלת הסרטן במהלך תקופת הביטוח הנוכחית.
3.10.2.2. מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו אובחנה מחלת הסרטן אצל המבוטח על פי אבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיותו.

3.10.3. תגמולי הביטוח:

- 3.10.3.1. המבטח ישפה את המבוטח במלוא ההוצאות בגין טיפולים רפואיים ששולמו בפועל ועד לסך של 30,000 ₪, לעיל, שבוצעו בישראל או בחו"ל, **במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.**
3.10.3.2. מבוטח שקיבל תגמולי ביטוח על פי סעיף זה ולקח במחלת הסרטן בפעם השנייה, במהלך תקופת ביטוח זו או בתקופת הארכה, יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות עד מלוא סכום הביטוח, בהתקיים כל התנאים הבאים במצטבר:
3.10.3.2.1. אם על פי חוות דעת רופא מומחה, חלפו לפחות 5 שנים מהמועד האחרון בו נדרש המבוטח לבצע טיפול רפואי למחלת סרטן כלשהי (למעט טיפול מונע).
3.10.3.2.2. בדיקות ההדמיה שביצע המבוטח במהלך 5 שנים עובר לגילוי מחלת הסרטן החוזרת הנן תקינות וללא ממצא על הישנות המחלה ו/או מחלת סרטן כלשהי ו/או ממצאים המצריכים בירור נוסף.
3.10.3.3. על אף האמור לעיל, במקרה של גילוי סרטן מוקדם או גילוי גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים מקומיים (in situ): סרטן השד, סרטן ערמונית או סרטן צוואר הרחם סכום הביטוח הינו בשיעור 20% מסכום הביטוח המרבי.
יובהר, כי במקרה של גילוי שינויים מקומיים ממאירים אשר מחייבים הקרנות ו/או טיפול כימותרפי, הכיסוי המרבי יהיה עד ל- 50% מסכום הביטוח המרבי.
3.10.3.4. **מובהר, כי זכאותו של המבוטח על פי פרק זה הינה אך ורק ולאחר מיצוי זכאותו של המבוטח על פי כל פרק בפוליסה.**
ובשום מקרה לא יחול כפל ביטוח בין סעיף זה לכל סעיף או פרק אחר על פי פוליסה זו.

3.10.4. חריגים לסעיף זה

- 3.10.4.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח הנוכחית.
3.10.4.2. המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פרק זה אם קיום המחלה נתגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.
3.10.4.3. המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי עבור אובדן הכנסה עקב אי כושר עבודה, אלא זכאי רק לשיפוי עבור הוצאות בגין טיפולים רפואיים.
3.10.4.4. לא יכוסו אביזרים שהוחרגו מתכולת הכיסוי הביטוח על פי סעיף 3.4 בפרק י"א.

פרק ט' - ייעוץ רפואי ובדיקות אבחנתיות

1. מקרה הביטוח

ביצוע שירותי ייעוץ ובדיקות אבחנתיות במהלך תקופת הביטוח.

2. תגמולי ביטוח

המבטח ישתתף בעלות הטיפול הטיפולים המכוסים בשיעורים המצוינים להלן ועד הסכום המרבי לכל טיפול לפי העניין:

2.1. אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב"ן והמבטח נדרש לשלם השתתפות עצמית לנותן השירות או אם השב"ן השתתף בעלות הטיפול באמצעות החזר כספי, יישא המבטח במלוא השתתפות העצמית.

2.2. אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות פרטי שלא בהסכם עם השב"ן או לא מוכר על ידי השב"ן, יישא המבטח בשיעור 80% מהסכום ששולם לנותן השירות ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

2.3. מבטח שהינו חייל בשירות סדיר או קבע זכאי לתגמולי ביטוח בשיעור 80% מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

3. מרפאת מומחים

3.1. התייעצות עם רופא מומחה

3.1.1. מבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור התייעצות עם רופא מומחה וכן ייעוץ ברפואה ראשונית הניתנים על ידי רופא מומחה (רופא משפחה מומחה או רופא ילדים מומחה).

3.1.2. עבור התייעצות עם רופא מומחה יהיה זכאי המבטח להשתתפות המבטח עד 1,000 ₪ לכל התייעצות.

3.1.3. המבטח יהיה זכאי לעד 2 התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת.

3.1.4. המבטח יהיה זכאי להתייעצות אחת נוספת באמצעות רופא שבהסדר עם המבטח בכפוף להשתתפות עצמית של 150 ₪ וככל שקיים הסדר למומחיות המבוקשת.

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

3.1.6. **בנסיבות בהם המבטח יפעיל מערך רופאי הסדר, יישא המבטח בהשתתפות עצמית בסך שייקבע מעת לעת על ידי המבטח התייעצויות אלו יבוא במניין 3 ההתייעצויות לשנת ביטוח.**

3.1.7. **חריגים לסעיף זה:**

3.1.7.1. על פי סעיף זה לא יכוסו התייעצויות לצורך חוות דעת משפטית או לצורך הגשת תביעה משפטית.

3.1.7.2. טיפולים או התייעצות לצורך טיפולים קוסמטיים או טיפולי שיניים.

3.1.7.3. השתתפות בגין שירותי תיווך או קיצור תורים.

יובהר, כי ההשתתפות הינה עבור הוצאה ששולמה בפועל על ידי המבטח לרופא או המרכז הרפואי.

3.1.8. **תקופת אכשרה לסעיף זה: 6 חודשים.**

יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.

3.2. חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל

- 3.2.1. המבטח ישתתף בעלות עבור התייעצות עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל המוכרים על ידי הרשויות במדינות בהם הם פועלים, שבוצעה במהלך תקופת הביטוח, אך לא יותר מ- 7,000 ₪, פעם אחת בכל תקופת הביטוח.
- 3.2.2. תנאי לחבות המבטח, כי המבוטח קיבל חוות דעת ראשונית על ידי רופא מומחה בישראל.
- 3.2.3. תגמולי הביטוח יינתנו גם לתשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל.
- 3.2.4. במקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבוטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה המבטח את המבוטח בסכום של עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה וסכום של 800 ₪ לכל יום שהות ועד 7 ימים והכל במסגרת התקרה הכללית של 7,000 ₪.
- 3.2.5. יובהר, כי במסגרת סעיף זה יכוסו כל ההוצאות הכרוכות במתן השירות לרבות איסוף המידע הרפואי, תרגומו, איתור מומחה ומרכז רפואי מתאים, שליחתו למרכז הרפואי, פענוח ותרגום הממצאים לעברית.
- 3.2.6. יובהר, כי חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית באישורו המוקדם לבקשת חוות הדעת כאמור.
- 3.2.7. תקופת אכשרה לסעיף זה: 6 חודשים.
- יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.

3.3. שירות "רופא מלווה"

- 3.3.1. המבטח ישתתף בעלות עבור שירותי "רופא מלווה" בישראל עד 3,500 ₪, פעם אחת בתקופת הביטוח.
- לעניין סעיף זה, "רופא מלווה" - רופא מומחה המנהל את תהליך הטיפול הרפואי ובכלל זה: אבחון ומתן מידע ראשוני לאחר בדיקה רפואית ובחינת מסמכים ובדיקות רפואיות קודמות, הכוונה והפניה לרופאים מומחים ובדיקות אבחוניות המתאימים למצבו הרפואי של המבוטח, מעקב אחר תהליך הבירור או הטיפול הרפואי, ייעוץ וליווי המבוטח בתהליך, ריכוז הממצאים, הסבר למבוטח לגבי הממצאים, מסקנות, כתיבת דו"ח מסכם והמלצות להמשך טיפול.
- 3.3.2. שירות רופא מלווה יכוסה במקרים רפואיים מורכבים הדורשים בירור רב תחומי או ליווי קליני צמוד או מצבים רפואיים מסכני חיים או שיש בהם פגיעה בתפקוד היומיומי של המבוטח ובכלל זה: מחלת הסרטן, מחלת לב, מחלות כבד, אי ספיקת כליות, מחלות נירולוגיות, ירידה קוגניטיבית (דמנציה) אירוע מוחי או צורך בניתוח מוח, צורך בניתוח אורתופדי מורכב, השתלות או צורך בניתוח בחו"ל, צורך בבקרת תרופות ותופעות לוואי.
- 3.3.3. תנאי לחבות המבטח
- שירות רופא מלווה יכלול לפחות פגישה פרונטלית אחת ו- 2 פגישות נוספות (בכל אמצעי) מתועדות, במהלך 3 חודשים מתחילת קבלת השירות.

3.3.4. חריגים לסעיף זה - לא יכוסו על פי פרק זה:

- 3.3.4.1. בעיות בהתפתחות הילד.
- 3.3.4.2. טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי.
- 3.3.4.3. ייעוץ במהלך אשפוז של המבוטח בבית חולים.
- 3.3.4.4. טיפולים למטרות יופי ואסתטיקה.
- 3.3.4.5. פוריות, הריון או עקרות.
- 3.3.4.6. טיפולים ברפואה משלימה.
- 3.3.4.7. המבוטח לא יהיה זכאי להחזר כספי עבור שירות זה מכל סעיף או פרק אחר בפוליסה.

3.3.5. תקופת אכשרה לסעיף זה: 6 חודשים.

יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.

4. בדיקות אבחוניות

4.1. בדיקות רפואיות אבחנתיות

- 4.1.1. המבטח ישתתף בעלות בדיקות רפואיות אבחוניות או פתולוגיות, שבוצעו על סמך הפניה של רופא מומחה אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו. חבות המבטח הינה עד 15,000 ₪ לכל הבדיקות שבוצעו בכל שנת ביטוח.
 - 4.1.2. המבוטח יוכל לפנות למכונים וספקים שבהסדר ובכפוף להשתתפות עצמית בסך שיקבע מעת לעת על ידי המבטח.
 - 4.1.3. יובהר, כי בדיקה גנומית או גנטית לצורך התאמת טיפול תרופתי, תכוסה אך ורק לאחר מיצוי הזכאות על פי פרק התרופות.
 - 4.1.4. חריגים לסעיף זה:
 - 4.1.4.1. על פי סעיף זה לא יכוסו בדיקות לצורך חוות דעת משפטית או לצורך הגשת תביעה משפטית.
 - 4.1.4.2. טיפולים או בדיקות לצורך טיפולים קוסמטיים.
 - 4.1.4.3. בדיקות הריון מכל סוג שהוא או בדיקות להתפתחות הילד.
 - 4.1.4.4. השתתפות בגין שירותי תיווך או קיצור תורים.
- יובהר, כי ההשתתפות הינה עבור ההוצאה ששולמה בפועל על ידי המבוטח למרכז הרפואי בו בוצעה הבדיקה.

4.2. חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית

המבטח ישתתף בעלות התייעצות עם רופא מומחה או גנטיקאי או רדילוג, לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או בדיקה פתולוגית, לצורך פענוח ממצאי הבדיקה או לקבלת חוות דעת נוספת בגינה, עד לסך 1,500 ₪ עבור כל התייעצות.

4.3. תקופת אכשרה לסעיף זה: 6 חודשים.

יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.

5. בדיקות לנשים בהריון

5.1. בדיקות גנטיות טרום הריון

המבטח ישתתף בעלות עבור ביצוע בדיקות גנטיות טרום הריון לשלילת מומים מולדים שבוצעו במבוטח/ת במהלך תקופת הביטוח.

הזכאות הינה עד ל- 2,000 ₪ לכל מבטח/ת, פעם אחת בתקופת הביטוח.

5.2. המבטח ישתתף בעלות בדיקה שבוצעה בגופה של מבטחת במהלך תקופת הביטוח, לצורך אבחון מצבה הרפואי הקשור בהריון, תקינות ההריון או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר, עד לסכום של 3,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון.

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

5.3. מעקב הריון

המבטח ישתתף בעלות עבור ביקור המבוטחת אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, עד לסכום של 400 ₪ לכל ביקור ועד 3 ביקורים במהלך כל הריון.

5.4. אם פונדקאית

יובהר, כי הזכאות לבדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות, תחול גם לגבי אם פונדקאית.

5.5. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 9 חודשים מיום תחילת הביטוח.

יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.

6. אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה

6.1. המבטח ישתתף בעלות שירותי אבחון למבוטח שגילו עד 18 שנים, שבוצעו על ידי רופא מומחה בתחום ו/או על ידי מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו-דידקטי ו/או אבחון הפרעות קשב וריכוז מכל סוג שהוא כדוגמת TOVA, BRC ועד לסכום של 1,800 ₪. הזכאות הינה פעם אחת לכל תקופת ביטוח.

6.2. המבטח ישתתף בעלות עבור אבחון נוסף למבוטח שגילו עד 18 שנים, בתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה והמבוטח מטופל תרופתית בבעיות קשב וריכוז ועד לסכום של 1,800 ₪.

6.3. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 12 חודשים מיום תחילת הביטוח.

יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.

7. בדיקות לרפואה מונעת (הכיסוי הינו לעובדים בלבד)

7.1. המבטח ישתתף בעלות בדיקות מניעה המצוינות להלן ועד 900 ₪, פעם אחת לשתי שנות ביטוח.

הזכאות הינה עבור מבטח/ת מעל גיל 40:

- ארגומטריה.
- ממוגרפיה.
- בדיקת משטח צוואר הרחם.
- בדיקת צפיפות עצם.
- בדיקת לחץ תוך עיני.
- בדיקת PSA לגילוי סרטן הערמונית.

יובהר, כי הזכאות לבדיקות מניעה הינה לאחר מיצוי הזכאות לבדיקות מניעה להם זכאי המבוטח במסגרת תנאי העסקה אצל בעל הפוליסה.

7.2. תקופת אכשרה לסעיף זה: 3 חודשים.

יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.

פרק י' - כתב שירות אבחון מהיר

המנוי זכאי לשירותים הכלולים בכתב שירות זה, בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן.

1.

הגדרות

בפרק זה יחולו ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף, יחולו ההגדרות שלהלן:

אח/אחות: אח או אחות בעלי תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות בישראל **עמם קשור הספק בהסכם תקף במועד קבלת השירות בפועל.**

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

אשפוז: שהייה רצופה של המנוי בבית חולים בישראל, על פי הוראה מפורשת של רופא מוסמך, במחלקות המוגדרות על ידי בית החולים ו/או משרד הבריאות כמחלקות אשפוז.

"אשפוז" כהגדרתו בכתב שירות זה אינו כולל שהייה בחדר מיון ו/או אשפוז יום ו/או אשפוז במחלקות שיקום ו/או גריאטריות.

בדיקות רפואיות אבחנתיות: בדיקות המבוצעות למנוי במסגרת תהליך אבחון המבוצע מכוח כתב שירות זה.

בית חולים: מוסד רפואי בישראל שהרשויות המוסמכות בישראל מכירות בו כבית חולים הכולל מחלקות אשפוז, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה / הבראה) או מוסד שיקומי או סיעודי.

השירות או השירותים: השירותים הכלולים במפורש ברשימה שבסעיף 2 להלן, שיינתנו למנוי על פי הוראות כתב שירות זה.

השתתפות עצמית: סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב שירות זה.

ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי לנותן השירות או לספק, כפי שיוורה לו מוקד השירות, אך בשום אופן לא באמצעות החברה.

מוקד השירות או המוקד: קו טלפון שיפעיל הספק עבור המנויים, באמצעותו יווסתו פניות המנויים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על פי כתב שירות זה.

הספק רשאי לשנות את מספר הטלפון של מוקד השירות, בתיאום ובאישור החברה, ובלבד שימסור על כך הודעה מראש בכתב למנויים.

מנוי: אדם אשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה והינו זכאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב שירות זה.

מרפאת הסדר: מרפאה עמה התקשר הספק בהסכם בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה **ובלבד שהינה צד להסכם עם הספק במועד פניית המנוי לצורך קבלת השירות.**

נותן שירות שבהסכם: רופא, מרפאה, מכון וכל גוף אחר המספק שירות לו זכאי המנוי על פי כתב שירות זה, **עמם קשור הספק בהסכם תקף במועד פניית המנוי למוקד השירות לצורך קבלת השירות.**

הגוף עימו התקשרה החברה בהסכם לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה.	ספק השירות או הספק:
ספק השירות במועד הקובע הינו: BWELL פתרונות לאיכות חיים בע"מ. מוקד השירות יהיה פעיל בימים א'-ה' בין השעות 08:00-22:00 לא כולל ימי שבתון וחגים בטלפון מס': 03-6939396 או 9899* (מכל טלפון).	
מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש), התשל"ז-1976, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.	רופא:
רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, או לפי כל תקנה שתבוא במקומה ושתחום מומחיותו הוא רלוונטי למתן השירות המבוקש על פי כתב שירות זה.	רופא מומחה:
רופא מומחה עימו קשור הספק בהסכם תקף כרופא ממין בקשר למתן שירות אבחון מהיר לפי <u>סעיף 3.1</u> להלן במועד קבלת השירות בפועל.	רופא ממין:
רופא ו/או רופא מומחה עימו התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה ובלבד שהיה צד להסכם עם הספק במועד פניית המנוי למנוי לצורך קבלת השירות.	רופא שבהסכם ו/או רופא מומחה שבהסכם:
ברשימת רופאי ההסכם כלולים רופאים מומחים שהינם מנהלי מחלקה וסגני מחלקה בבתי חולים בישראל.	
תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה מתחילה במועד הקובע.	שנה:
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.	תהליך אבחון Diagnosis:
תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי במועד הקובע ותסתיים בתום המועד הקובע בצד כל שירות.	תקופת אכשרה:
תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בלבד כל עוד כתב שירות זה הינו בתוקף ותחול מחדש בכל פעם בה צורך המנוי לכתב שירות זה מחדש, בתקופות שירות בלתי רצופות.	
המנוי לא יהיה זכאי לשירותים לפני תום 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 הספק על פי כתב שירות זה	
2.1. בכל עניין הקשור בקבלת שירותים על פי כתב שירות זה, על המנוי לפנות תחילה למוקד השירות ולפעול בהתאם להוראות המפורטות בכתב שירות זה להלן.	
2.2. קבלת אישור הספק מראש ובכתב לקבלת השירותים או לשיפוי בגינם טרם ביצוע השירותים בפועל הינה תנאי מהותי לאחריות הספק על פי כתב שירות זה.	

2.3. לא קוימו החובות על פי סעיפים 2.1 ו- 2.2 לעיל במועדן וקיומן היה מאפשר לספק להקטין את חבותו, אין הספק אחראי בכל הקשור למתן שירות אלא במידה שהיה חייב בה 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 קיומה 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 והמנוי לא זכאי לשירותים אלו אצל נותני שירות שאינם בהסכם ו/או לשיפוי בגינם ו/או כל תשלום אחר על פי כתב השירות.

3. מפרט השירותים

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

3.1. שירות אבחון מהיר אצל ספקים שבהסכם.

4. התחייבות הספק

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

4.1. אבחון מהיר אצל ספקים שבהסכם

המנוי יהא זכאי לתהליך אבחון כמפורט להלן:

4.1.1. תהליך אבחון בסיסי:

4.1.1.1. המנוי זכאי לפגישה ראשונית עם רופא ממין אשר יקבע את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הראשוניות (דם, שתן, רנטגן) הנדרשות לביצוע במסגרת תהליך האבחון.

בדיקות אלו ייקבעו ויהיו ברי ביצוע אצל ספק השירות בסמוך למועד הפגישה הראשונית כאמור לעיל.

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

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

4.1.2. שיחה טלפונית עם הרופא הממין:

4.1.2.1. מנוי המעוניין בשיחה טלפונית עם הרופא הממין, יעביר לספק השירות את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים ככל שיש כאלה.

הרופא הממין ישוחח עם המנוי טלפונית **תוך יום עבודה אחד** ממועד קבלת המסמכים הרפואיים.

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

אולם, אם ביצע המנוי 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 ₪.

4.1.3. תהליך אבחון מקיף:

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

4.1.3.2. בדיקות הדמיה שהינן MRI, CT, ממוגרפיה, מיפויים, PET CT, ביופסיות בשד ייקבעו ויהיו בני ביצוע אצל ספק השירות תוך 3 ימי עבודה.

4.1.3.3. בדיקות פולשניות אחרות יהיו בני ביצוע אצל ספק השירות תוך 7 ימי עבודה.

על אף האמור לעיל, במקרה בו לא ניתן לבצע את הבדיקה על פי סעיף זה אצל ספק השירות, תבוצע הבדיקה תוך 14 ימי עבודה.

4.1.3.4. נדרש המנוי לתהליך אבחון מקיף, יתייעץ הרופא הממין עם רופא מומחה בתחום הרלוונטי בנוגע למצב הרפואי של המנוי.

בסיום הבדיקות וההתייעצות ימסור הרופא הממין דו"ח אבחון הכולל את תוצאות תהליך האבחון.

4.1.3.5. ההשתתפות העצמית עבור תהליך האבחון הבסיסי והאבחון המקיף על פי סעיף זה יחדיו הינה בסך 500 ₪.

4.1.3.6. ספק השירות יפעל להשלים את תהליך האבחון וגיבוש המסקנות תוך מספר הימים הקטן ביותר, בכפוף לאילוצים רפואיים.

בכל מקרה התקופה לביצוע הפעולות האמורות לא תעלה על 3 ימי עבודה ממועד קבלת תוצאות הבדיקה האחרונה הנדרשת.

4.1.3.7. 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 המנוי לקבלת השירות, יבצע נותן השירות תהליך אבחון לבעיה ו/או המחלה ו/או ההפרעה הנוספת וכל תהליכי האבחון אשר יבוצעו במסגרת אותה פנייה ייחשבו כתהליך אבחון אחד לכל דבר ועניין.

4.1.3.8. בתום תהליך האבחון יספק נותן השירות למנוי העתקים של תוצאות הבדיקות הרפואיות האבחנתיות והרשומות הרפואיות שנערכו במסגרת תהליך האבחון.

תוצאות בדיקות הדמיה יסופקו למנוי על גבי מדיה ממוחשבת.

4.1.3.9. 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 זה לעיל.

4.1.4. חריגים לשירות אבחון מהיר:

4.1.4.1. השירות אינו כולל שירות רפואי שאינו בדיקות רפואיות אבחנתיות בלבד.

4.1.4.2. השירות אינו כולל שירות רפואי שאינו בדיקות רפואיות אבחנתיות בלבד.

4.1.4.3. השירות אינו כולל טיפול רפואי או טיפול תרופתי מכל סוג שהוא.

4.1.4.4. השירות אינו כולל אבחון פסיכיאטרי ו/או הפרעות נפש ו/או מחלות נפש.

4.1.4.5. השירות אינו כולל בדיקות לאבחון הפרעות קשב וריכוז.

4.1.4.6. השירות אינו כולל אבחון מצבים רפואיים בתחום רפואת שיניים, פה ולסת.

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

4.1.4.8. השירות לא יכלול בדיקות להתאמת אופי ו/או התאמת דרכי הטיפול במחלה או בהפרעה ו/או מתן חוות דעת שנייה ו/או בדיקות שלא נקבעו על ידי רופא הממין.

4.1.4.9. בכל מקרה בו הופנה המבוטח לבדיקות לרבות בדיקות אבחנתיות נוספות, שלא נקבעו על ידי רופא הממין, בדיקות נוספות אלו לא יהיו חלק מתהליך האבחון ולא יכוסו על פי כתב שירות זה.

4.1.5. המנוי יהיה זכאי לשירות זה לאחר תקופת אכשרה בת 90 יום מהמועד הקובע.

5. אופן קבלת השירותים

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

5.2. מוקד השירות יהיה פעיל בימים א'-ה' בשעות 8:00-22:00 הספק רשאי לשנות את מספר הטלפון של מוקד השירות בתיאום ובאישור החברה ובלבד שימסור על כך הודעה מראש בכתב למנויים.

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

5.4. השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודת זהות לנותן השירות.

5.5. על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו.

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

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

5.8. המנוי יהא זכאי לבחור את נותן השירות ממנו יקבל את השירות מתוך רשימה של נותני שירות בהסכם כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו למוקד השירות.

רשימת נותני השירותים שבהסכם תשתנה מעת לעת.

- 5.9. במקרה של סדרת הטיפולים, מועדי יתר הטיפולים (למעט הטיפול הראשון) יתואמו על ידי המנוי מול נותן השירות שבהסכם.
- 5.10. השירותים על פי כתב שירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות ובהתאם ללוח העבודה של נותן השירות שבהסכם.
- 5.11. במקרה שמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על פי כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות באופן מיידי ולא פחות מ- 12 שעות טרם מועד הטיפול.
- למען הסר ספק, מובהר, כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות שבהסכם.**
- 5.12. מחויבות הספק לטפל בפנייה של מנוי לקבלת השירות אצל נותן שירות שבהסכם תסתיים במוקדם מבין שני האירועים המפורטים להלן:
- 5.12.1. הפניית המנוי לנותן השירות.
- 5.12.2. ביטול הפניה לקבלת השירות על ידי הודעת המנוי למוקד השירות.
- 5.13. האחריות לתיאום וביצוע השירותים תהא על המנוי בלבד.
- למען הסר ספק, מובהר בזאת, כי השירותים הכלולים בכתב שירות זה הינם שירותים ייחודיים שאינם בפריסה רחבה ומקום שלא נמצא נותן שירות שבהסכם לא יינתן החזר הוצאות (שיפוי) למבוטח.

6. חריגים

- המנוי לא יהא זכאי לקבלת השירותים במקרים בהם השירות המבוקש נובע ממצב רפואי שהינו תוצאה ישירה ו/או עקיפה של:
- 6.1. מצב רפואי ו/או פרוצדורה הקשורה בפוריות או פריין ו/או סיבוכי הריון או לידה מכל סיבה שהיא, למעט מצב רפואי בעקבות לפחות 3 הפלות רצופות.
- 6.2. 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.
- 6.3. מצב רפואי בתחום רפואת שיניים פה ולסת.

7. קיומן 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 מהמנוי 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 המנוי נמצא בשירות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.
- מובהר בזאת, כי דמי הביטוח לא ישתנו עקב שירות צבאי כאמור.

8. הגבלת אחריות הספק ו/או החברה

החברה והספק לא יחובו באופן כלשהו על פי כתב שירות זה לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

- 8.1. הוצאות שהוציא מנוי עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכתב שירות זה.
- 8.2. במקרה שפעילות הספק או חלק משמעותי ממנה תיפגע על ידי מלחמה, הפיכה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק, פטור הספק מלתת את השירותים על פי כתב שירות זה והחברה ו/או הספק לא יהיו אחראים לכל נזק כתוצאה מכך.
- 8.3. יובהר, כי העברת מידע רפואי על המנוי לנותן השירות אינה מהווה קבלה של המידע הרפואי בידי החברה.
- 8.4. יובהר, כי השירותים המפורטים בכתב שירות זה אינם באים להחליף פנייה לשירותי חירום או חדר מיון במקום שהיא דרושה.

9. תוקפו של כתב השירות

- 9.1. כתב השירות ייכנס לתוקפו החל מהמועד הקובע.
- 9.2. **ביטול על ידי החברה ו/או הספק:**
תוקפו של כתב השירות, ביחס לכל אחד מהמנויים, יפוג מאליהם בתאריך המוקדם מבין אלו:
 - 9.2.1. במועד ביטול הפוליסה מכל סיבה שהיא.
 - 9.2.2. בתום תקופת כתב השירות על פי המפורט בדף פרטי הביטוח, במקרה בו לא חודשה הפוליסה במועד החידוש והסדר התחיקתי.
 - 9.2.3. לאחר קבלת התראות בשל אי תשלום מלוא או חלק מדמי המנוי לחברה על פי חוק חוזה הביטוח.

10. מבלי לגרוע מזכויות החברה על פי כל דין או על פי כל הוראה אחרת בכתב השירות, רשאית החברה לבטל את כתב השירות לכלל המנויים, בכל עת, לפני תום תקופת השירות, במקרה של סיום ההתקשרות שבין החברה לספק, אם החברה לא הגיעה להסדר עם ספק שירות חלופי לאחר שהודיעה על כך למנויים בכתב לפחות 60 יום מראש (להלן: "מועד ההודעה על הפסקת השירות") ובכפוף לאישור המפקח.

- 10.1. ביטלה החברה את כתב השירות לסעיף 10.3 לעיל יהיה זכאי מנוי אשר פנה למוקד השירות טרם מועד ההודעה על הפסקת השירות, אך טרם קיבל את השירות בפועל, לקבל או להשלים את קבלת השירות תוך 90 יום ממועד ההודעה על הפסקת השירות.
- 10.2. להסרת כל ספק, יובהר, כי במועד פקיעתו, ביטולו או סיום תוקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, למעט במקרה של ביטול כתב השירות לכלל המנויים על פי סעיף 10.3 לעיל, תסתיים זכאות של המנוי לקבלת השירותים על פי כתב שירות זה.

10.3. ביטול על ידי המנוי:

- 10.3.1. המנוי רשאי בכל עת, לבטל את כתב השירות בהודעה בכתב לחברה והביטול ייכנס לתוקפו מיידית מרגע ההודעה על הביטול ומקבל השירות יהיה זכאי להחזר יחסי ממחיר כתב השירות ששילם.
- 10.3.2. בכל מקרה של ביטול כתב השירות לא יוחזרו דמי המנוי אשר שולמו בגין התקופה שלפני ביטול כתב השירות.
- 10.3.3. לכתב השירות תוך שמירה על רצף ביטוחי, בכפוף למסירת בקשה בכתב והסדרת תשלום דמי המנוי במהלך תקופת הזכאות כולל דמי המנוי שלא שולמו.

11. תנאי הצמדה

- 11.1. כל הסכומים הנקובים בכתב שירות זה לרבות סכומי השתתפות עצמית וסכומי השיפוי יהיו צמודים למדד.
חישוב ההצמדה יעשה בהתאם ליחס שבין המדד החדש ובין המדד הבסיסי.
11.2. המדד הבסיסי - לעניין תגמולי הביטוח ו/או ההשתתפות העצמית יהיה המדד הידוע שפורסם ב- 15.02.2026 לעניין דמי הביטוח יהיה המדד המופיע בדף פרטי הביטוח.
11.3. המדד החדש יהיה המדד הידוע במועד בו מבוצע התשלום.

12. שונות

- 12.1. הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
12.2. כל התשלומים הנקובים בכתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק.
באם יחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.
12.3. על המנוי להודיע לחברה על כל שינוי כתובת בכתב.
הודעה שתישלח על ידי החברה לכתובת האחרונה הידועה לה, תיחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.
12.4. כל הודעה ו/או הצהרה לחברה תימסר בכתב.

13. מקום השיפוט וברירת דין

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

14. תקופת אכשרה

תקופת אכשרה לפרק זה: 6 חודשים.

יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.

פרק י"א - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים

1.

מקרה הביטוח

טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות המבוצעים במהלך תקופת הביטוח, הכל בכפוף לתנאים המצוינים בכל סעיף, לפי העניין.

2.

תגמולי ביטוח

- 2.1. המבטח יישא בעלות ששילם המבוטח לנותן השירות בפועל, לא יותר מהשיעורים והסכומים המרביים הנקובים (אם נקובים) לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.
- 2.2. אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב"ן והמבוטח נדרש לשלם השתתפות עצמית לנותן השירות או אם השב"ן השתתף בעלות הטיפול באמצעות החזר כספי, יישא המבטח במלוא השתתפות העצמית.
- 2.3. אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות פרטי שלא בהסכם עם השב"ן או לא מוכר על ידי השב"ן, יישא המבטח בשיעור 80% מהסכום ששולם לנותן השירות ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.
- 2.4. מבוטח שהינו חייל בשירות סדיר או קבע זכאי לתגמולי ביטוח בשיעור 80% מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

3.

הכיסוי הביטוחי

- 3.1. **טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות**
 - 3.1.1. המבטח יישא בעלויות הכרוכות בביצוע טיפול באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות ועד לסך של 100,000 ₪.
 - 3.1.2. **תנאי לחבות המבטח לפי סעיף זה:**
 - 3.1.2.1. רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח המליץ על ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיה רפואית מתקדמת.
 - 3.1.2.2. הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות מתקדמות אינו מכוסה מסיבה כלשהי על פי פרק ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, לרבות בשל זהות המרכז הרפואי או נותן השירות.
 - 3.1.2.3. הטיפול הרפואי מבוצע באישור מראש ובכתב של המבטח.
 - 3.1.2.4. הטיפול הרפואי באמצעות טכנולוגיות מתקדמות יבוצע בבתי חולים, מרפאות או מרכזים רפואיים ומכונים, המאושרים לביצוע הטיפול על ידי הרשויות המוסמכות בישראל.
 - 3.1.3. **חריגים אשר יחולו על סעיף 3.1:**

המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

 - 3.1.3.1. טיפול בטכנולוגיות מתקדמות שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:
 - 3.1.3.1.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.
 - 3.1.3.1.2. ניתוח / טיפול בריאטרי מכל סוג שהוא למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

- 3.1.3.2. טיפולי שיניים או חניכיים.
- 3.1.3.3. 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.
- 3.1.3.4. טיפולים מתחום הרפואה המשלימה / טיפולי פיזיותרפיה.
- 3.1.3.5. טיפול תרופתי מכל סוג שהוא לרבות ויטמינים / תוספי מזון.
- 3.1.3.6. טיפולים הקשורים בלידה להוציא ניתוח קיסרי הנדרש בשל צורך רפואי.
- 3.1.4. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים.
- יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.
- 3.2. טיפולים לריפוי והקלה בכאב
- 3.2.1. המבטח יישא בעלויות עבור טיפול או סדרת טיפולים להקלה בכאב, שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עד לסך מצטבר של 20,000 ₪ בכל תקופת הביטוח.
- 3.2.2. חריגים אשר יחולו על סעיף 3.2:
- המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 3.2.2.1. מזון, תוספי מזון ו/או ויטמינים, תרופות הומאופטיות, קנאביס.
- 3.2.2.2. טיפולים למטרות מחקר או טיפולים המבוססים על טכנולוגיה רפואית ניסיונית.
- 3.2.2.3. טיפולי שיניים או חניכיים.
- 3.2.2.4. טיפולים למטרות יופי ו/או אסתטיקה.
- 3.2.2.5. לא יכוסו טיפולי שיקום או טיפול ברפואה משלימה הקבועים בפרק י"א.
- 3.2.2.6. מבוטח הזכאי לתגמולי ביטוח לפי סעיף זה, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח לפי סעיפים 3.1 או 3.3, לאמור, אין כפל ביטוחי.
- 3.2.3. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים.
- יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.
- 3.3. טיפולים בתא לחץ
- 3.3.1. המבטח ישתתף בעלות עבור טיפולים המבוצעים בתא חמצן בעל לחץ גבוה המופעלים בבתי חולים או במכונים הקשורים בבעלות בתי חולים עד ל- 30 טיפולים במהלך כל תקופת הביטוח ועד 350 ₪ לכל טיפול, על פי המלצת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.
- 3.3.2. חריגים אשר יחולו על סעיף 3.3:
- המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 3.3.2.1. לא יכוסו טיפולים לצורך קוסמטי / אסתטי.
- 3.3.2.2. טיפולים למטרות מחקר או טיפולים המבוססים על טכנולוגיה רפואית ניסיונית.
- 3.3.2.3. יובהר, כי מבוטח הזכאי לתגמולי ביטוח לפי סעיף זה, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח לפי סעיפים 3.1 או 3.2, לאמור, אין כפל ביטוחי.
- 3.3.3. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים.
- יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.

3.4. אביזרים רפואיים

3.4.1. המבטח ישתתף בעלות רכישת אביזרים רפואיים עד לסך מצטבר של 6,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.

יאושרו רק אביזרים שרשומים בפנקס האמ"ר למעט מדרסים ולפי ההגדרה. למרות האמור, למדרסים יינתן כיסוי של עד 450 ₪ - פעם אחת מדי 24 חודשי ביטוח. רכישת האביזר הרפואי מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית בתחום מומחיותו.

3.4.2. חריגים לסעיף זה:

3.4.2.1. לא יכוסו אביזרים הקשורים אך ורק ובמישרין לטיפול שיניים.

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

3.4.2.3. מסגרות משקפיים, משקפיים או עדשות, למעט במקרה של מחלה כרונית מהמחלות הבאות: קוצר ראייה מעל 7 או אסטיגמטיזם אצל ילדים (החזר עבור עדשות בלבד).

כמו כן, יכוסו משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.

3.4.2.4. נעליים אורתופדיות, למעט נעליים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת בהתאם לכללים שנקבעו, לחולים במחלה ראומטית או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חוסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים.

כמו כן, יכוסו נעליים המיועדות לטיפול או שיקום כדוגמת נעלי אפוס.

3.4.2.5. קלנועית, מעלון, מנוף הרמה, כיסא אורתופדי, כיסא עיסוי, מיטה אורתופדית חשמלית.

3.4.3. לא יכוסה אביזר לצורך טיפול ניסיוני או המבוסס על טכנולוגיות ניסיוניות.

3.4.4. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.

פרק י"ב - טיפולי שיקום, טיפולים בהתפתחות הילד, טיפולי פוריות, ייעוץ פסיכולוגי ורפואה משלימה

1. מקרה הביטוח

טיפולים רפואיים המצוינים בסעיף 3 להלן, המבוצעים במהלך תקופת הביטוח, הכל בכפוף לתנאים המצוינים בכל סעיף, לפי העניין.

2. תגמולי הביטוח

- 2.1. המבטח יישא בעלות ששילם המבוטח לנותן השירות בפועל ולא יותר מהשיעורים והסכומים המרביים הנקובים (אם נקובים) לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.
- 2.2. אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב"ן והמבוטח נדרש לשלם השתתפות עצמית לנותן השירות או אם השב"ן השתתף בעלות הטיפול באמצעות החזר כספי, יישא המבטח במלוא השתתפות העצמית.
- 2.3. אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות פרטי שלא בהסכם עם השב"ן או לא מוכר על ידי השב"ן, יישא המבטח בשיעור 80% מהסכום ששולם לנותן השירות ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.
- 2.4. מבוטח שהינו חייל בשירות סדיר או קבע זכאי לתגמולי ביטוח בשיעור 80% מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

3. הכיסוי הביטוחי

3.1. שיקומית (טיפול שיקום שלא לאחר ניתוח)

3.1.1. שיקום דיבור וראייה

המבטח ישתתף בעלות עבור טיפולים לשיקום הדיבור ו/או הראייה שבוצעו במהלך תקופת הביטוח עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראייה, עד לסכום של 180 ₪ לכל טיפול ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

3.1.2. התעמלות שיקומית

המבטח ישתתף בעלות עבור התעמלות שיקומית לאחר אירוע רפואי שאירע במהלך תקופת הביטוח, על פי הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו, עד לסכום של 200 ₪ לכל חודש ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.

הזכאות הינה פעם אחת בתקופת ביטוח.

לעניין זה, "התעמלות שיקומית" - פעילות גופנית מותאמת אישית במסגרת קבועה שמטרתה שיפור התפקוד הגופני עקב אירוע רפואי או לאחר ניתוח, בהנחיית אנשי מקצוע מוסמכים בהתאם לאופי הפגיעה, המבוצעים במכונים הקשורים לבתי חולים או קופות החולים ובנוכחות או פיקוח רפואי.

3.1.3. טיפולי פיזיותרפיה וטיפול שיקום

המבטח ישתתף בעלות טיפולי פיזיותרפיה / הידרותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום אחרים, לצורך שיפור הלקות הפיזית או התפקוד המוטורי של המבוטח, על פי הוראת רופא שהבעיה בתחום מומחיותו, עד לסכום של 180 ₪ לכל טיפול ועד 12 טיפולים בכל שנת ביטוח.

3.1.4. חריגים

3.1.4.1. לא יכוסו תחת סעיף זה טיפולים לילדים הזכאים לכיסוי ביטוחי בהתפתחות הילד או טיפולים פסיכולוגיים / נפשיים.

3.1.4.2. לא יכוסו טיפולי שיקום המכוסים בסעיפים 2.3 ו- 3.6 אשר בפרק ח'.
לאמור, אין כפל כיסוי.

3.1.4.3. על פי סעיף זה, לא יכוסו אבחונים או טיפולים בהתפתחות הילד או טיפול בליקויי למידה המכוסים בסעיף 3.4.

3.1.4.4. על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.

3.1.5. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים.

יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.

3.2. טיפולי פוריות והפריה חוץ גופית

3.2.1. המבטח ישתתף בעלות של טיפולי פוריות שבוצעו בגופו/ה של מבטח/ת ו/או טיפולי הפריה שבוצעו בגופה של מבטחת במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 15,000 ₪ עבור כלל הניסיונות להרות עד היוולדו של תינוק.
סכום הביטוח הינו לכל לידה ועד 2 לידות בלבד.

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

3.2.3. המבטח יישא בעלות פרוצדורות חודרניות בגופה של המבטחת לצורך פריון אשר אינן מכוסות על פי פרק ז'.

הכיסוי במסגרת סעיף זה, לא יכלול טיפולי הפריה המנויים בסעיף 3.2.2 לעיל.

3.2.4. המבטח ישתתף בעלויות עבור טיפולים לפריון הגבר המבטח בביטוח זה ובכלל זה פרוצדורות כירורגיות להוצאת תאי זרע מגופו של המבטח והשבחתם שבוצעו במהלך תקופת הביטוח.

3.2.5. אם פונדקאית

יובהר, כי הזכאות על פי סעיף 3.2 - בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות, תחול גם לגבי אם פונדקאית.

3.2.6. חריגים

3.2.6.1. על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.

3.2.6.2. לא יכוסו טיפולים המכוסים על פי פרק הניתוחים.

3.2.7. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 9 חודשים.

יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.

3.3. שירותים ייחודיים לילדת

מבטחת תהיה זכאית להשתתפות המבטח עבור השירותים המפורטים להלן, פעם אחת בתקופת ביטוח ולא יותר מהסכום הנקוב בכל אחד מהשירותים:

3.3.1. הדרכה פרטית להכנה ללידה בבית המבטחת - החזר עד 450 ₪.

פעם אחת בתקופת הביטוח.

3.3.2. התייעצות עם יועצת הנקה - החזר עד 450 ₪, פעם אחת בתקופת הביטוח.

3.3.3. שירותי דולה / אחות פרטית ללידה - החזר עד 1,000 ₪.

3.3.4. עלות שכירת מכשיר איזי טנס - החזר עד 360 ₪.

3.3.5. **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 9 חודשים.**

יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.

3.4. כיסוי מיוחד לילדים

3.4.1. בעיות הרטבה לילדים

המבטח ישתתף בעלות של עד שני טיפולים לכל ילד/ה מבוטח/ת למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5, שניתנו במהלך תקופת הביטוח עד לסכום מרבי של 700 ₪ לטיפול.

3.4.2. טיפול בבעיות התפתחות בילדים

3.4.2.1. המבטח ישתתף בעלות טיפול בבעיות התפתחות הילד שאובחנו אצל מבטח עד גיל 18 על ידי רופא ילדים מומחה להתפתחות הילד או מכון אבחון מוכר או נוירולוג ילדים או פסיכיאטר ילדים והומלצו לטיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג התפתחותי או חינוכי או על ידי מטפל שיקומי מוסמך אחר או על ידי מורה מוסמך בהוראה מתקנת ובלבד שהילד/ה אובחן/ה והטיפול הומלץ על ידי מכון אבחון מוכר עד לסכום של 180 ₪ לטיפול ולא יותר מ- 30 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

לעניין סעיף זה, "**בעיות בהתפתחות הילד**" - פגיעה, תפקוד לקוי או עיכוב בתפקוד פיזי או נפשי או קוגניטיבי ביחס / בהתאם לגילו של הילד/ה המבטח/ת.

3.4.2.2. חריגים

3.4.2.2.1. על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.

3.4.2.2.2. על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים ניסיוניים.

3.4.2.2.3. לא יכוסו תחת סעיף זה טיפולים לילדים הזכאים לכיסוי ביטוחי על פי סעיף 3.5 להלן.

לאמור, לא יהיה כפל ביטוחי.

3.4.3. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 12 חודשים.

יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.

3.5. ייעוץ / טיפול פסיכולוגי

3.5.1. המבטח ישתתף בעלות עבור ייעוץ ו/או טיפול שניתן למבטח במהלך תקופת הביטוח על ידי פסיכולוג או פסיכיאטר או עובד סוציאלי עד 12 טיפולים בכל שנת ביטוח ועד 280 ₪ לכל טיפול.

3.5.2. יובהר, כי לא יכוסה טיפול על ידי פסיכולוג תעסוקתי.

3.5.3. תנאי לחבות המבטח - כי המבטח יצרף אישור חתום על ידי המטפל בלבד, המציין את שם המטופל, סוג הטיפול, מועד מתן הטיפול ועלות הטיפול.

- 3.5.4. מבטח הזכאי לכיסוי ביטוחי על פי סעיף זה, לא יהיה זכאי לכיסוי הביטוחי על פי סעיף 3.4 לעיל.**
- 3.5.5. לאמור, לא יהיה כפל ביטוחי.**
- 3.5.5. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים.**
- יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.**
- 3.6. רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי**
- 3.6.1. המבטח ישתתף בעלות טיפולים ברפואה משלימה שבוצעו בפועל במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 120 ₪ לטיפול או התייעצות.**
- המבטח יהיה זכאי לעד 12 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח, כמפורט להלן:**
- 3.6.1.1. הומיאופתיה.
 - 3.6.1.2. אוקופונקטורה.
 - 3.6.1.3. כירופרקטיקה.
 - 3.6.1.4. אוסטיאופתיה.
 - 3.6.1.5. רפלקסולוגיה.
 - 3.6.1.6. שיאצו.
 - 3.6.1.7. ייעוץ דיאטטי.
 - 3.6.1.8. שיטת פלדנקרייז.
 - 3.6.1.9. ביו-פידבק.
 - 3.6.1.10. נטורופתיה.
 - 3.6.1.11. הרבולוגיה.
 - 3.6.1.12. שיטת פאולה.
 - 3.6.1.13. שיטת אלכסנדר.
 - 3.6.1.14. שיטות טיפול אחרות המוצעות על ידי מכוני הסדר ומוכרות על ידי תוכנית השב"ן באותה קופות החולים.
- 3.6.2. תנאי לחבות המבטח**
- 3.6.2.1. השתתפות המבטח עבור שירותי רפואה משלימה מותנית בקבלת אישור מרופא המטפל על הבעיה הרפואית בגינה מתבקש הטיפול.**
- 3.6.2.2. תנאי לחבות המבטח כי המבטח יצרף אישור חתום על ידי המטפל המציין את שם המטופל, סוג הטיפול, מועד מתן הטיפול ועלות הטיפול.**
- 3.6.3. חריגים**
- 3.6.3.1. לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבטח בפועל.**
- 3.6.3.2. לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין הוצאות עבור תרופות ו/או חומר מרפא ו/או תוספות מזון ו/או ויטמינים ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך הטיפול.**
- 3.6.3.3. לא יינתן שיפוי עבור ביצוע טיפול שאינו נמנה על רשימת הטיפולים המצוינות בסעיף 3.6.1.**
- 3.6.3.4. לא יכוסו טיפולים המבוצעים בבתי מלון ובמכוני ספא.**
- 3.6.4. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים.**
- יובהר, כי תקופת האכשרה תחול על פי התנאים הקבועים בסעיף 1.66 בפרק א'.**

פרק י"ג - כתב שירות רופא עד הבית

1. מבוא:

המנוי יהיה זכאי לשירות הכלול בכתב שירות זה, בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן. יובהר, כי השירות הניתן על פי כתב שירות זה ניתן על ידי ספק השירות שאינו החברה והוא ניתן בתנאים ובמגבלות המפורטים בכתב שירות זה להלן.

כל האמור בכתב שירות זה בלשון יחיד, משמעו גם בלשון רבים, וכל האמור בלשון זכר, משמעו גם בלשון נקבה, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת.

כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד ולא תשמשנה לצורך פרשנות.

2. הגדרות:

בכתב שירות זה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה שבצד:

- 2.1. בית חולים:** מוסד רפואי בישראל שהרשויות המוסמכות בישראל מכירות בו כבית חולים הכולל מחלקות אשפוז, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה / הבראה) או מוסד שיקומי.
- 2.2. החברה:** מגדל חברה לביטוח בע"מ.
- 2.3. המועד הקובע:** מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה, כפי שהוא מופיע בדף הרשימה.
- 2.4. השירות או השירותים:** השירותים המפורטים בסעיף 3 שלהלן, הניתנים בהתאם להוראותיו, חריגיו וסייגיו של כתב שירות, כולם או מקצתם, לפי הקשר הדברים.
- 2.5. השתתפות עצמית:** סכום כספי אשר המנוי מחויב לשאת בו בעצמו, בגובה כמפורט בסעיף 3 שלהלן וזאת כתנאי לקבלת שירות על פי הוראות כתב השירות.
- 2.6. יום עסקים:** המנוי ישלם את ההשתתפות העצמית לנותן השירות או לספק, כפי שיוורה לו מוקד השירות, אך בשום אופן לא באמצעות החברה.
- 2.7. ימים א'-ה' בין השעות 8:00 בבוקר ל- 18:00 בערב, למעט ימי חג וערבי חג.**
- 2.8. רופא מיעץ:** מובהר, כי ההשתתפות העצמית משולמת בנפרד בגין כל מנוי ובגין כל מתן שירות.
- 2.9. מוקד השירות או המוקד:** ימים א'-ה' בין השעות 8:00 בבוקר ל- 18:00 בערב, למעט ימי חג וערבי חג.
- 2.10. מוקד השירות או המוקד:** רופא משפחה או רופא ילדים עימו קשור הספק בהסכם לצורך מתן שירות לפי כתב שירות זה והינו בתוקף במועד פניית המנוי למוקד השירות לצורך קבלת השירות.
- 2.11. מוקד השירות או המוקד:** מוקד שירות שיפעיל הספק בעבור המנויים, שמספרו הנו 6101* ושבאמצעותו יופנו המנויים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על פי כתב שירות זה.
- 2.12. מנוי או המנויים:** מספר הטלפון של מוקד השירות ניתן לשניו ו/או לעדכון בכל עת.
- 2.13. מנוי או המנויים:** עובד/ת בנק הפועלים, בן/בת זוגו ו/או ילדיו אשר ברשות כל אחד מהם פוליסה תקפה במועד קבלת השירות בפועל.

- 2.10. נותן שירות:** רופא/ה, המספק/ת שירות המפורט בכתב שירות זה ואשר הספק קשור עימו בהסכם תקף במועד פניית המנוי למוקד השירות לצורך קבלת השירות או במועד קבלת השירות בפועל, לפי העניין.
- 2.11. ספק השירות או הספק:** **ביקורופא בע"מ** או כל גורם אחר, כפי שתקבע החברה לצורך כתב שירות זה.
- 2.12. פוליסה:** **פוליסה קבוצתית לעובדי וגמלאי בנק הפועלים ובני משפחותיהם במגדל חברה לביטוח.**
- 2.13. רופא:** מי שרשאי לעסוק ברפואה בישראל בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים, אשר נמצא בהסכם עם הספק במועד קבלת השירות בפועל.

3. פירוט השירותים:

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

3.1. קבלת ייעוץ רפואי מקוון מרופא מייעץ בתחומי רפואת משפחה וילדים:

- 3.1.1. מספר הייעוציים הרפואיים המקוונים עם רופא מייעץ אותם רשאי מנוי לממש במהלך תקופת השירות הינו ללא הגבלה.
- 3.1.2. השירות על-פי סעיף זה יינתן בכל שעות היממה, ובכל ימות השנה, למעט ביום כיפור: משעה 14:00 בערב יום כיפור ועד לשעתיים מצאת החג.
- 3.1.3. הייעוץ הרפואי המקוון עם הרופא המייעץ יתקיים עד 90 דקות מרגע קבלת הפנייה במוקד השירות.
- 3.1.4. הרופא המייעץ ייתן למנוי מידע והכוונה רפואית, ככל שיידרשו לפי שיקול דעתו הבלעדי, ובין היתר את הפעולות הבאות:
- 3.1.4.1. מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי או מהורי הקטין (במידה והמנוי הינו קטין).
- 3.1.4.2. קבלת מרשם רפואי לרכישת תרופות ראשוניות בהתאם לשיקול דעתו המקצועי והמלצותיו של הרופא המייעץ הכללי.
- המרשם יימסר באמצעות דואר אלקטרוני או פקס או כל אמצעי אלקטרוני אחר.
- 3.1.4.3. קבלת הפניה לבית חולים באמצעות דואר אלקטרוני או פקס.
- 3.1.4.4. קבלת המלצה להפניית המנוי להמשך טיפול לפי שיקול דעתו המקצועי והמלצותיו של הרופא המייעץ הכללי.
- 3.1.5. בסיום הייעוץ הרפואי המקוון על פי סעיף זה יינתן למנוי או להורי הקטין (במידה והמנוי הינו קטין) מאת הרופא המייעץ סיכום ייעוץ באמצעות דואר אלקטרוני או פקס.
- 3.1.6. השירות ניתן ללא צורך בהשתתפות עצמית.
- 3.1.7. השירות אינו כולל מתן חוות דעת לצורכי הליך משפטי צפוי או תלוי ועומד.

3.2. טיפול במרפאות לרפואה דחופה:

- 3.2.1. המנוי זכאי לפנות לאחד ממוקדי הרפואה הדחופה של הספק.
- 3.2.2. במוקדי הרפואה הדחופה יינתן למנוי מידע והכוונה רפואית, ככל שידרשו לפי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא המייעץ ובין היתר השירותים הבאים:
- 3.2.2.1. בדיקת רופא.
- 3.2.2.2. שירותי אחים/יות מוסמכים/ות.
- 3.2.2.3. שירותי מעבדה, בדיקת א.ק.ג לרבות ביצוע פענוח.
- 3.2.2.4. תפירות, הדבקות וגיבוס, צילומי רנטגן.
- 3.2.2.5. בדיקות סוכר, שתן ומשטח גרון מהירות.
- 3.2.2.6. בדיקת טרופונין לגילוי התקף לב.
- 3.2.2.7. קבלת המלצה להפניית המנוי להמשך טיפול לפי שיקול דעתו המקצועי והמלצותיו של הרופא המייעץ.
- 3.2.3. השירות אינו כולל מתן חוות דעת לצורכי הליך משפטי צפוי או תלוי ועומד.
- 3.2.4. עבור כל הגעה למרפאת רפואה דחופה, ישלם המנוי השתתפות עצמית בסך 30 ₪.
- 3.2.5. השירות יינתן במרפאות לרפואה דחופה מטעם הספק בלבד אשר יועדו לשירות זה ובשעות הפעילות של המרפאה.
- מובהר, כי לא יינתן החזר כספי בגין טיפולי המשך שניתנו במרפאות שאינן מרפאות של הספק, מכל סיבה שהיא.

3.3. שירות רופא עד הבית:

- 3.3.1. המנוי יהא זכאי לקבלת שירות רפואי כמפורט בסעיף 3.3.2 להלן על ידי רופא, תוך 3 שעות ממועד הפנייה למוקד השירות.
- 3.3.2. שירות רופא עד הבית יינתן בביתו של המנוי או בכל מקום ישוב אחר בו ימצא המנוי הנזקק לשירות, למעט יהודה, שומרון, חבל עזה, יישובי בקעת הירדן והערבה ורמת הגולן (למרות זאת השירות יינתן במעלה אדומים, אריאל, בית אריה, אורנית ושערי תקווה).
- במקומות בהם לא ניתן שירות ביקור רופא, כמפורט בסעיף 3.3.2 זה, ובכל מקרה אחר בו לא ניתן יהיה לשלוח רופא למקום הימצאו של המנוי בתוך המועד הנקוב בסעיף 3.3.1, מכל סיבה שהיא, המנוי הנזקק לשירות יוכל לבחור אחת מהחלופות הבאות:
- (א) קבלת שירות ביקור רופא באחת מהמרפאות לרפואה דחופה המופעלות על ידי הספק (בכפוף לשעות הפעילות של המוקדים הרפואיים) וזאת ללא צורך בתשלום השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 3.3.7 להלן.
- או
- (ב) קבלת החזר כספי מהספק בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 300 ₪, עבור הוצאה שהוציא המנוי בפועל בגין קבלת השירות מרופא שאינו נותן שירות (למען הסר ספק, מובהר, כי ככל שהמנוי יבחר לקבל את השירות באמצעות רופא שאינו מטעם הספק - לספק לא תהיה כל אחריות והתחייבותו תהיה אך ורק לביצוע החזר כספי כאמור).

3.3.3. לאחר מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) לרופא מהמנוי, המנוי יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט להלן:

3.3.3.1. בדיקה גופנית של המנוי לרבות שימוש במכשירי עזר המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוכדי לשון (שפדלים), פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ דם, הכל כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא נותן השירות.

3.3.3.2. קביעת אבחנה רפואית.

3.3.3.3. בדיקת א.ק.ג. באמצעות קרדיו-ביפר על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא נותן השירות.

3.3.3.4. קבלת תרופות ראשוניות לצורך טיפול למשך יממה אחת ו/או זריקת וולטרן להקלה על כאבי גב, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא נותן השירות.

3.3.3.5. קבלת מרשם לתרופות, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא נותן השירות.

3.3.3.6. הפניה להמשך טיפול לרופא המשפחה / רופא ילדים, המטפל במנוי באופן שוטף (ו/או לרופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא נותן השירות.

3.3.3.7. הפנית המנוי לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא נותן השירות.

3.3.3.8. מתן תעודה רפואית.

3.3.3.9. פינוי חינום באמבולנס - במקרה שרופא נותן השירות שבדק את המנוי בעקבות קריאתו לקבלת השירות, יחליט על פינויו באמבולנס, יהיה המנוי זכאי לקבל מהספק החזר כספי עבור הוצאה שהוציא המנוי בפועל בגין הפינוי באמבולנס וזאת תוך 30 ימים ממועד מסירת הקבלה על התשלום הנ"ל לספק השירות ובתנאי שהמנוי אינו זכאי להחזר בגין הפינוי מקופת החולים בה הוא מבוטח.

3.3.4. שירות ביקור רופא עד הבית על פי כתב שירות זה יינתן במהלך ימות השנה מהשעה 07:00 עד השעה 24:00 לאותו יום.

בימי ו' וערבי חג שירות ביקור רופא יינתן ברציפות מהשעה 14:00 ביום ו' / ערב החג ועד השעה 07:00 ביום א' / היום שלמחרת החג.

שירות ביקור רופא לא יינתן בערב יום כיפור וביום כיפור עד שעתיים לאחר תום הצום.

3.3.5. נזקק המנוי לשירות רפואי בביתו כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפנית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין בסעיף 2.8 לעיל, יזדהה בשמו, מקום הימצאו, שם המנוי ומספר הטלפון של בית המגורים של המנוי.

3.3.6. שירות ביקור רופא יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.

3.3.7. עבור כל הגעה של רופא מטעם הספק לבית המנוי, ישלם המנוי השתתפות עצמית בסך 30 ₪.

3.4. החברה לא תהיה אחראית בגין רשלנות רפואית או אחרת, ולא תהיה אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל נזק או הפסד שייגרם למבוטח ו/או למנוי ו/או לכל אדם, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף אחר בקשר עם שירות ביקור רופא נשוא נספח שירות זה.

3.5. מובהר, כי במקרה בו פעילות הספק או חלק משמעותי ממנה ייפגעו עקב סיבה שאינה בשליטת הספק, כגון: שריפה, התפוצצות, מלחמה וכו', הספק והחברה לא יהיו אחראים לאי עמידה בלוחות הזמנים המפורטים בסעיף 3.1.2 זה לעיל.

4. אופן קבלת השירותים:

- 4.1. מנוי הזכאי לקבלת שירות על פי כתב שירות זה יפנה טלפונית למוקד השירות יזדהה בשמו ויצוין את מספר תעודת הזהות שלו, את כתובתו, את מספר הטלפון שבו ניתן להשיגו ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי שבגינו נזקק המנוי לשירות, ככל שיתבקש.
- 4.2. מוקד השירות יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ביום הכיפורים, החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד מוצאי יום הכיפורים, שעתיים לאחר סיום הצום.
- 4.3. עבור השירותים המפורטים בכתב שירות זה הכרוכים בתשלום השתתפות עצמית יהיה חייב המנוי בתשלום השתתפות עצמית בגובה 30 ₪ וזאת כתנאי לקבלת השירותים. דמי ההשתתפות העצמית ישולמו לספק טרם קבלת השירות בפועל.
- 4.4. הספק מתחייב כי השירות הניתן על ידו יוענק על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות, כי תתקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנויים וכי השירות יינתן בפריסה גיאוגרפית נאותה.

5. קבלת השירות בעת שירות צבאי:

בעת שירות צבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות על המנוי הוראות הצבא והנחיותיו, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל את המנוי או למנוע ממנו, בעת שירותו הצבאי, קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשפיע על מימוש הזכויות המגיעות למנוי בהתאם לתנאי כתב שירות זה. המידע בדבר הוראות הצבא והנחיותיו, המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המנוי נמצא בשירות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

6. תוקפו של כתב שירות זה:

- 6.1. כתב שירות זה ייכנס לתוקף החל מהמועד הקובע.
 - 6.2. תוקפו של כתב שירות זה יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו:
 - 6.2.1. במועד תום תקופת הפוליסה הקבוצתית אליה צורף כתב שירות זה.
 - 6.2.2. במקרה של סיום ו/או הפסקה של ההסכם שבין החברה לבין הספק.
- להסרת כל ספק, יובהר, כי במועד פקיעתו של כתב שירות זה, ביטולו או סיום תוקפו, מכל סיבה שהיא, תסתיים זכאותו של המנוי לקבלת שירותים על פי כתב שירות זה. יובהר, כי אם פנה המנוי לקבלת שירותים בטרם מועד פקיעתו של כתב שירות זה, יהיה המנוי זכאי להמשיך לקבל את השירות שלגביו בוצעה הפנייה עד תום.

7. תנאי הצמדה:

7.1. כל הסכומים הנקובים בכתב השירות יהיו צמודים למדד ויעודכנו בהתאם ליחס שבין המדד החדש למדד הבסיס.

7.2. **המדד:** משמעו מדד המחירים לצרכן, כולל פירות וירקות, שמפרסמת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מפעם לפעם, ובכלל זה אותו מדד אף אם יפרסם אותו כל גוף או מוסד רשמי אחר שיבוא במקומו, אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ואם לאו. אם יבוא במקום המדד האמור מדד אחר שיפרסם גוף או מוסד כאמור, ואותו גוף או מוסד לא יקבע את היחס שבין המדד האחר לבין המדד המוחלף, ייקבע היחס האמור על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

7.3. **מדד הבסיס:** מדד חודש אשר פורסם ביום 15.02.2026.

7.4. **המדד החדש:** יהיה המדד הידוע במועד שבו היה אמור התשלום הרלוונטי להיות משולם.

8. שונות:

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

9. מקום השיפוט:

בכל מחלוקת שתתגלע בין הצדדים בקשר עם כתב שירות זה, יהא מוסמך לדון אך ורק בית המשפט המוסמך בישראל והדין החל הנו 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 90 שנה מגדל היא החברה המובילה בישראל בתחומים ביטוח, בריאות, פנסיה ופיננסים.

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



כל מה שצריך לדעת על קבלת שירות רפואי והגשת תביעה

להגשת תביעה דיגיטלית מהירה באתר בכתובת: www.migdal.co.il או באמצעות אפליקציית מגדל

במקרה של צורך בשירות רפואי המכוסה בהתאם לתנאי הפוליסה, מומלץ לפנות למוקד התביעות של מגדל בטלפון: 62-66-50-700-1 שלוחה 1, ימים א'-ה' 8:30-16:00. לאחר שעות הפעילות ובמקרי ניתוח דחופים בלבד, ניתן לפנות למוקד הטלפוני: 073-2049169, ימים א'-ה' החל מהשעה 17:00 ועד 8:00 בבוקר, בימי ו', שבתות וחגים המוקד פעיל 24 שעות ביממה.

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

לשירות ביקור רופא יש להתקשר ל-6101*

למידע אודות הפוליסה, הכיסויים ונוהל הגשת תביעה יש לפנות לאתר:

www.hapoalim-luttinger.co.il

