



ביטוח בריאות קבוצתי
לעובדי בנק הפועלים ובני משפחותיהם



ארגון עובדי
בנק הפועלים



בנק הפועלים 

דצמבר 2019

עובד/ת יקר/ה,

ארגון עובדי בנק הפועלים שמח לבשר לך על חידוש תוכנית ביטוח הבריאות הקבוצתי של עובדי בנק הפועלים ובני ביתם שהסתיימה בחברת "הראל" וחודש בחברת "מגדל".
ההסכם בתוקף עד 30.11.2025.

ההנהלה וארגון העובדים רואים בעובדי הבנק את אחד מנכסיו החשובים ביותר ופועלים ככל הניתן לשיפור ושמירה על בריאות העובדים ויקיריהם. על כן, גם בתקופת הפוליסה החדשה הביטוח לעובדים הקבועים ימומן ברובו ע"י הבנק. בני המשפחה יבוטחו בתנאים ייחודיים ואטרקטיביים.

תוכנית הביטוח העומדת לרשותך תעניק לך ולבני משפחתך את ההגנה והביטחון הראויים למקרים רפואיים שאינם מכוסים באופן מלא ומספק במסגרת חוק ביטוח בריאות הממלכתי ובמסגרת תוכניות השב"ן (ביטוח משלים) של קופות החולים. אנו מייחסים לתוכנית זו חשיבות רבה לשמירה על איכות חיים ולעיתים אף להצלת חיים.

לתשומת ליבך, הכיסוי בפרק הניתוחים בארץ שונה ובפוליסה החדשה יהיה כיסוי משלים לשב"ן (שירותי בריאות נוספים - הביטוח המשלים של קופ"ח).

במסגרת פרק זה ניתן יהיה לקבל מחברת הביטוח החזרים וזאת לאחר הגשת התביעה לביטוח המשלים בקופ"ח.

מוקד "מגדל" עומד לרשותכם 24 שעות ביממה בטלפון: 1-700-50-66-62

ניתן לפנות בפקס מס' 0768869540 או במייל: bankhapoalim@migdal.co.il

בברכת בריאות טובה,

ארגון עובדי בנק הפועלים

הוועד הארצי

מגדל חברה לביטוח בע"מ

12.2019 220000080

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי - עובדי בנק הפועלים

הנדון: פוליסת הבריאות הקבוצתית לעובדי בנק הפועלים - הודעה למבוטחים על עדכון דמי הביטוח

מבוטח/ת יקר/ה!

הרינו להודיעכם כי בהתאם לתנאי הפוליסה ולתוצאות העסקיות עודכנו דמי הביטוח בשיעור 6% החל מ-1.3.2018 בפוליסת הביטוח הקבוצתי של עובדי בנק הפועלים ובני משפחותיהם. להלן טבלת דמי הביטוח*:

דמי הביטוח עד 28.2.18

עובד	בן/בת זוג	בת זוג וכל הילדים עד גיל 30	כל ילדי העובד עד גיל 30	ילד עד גיל 30	ילד מעל גיל 30
85.64	85.64	146.43	60.78	22.18	77.81

דמי הביטוח החל מיום 1.3.2018 לאחר עדכון הפרמיה

עובד	בן/בת זוג	בת זוג וכל הילדים עד גיל 30	כל ילדי העובד עד גיל 30	ילד עד גיל 30	ילד מעל גיל 30
90.78	90.78	155.21	64.43	23.51	82.48

* דמי הביטוח הנ"ל צמודים למדד אחרון ידוע שפורסם ביום 15.1.2018, 12255 נקודות.

חלק א' - ריכוז פרטים עיקריים על הפוליסה ותנאיה

נושא	סעיף	תנאים
כללי	1. שם הפוליסה	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי בנק הפועלים בע"מ.
	2. שם בעל הפוליסה	בנק הפועלים בע"מ באמצעות ארגון עובדי בנק הפועלים.
	3. שם המבטח	מגדל חברה לביטוח בע"מ.
	4. הכיסויים	<p>השתלות בישראל או בחו"ל - פרק א' 1.</p> <p>טיפולים מיוחדים בחו"ל - פרק א' 2.</p> <p>כיסוי לניתוחים בחו"ל - פרק א' 3.</p> <p>תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב'.</p> <p>ביטוח לניתוחים ושירותים רפואיים - פרק ג'.</p> <p>טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים - פרק ד'.</p> <p>טיפולים מחליפי ניתוח - פרק ה'.</p> <p>חבילת כתבי שירות - פרק ו'.</p> <p>שירות רפא עד הבית - פרק ו' 1.</p> <p>יעוץ טיפול פסיכולוגי - פרק ו' 2.</p> <p>רפואה משלימה - פרק ו' 3.</p> <p>נספח עזרה - פרק ז'.</p>
	5. משך תקופת הביטוח	מיום 01.12.2014 ועד 30.11.2025.
	6. תנאים לחידוש אוטומטי	בעל הפוליסה רשאי להאריך הפוליסה לתקופה נוספת של 12 חודשים, ולאחר מכן לתקופה נוספת של 36 חודשים, אלא אם כן הודיע אחד הצדדים על רצונו שלא לחדש את תקופת הביטוח עפ"י פוליסה זו, לפחות 4 חודשים לפני מועד תום תקופת הביטוח.
	7. המשכיות	<p>א. בתום ההסכם ובכל במקרה של ניתוק יחסי עובד מעביד מכל סיבה שהיא, ו/או במקרה של פטירה ו/או במקרה של עובד שנישואיו הגיעו לקיצם בגירושין או בשל פרידה מידועה/בציבור, יהיו זכאים המבוטחים להמשיך להיות מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית אישית המקבילה לפוליסה הקבוצתית שהיקף הכיסוי בה הקרוב ביותר לפוליסה הקבוצתית.</p> <p>ב. התעריפים הינם התעריפים שיהיו קיימים אצל החברה המבטחת לפוליסת בריאות באותו מועד, ושאינם גבוהים מדמי הביטוח הנהוגים אצל המבטח בפוליסה עפ"י סעיף א לעיל, וברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצב רפואי במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו, ויהיו זכאים להנחה בגובה 35% מהתעריף לביטוח בפוליסה דומה ובכפוף לאמור בסעיף א לעיל, למשך 5 שנים ו-25% החל מהשנה השישית ואילך, לכל החיים.</p>

<p>ג. במקרה של פרישה לגמלאות של העובדים, יהיו זכאים העובדים, בני/ות זוג וילדיהם להצטרף לפוליסת גמלאי בנק הפועלים, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצב רפואי במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו.</p> <p>ד. החברה המבטחת תפנה בכתב לכל מבטח, ותציע לו את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך 180 ימים ממועד ניתוק יחסי עובד/מעביד כאמור ותאפשר לו לבחור במעבר לפוליסת ההמשך. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. כמו כן, למבטח שיפנה למבטח תוך 180 יום ממועד הפסקת הביטוח, תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. קרי, המבטח חייב לשלוח הודעה בכתב על הפסקת הביטוח למען המבטח, והמבטח תוך 180 יום רשאי להחליט על בחירה במעבר לפוליסת ההמשך ממועד קבלת ההודעה של המבטחת במענו.</p> <p>ה. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי זו, לא תפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבטח בשל כיסויים אלו.</p> <p>לתשומת הלב ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבטח.</p>		
	8. תקופת אכשרה	אין
	9. תקופת המתנה	אין
<ul style="list-style-type: none"> • פרק ב' - תרופות 180 ש"ח למרשם לחודש, עד שני מרשמים שונים לחודש, למעט תרופות למחלת הסרטן ללא השתתפות עצמית. • פרק ג' - ניתוחים בישראל לחוות דעת נוספת עם רופא מומחה לפני ניתוח 25% השתתפות עצמית, לבדיקות אבחנתיות המבוצעות לקראת ניתוח ולשם ביצועו או לאחר האשפוז לכל בדיקה לשנת ביטוח 20% השתתפות עצמית. • פרק ד' - טכנולוגיות מתקדמות ושירותים אמבולטוריים התייעצות עם רופא מומחה - 20% השתתפות עצמית בדיקות אבחנתיות - 25% השתתפות עצמית בדיקה לאפיון והתאמת הטיפול למחלת הסרטן - 20% השתתפות עצמית בדיקות גנטיות - 25% השתתפות עצמית טיפולים פיזיותרפיים - 20% השתתפות עצמית טיפולים ויעוצים אונקולוגיים - 20% השתתפות עצמית טיפול הפרייה אשר בוצעו במבטחת בחו"ל - 20% השתתפות עצמית בדיקות ושרותים לנשים בהריון - 25% השתתפות עצמית אבחון גנטי טרום לידתי - 25% השתתפות עצמית • פרק ו' 1 - ביקור רופא בבית - השתתפות עצמית 26 ש"ח • פרק ו' 2 - יעוץ פסיכולוגי - 20% השתתפות עצמית לטיפול עד 20 טיפולים בשנה. 	10. השתתפות עצמית	

<ul style="list-style-type: none"> פרק ו' 3 - רפואה משלימה - השתתפות עצמית של 50% ולא יותר מ-50 ₪ לטיפול עד 7 טיפולים בשנת ביטוח. במקרה של יעוץ על ידי נותן שרות שבהסדר השתתפות עצמית של 59 ₪ לטיפול. 														
<p>במידה וישודרגו הביטוחים המשלימים בקופות החולים ו/או יחולו שינויים בחוק הבריאות, רשאי בעל הפוליסה להתאים / להרחיב/ לשנות / לשדרג את הכיסוי בפוליסה כתוצאה משינויים אלו, בתיאום עם המבטח.</p>	<p>11. שינוי תנאים במהלך תקופת הביטוח</p>	<p>שינוי תנאים</p>												
<p>דמי ביטוח בגין פוליסה הכוללת את פרקים א'-ז' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה, קרי השירותים (SLA), קרי עד ה-30.11.2025: ובכפוף לסעיפים 4.3 ו-4.4 להסכם</p> <table border="1" data-bbox="108 564 1126 779"> <thead> <tr> <th>פרמיה מבטח</th> <th>עובד/ת / בן/ת זוג</th> <th>בן/ת זוג וכל הילדים עד גיל 30</th> <th>כל ילדי העובד עד גיל 30</th> <th>ילד עד גיל 30</th> <th>ילד מעל גיל 30</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>בריאות (פרקים א'-ז')</td> <td>90.78 ₪</td> <td>155.21 ₪</td> <td>64.43 ₪</td> <td>23.51 ₪</td> <td>82.48 ₪</td> </tr> </tbody> </table> <p>במדד ידוע שפורסם ב 15.01.2018 12255 נק'.</p>	פרמיה מבטח	עובד/ת / בן/ת זוג	בן/ת זוג וכל הילדים עד גיל 30	כל ילדי העובד עד גיל 30	ילד עד גיל 30	ילד מעל גיל 30	בריאות (פרקים א'-ז')	90.78 ₪	155.21 ₪	64.43 ₪	23.51 ₪	82.48 ₪	<p>12. גובה דמי הביטוח</p>	<p>דמי ביטוח</p>
פרמיה מבטח	עובד/ת / בן/ת זוג	בן/ת זוג וכל הילדים עד גיל 30	כל ילדי העובד עד גיל 30	ילד עד גיל 30	ילד מעל גיל 30									
בריאות (פרקים א'-ז')	90.78 ₪	155.21 ₪	64.43 ₪	23.51 ₪	82.48 ₪									
<p>למבוגר - פרמיה קבועה. לילד - פרמיה קבועה עד גיל 30.</p>	<p>13. מבנה דמי הביטוח</p>													
<p>התאמת פרמיה תבוצע לאחר 24 חודשים כמפורט בסעיף 42 לפוליסה</p>	<p>14. שינוי דמי הביטוח במהלך תקופת ביטוח</p>													
<p>בכל עת, בהודעה בכתב לחברה. אין החזר פרמיה לתקופה שבה הייתה הפוליסה בתוקף.</p>	<p>15. תנאי ביטול הפוליסה על-ידי מבטח</p>	<p>תנאי ביטול</p>												
<p>בהתאם לתנאי ההסכם בין הצדדים.</p>	<p>16. תנאי ביטול הפוליסה על-ידי החברה או בעל הפוליסה</p>													
<p>לא קיים, למעט אם קיימת החרגה, הפירוט מופיע בדף פרטי הביטוח.</p>	<p>17. החרגה בגין מצב רפואי קודם</p>	<p>חריגים</p>												
<ul style="list-style-type: none"> סעיף 3 לפרק ב' בפוליסה. סעיף 1.4 לפרק ג' בפוליסה. 	<p>18. סייגים לחבות החברה</p>													
<ul style="list-style-type: none"> במקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי: בעת השרות הצבאי חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מפעם לפעם ועלולות להגביל או למנוע מן החייל קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. לעניין זה עלולה להיות השפעה על מימוש הזכויות המגיעות בהתאם לפוליסה. הגבלת אחריות בחו"ל - מתן כיסוי לשירותים רפואיים בחו"ל כמפורט בהסכם זה בלבד. קיימת אפשרות על פי דרישת המבטח, לברר את זכויותיו בשל מקרה ביטוח מסוים ולקבל את פירוט תגמולי הביטוח הנכללים בתוכנית זו באמצעות מוקד השירות של החברה וכן באתר האינטרנט של החברה שכתובתו: www.migdal.co.il 	<p>19. תנאים מהותיים</p>													

חלק ב' - ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי / פיצוי	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
מסלול שיפוי					
<p>פרק א' א' 2 - השתלות בישראל או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל</p> <p>בטרם תשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות בישראל או בחו"ל תבחן החברה בין היתר, אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים התשס"ח-2008 ובכלל זה אם התקיימו התנאים המצטברים להלן:</p> <p>א. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה להתבצע.</p> <p>ב. מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לעניין איסור סחר באיברים.</p> <p>החברה תהיה חייבת בתשלום תגמולי הביטוח רק אם התקיימו התנאים הנ"ל וכן יתר תנאי הפוליסה.</p>					
הכיסוי הביטוחי	כיסוי להוצאות הבאות בעת ביצוע השתלות בישראל ובחו"ל ולטיפולים מיוחדים בחו"ל: הערכות רפואיות לפני ביצוע ההשתלה, הוצאות לצורך קציר האיבר המושתל שימורו והעברתו, הוצאות אשפוז, הוצאות הצוות הרפואי וחדר הניתוח, כיסוי בעת האשפוז: בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות. הוצאות הבאות מומחה רפואי לישראל ומימון שהייתו כתחליף להשתלה או טיפול מיוחד בחו"ל. בכפוף לסכום הנקוב בפוליסה.	שיפוי (במקרה של זכאות תישא חברת הביטוח בעלויות התשלום במקום המבוטח ובהתאם לסכומים המפורטים בפוליסה)	לא	תחליפי (ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים ("מהשקל הראשון").	כן
הוצאות נלוות	הוצאות נסיעה לחול של מבטח ומלווה אחד (2 מלווים במקרה של ילד מתחת לגיל 21), הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל אם המבוטח אינו כשיר מבחינה רפואית, הוצאות לשהייה בחו"ל, המשך טיפולים בארץ, הוצאות הטסת גופה לישראל, בכפוף לסכום הנקוב בפוליסה.	שיפוי	לא	תחליפי	כן
סכום השיפוי המרבי	להשתלת איבר: ללא תקרה להוצאות נלוות להשתלה: סכום ביטוח נוסף של עד 786,500 ₪. לטיפול מיוחד בחו"ל - עד 600,000 ₪ למקרה ביטוח.	שיפוי	לא	תחליפי	כן

כיסוי נוסף					
לא	מוסף (ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון).	לא	פיצוי (במקרה של זכאות תשלם חברת הביטוח את הסכום הקבוע בתנאי הפוליסה)	לאחר ביצוע השתלה יהיה זכאי המבוטח לגמלה חודשית בסך 4,840 ₪ למשך תקופה של 24 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה.	גמלת החלמה לאחר השתלה
מסלול פיצוי בגין השתלה בלבד					
לא	מוסף	לא	פיצוי	פיצוי חד פעמי בסך 286,660 ₪	כיסוי ביטוחי
פרק א'3 - ניתוחים בחו"ל					
כן	תחליפי	לא	שיפוי	בגין ניתוחים בחו"ל תהיה תקרת שיפוי מלאה. בנוסף סכום ביטוח חד פעמי בסך 61,382 ₪ בגין הוצאות נסיעות או הוצאות של מלווים.	כיסוי ביטוחי
פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי					
כן	תחליפי ומוסף	לא	שיפוי	כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות או תרופות הכלולות בסל הבריאות אך לא להתווייה הרפואית המוגדרת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובלבד שאושרו לשימוש הנדרש בישראל או באחת המדינות המוכרות וכן, תרופות יתום ותרופות שהוגדרו כ-OFF LABEL, על פי תנאי הפוליסה.	הכיסוי הביטוחי
כן	תחליפי ומוסף	לא	שיפוי	עד 1,209,980 ₪ למבוטח לתקופת ההסכם.	סכום השיפוי המרבי
כן	תחליפי ומוסף	לא	שיפוי	עד 185 ₪ ליום.	שיפוי לשירות או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה
פרק ג' - ביטוח ניתוח בארץ					
				כיסוי להוצאות הבאות בעת ביצוע ניתוח פרטי בישראל: שכר מנתח, שכר מרדים, הוצאות חדר ניתוח ואשפוז בבית חולים פרטי, ובדיקה פתולוגית.	הכיסוי הביטוחי

				<p>החברה המבטחת תשלם ישירות לנותן השרות או תשפה את המבוטח באופן מלא בגין הוצאות לשרותים רפואיים הקשורים לניתוח, לאחר שהמבוטח מיצה את מלוא זכויותיו באמצעות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השרותים (SLA), במסגרת השב"ן שברשותו. כמו כן מובהר בזאת, כי אי קיום/מימוש נספח ב' להסכם ולפוליסה - השרותים (SLA), ו/או במידה והרופא אינו מכבד את ההתחייבות מהשב"ן יקנה/יממש כיסוי כנקוב להלן ללא קשר לזכות המוקנית במסגרת השב"ן. באחריות החברה המבטחת לשאול ולוודא עם המבוטח, כי יש ברשותו שב"ן בקופת החולים בה חבר.</p> <p>מובהר כי מבוטח שאין ברשותו שב"ן, יכוסה כנקוב בסעיף זה ובפרק זה על כל מרכיביו בהחזר מלא, וזאת מעבר לגובה הכיסוי/החזר הקיים בשב"ן הרלוונטי בקופה בה חבר, לו היה זכאי לקבלו במידה והיה חבר בשב"ן.</p> <p>החברה המבטחת תשפה מבוטח בעל שב"ן באופן מלא, ע"פ פרק זה על כל מרכיביו ובהחזר מלא, לאחר שמיצה את מלוא זכויותיו במסגרת השב"ן שברשותו, וזאת לאחר שהחברה המבטחת פעלה עבורו באמצעות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השרותים (SLA) וזאת כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור. מובהר כי מבוטח שאין ברשותו שב"ן, יכוסה כנקוב בסעיף זה ובפרק זה, ומעבר לגובה הכיסוי/החזר הקיים בשב"ן הרלוונטי בקופה בה חבר, לו היה זכאי לקבלו במידה והיה חבר בשב"ן. והכול תוך תקופה שלא תעלה על 14 ימי עבודה מיום מסירת כל המסמכים הנדרשים על ידי המבוטח לצורך ביצוע התשלום. מובהר בזאת, כי אי קיום נספח ב' להסכם ולפוליסה - השרותים (SLA), יקנה/יממש כיסוי כנקוב להלן ללא קשר לזכות המוקנית במסגרת השב"ן בהתאם לסעיף זה.</p>	<p>סכום השיפוי המרבי</p>
--	--	--	--	--	--------------------------

				<p>שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי. התייעצות לפני ואחרי ניתוח התייעצות מוקדמת אחת לפני ניתוח ושתי התייעצויות אחרי הניתוח. חו"ד נוספת של רופא מומחה לפני ניתוח אצל רופא שיבחר ע"י המבוטח עד תקרה של 2,905 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 25%.</p> <p>הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ניתוח תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז והניתוח כולל אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ ו/או במחלקות ו/או ביחידות מקצועיות מכל סוג שהוא.</p> <p>הוצאות בגין בדיקה פתולוגית.</p> <p>כיסוי הוצאות טיפולים פיזיותראפיים בעת האשפוז לאחר ניתוח 620 ₪ לכל יום אשפוז.</p> <p>תותבת - אביזר מושתל עד לסך 42,350 ₪ בלבד לשנת ביטוח.</p> <p>אח/ות פרטית עד 970 ₪ לכל יום אשפוז, עד 14 ימי אשפוז.</p>	<p>כיסויים נלווים לניתוחים</p>
לא	מוסף	לא	פיצוי	<p>הדבקות בנגיף הפטיטיס B - 39,930 ₪</p> <p>הדבקות במחלת ה-AIDS - 182,710 ₪</p>	<p>פיצוי חד פעמי במקרים מיוחדים</p>
כן	מוסף	לא	שיפוי	<p>1,100 ₪ לכל יום ומקסימום 12 ימים.</p>	<p>ימי החלמה בעת ביצוע ניתוח גדול</p>
לא	מוסף	לא	פיצוי	<p>פיצוי חודשי בסך 3,995 ₪ לחודש לאחר 3 חודשי המתנה לתקופה של 12 חודש.</p>	<p>אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח</p>
לא	מוסף	לא	פיצוי	<p>המבוטח יהיה משוחרר מתשלום פרמיה בגין הביטוח לתקופת תשלום פיצוי אובדן כושר עבודה.</p>	<p>שחרור מתשלום פרמיה</p>
כן	מוסף	לא	שיפוי	<p>ביופסיות יכוסו ללא תקרה.</p> <p>בדיקות אבחנתיות ובדיקות הדמיה וכל בדיקה אחרת הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, המבוצעות במהלך האשפוז.</p> <p>לקראת הניתוח ו/או במהלך הניתוח יהיה המבוטח זכאי לכיסוי מלוא ההוצאה עבור הבדיקות ללא תקרה.</p> <p>בדיקות אבחנתיות ובדיקות הדמיה וכל בדיקה אחרת הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה המבוצעות לקראת ניתוח ולשם ביצועו או לאחר האשפוז אך שלא במהלך אשפוז ו/או לאחר הניתוח שיפוי בגין הוצאות עד 6,050 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית שהינה 20% לכל בדיקה לשנת ביטוח.</p>	<p>ביופסיות ובדיקות אבחנתיות</p>

פרק ד' - טכנולוגיות רפואיות ושירותים אמבולטוריים					
כן	מוסף	לא	שיפוי	התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח. בדיקות אבחנתיות. בדיקות לאפיון מחלת הסרטן. בדיקות גנטיות מניעתיות. טיפולים פיזיותרפיים. טיפולים ייעוצים אונקולוגים. טיפולי ושירותי הפריה, בדיקות ושירותים לנשים בהריון. אבחון גנטי טרום לידתי. הפסקת הריון.	הכיסוי הביטוחי
				לפי פרוט בפרק ד' סעיפים 1.1 עד 1.10 בפוליסה.	סכום שיפוי מרבי
פרק ה' - טיפולים מחליפי ניתוח					
כן	ביטוח מוסף	לא	שיפוי	טיפול רפואי או סדרת טיפולים רפואיים שאינם ניתוח אשר באים להחליף את הניתוח לו זקוק המבוטח: התייעצות אחת עם רופאים מומחים לפני ואחרי הטיפול, שכר נותן הטיפול, הוצאות חדר ניתוח או טיפולים, הוצאות אשפוז, הסעה באמבולנס.	הכיסוי הביטוחי
כן	ביטוח מוסף	לא	שיפוי	הטיפול החלופי יינתן בישראל או בחו"ל. סכום הביטוח בארץ עד סך 181,500 ₪. סכום הביטוח בחו"ל יהיה 200% מהעלות בארץ.	סכום שיפוי מרבי
פרק ו' - כתב שירות - שירותים מיוחדים					
לא	תחליפי	לא	שיפוי	שירותי ביקור בית של רופא, בתיאום עם המוקד, בעלות של 26 ₪ בלבד.	פרק ו' 1 שירות רופא עד הבית
לא	תחליפי	לא	שיפוי	לקבלת טיפול פסיכולוגי ו/או ייעוץ החזר בגובה של 180 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%.	פרק ו' 2 יעוץ טיפול פסיכולוגי
לא	תחליפי	לא	שיפוי	שירותי רפואה משלימה - אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, אוסטיאופתיה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדנקרייז, ביו-פידבק, נטורופתיה, ייעוץ דיאטטי, שיטת טווינא סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בגובה 50% ולא יותר מ-50 ₪ לכל טיפול ועד 7 טיפולים לשנת ביטוח. במקרה שמבוטח פונה לנותן שרות שבהסדר עם חברת הביטוח ישלם המבוטח דמי השתתפות עצמית בסך של 59 ₪.	פרק ו' 3 רפואה משלימה
פרק ז' - נספח עזרה					
				בן משפחה המוגדר כמוטב יהיה זכאי לקבל את הטיפולים הכלולים בפוליסה במחירים המיוחדים על פי ההסכמים של החברה המבטחת עם נותני השירותים השונים ובלוחות הזמנים בהם ניתנים השירותים למבוטחי החברה המבטחת אצל נותני השירותים.	נספח עזרה

הגדרות - הגדרות אלה תקפות ליום פרסומן:

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

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

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

הנחיות להגשת תביעה

בהיודע לך על צורך בשירות רפואי כלשהו המכוסה על פי הפוליסה עליך לפנות למוקד לעובדי וגמלאי בנק הפועלים בטלפון: 076-66-62-700-1 הפעיל 24 ש' ביממה

לפניות בכתב:

"מגדל חברה לביטוח" תביעות בריאות-קולקטיב, ת.ד. 3063 קריית אריה פתח תקווה, מיקוד: 4951106.

לפניות במייל: bankhapoalim@migdal.co.il לפניות בפקס: 076-8869540

במקרה של צורך בהשתלה, ניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל:

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

במקרה של צורך בתרופה שאינה כלולה בסל הבריאות:

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

במקרה של תביעת ניתוח:

הכיסוי הניתן לכם במסגרת הפוליסה בגין ניתוחים בישראל מהווה רובד משלים לתכנית השב"ן.

בעת הצורך בביצוע הניתוח עליכם לפנות תחילה לקופת החולים למימוש הזכויות על פי תכנית השב"ן. במקביל יש לפנות למוקד התביעות של מגדל לצורך קבלת תגמולי ביטוח בגין הניתוח מעבר להשתתפות השב"ן, והכל בכפוף לנספח ב' - SLA אמנת השרות.

את טופס התביעה ניתן לקבל ממוקד השירות או באמצעות אתר ארגון עובדי בנק הפועלים שכתובתו: www.poalimunion.org.il

מגדל חברה לביטוח בע"מ

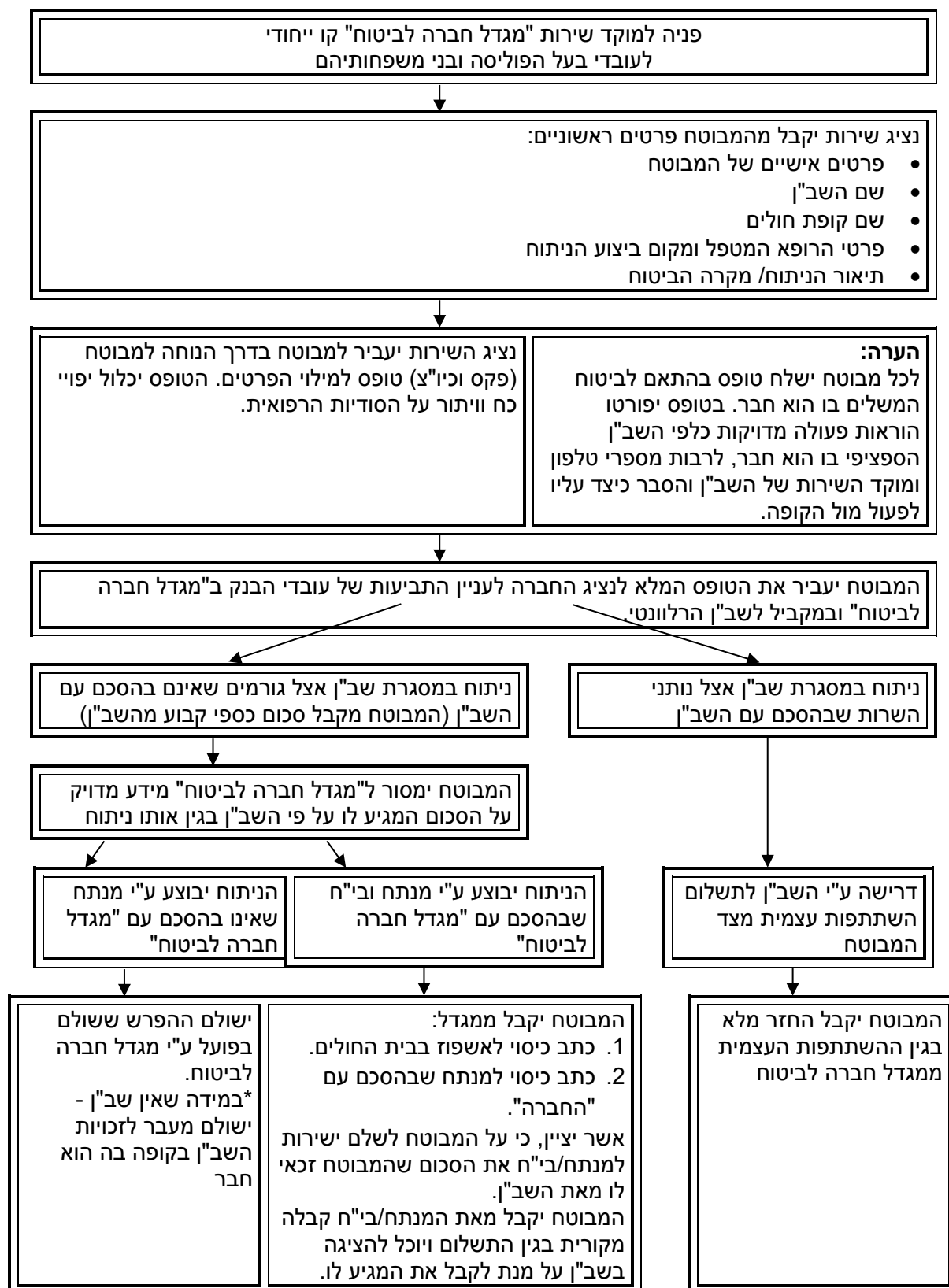
לנוחיותך, להלן מסמכים שיש להגיש בצירוף לטופס התביעה (לפי סוג האירוע)

1. לצורך הגשת תביעה בגין ניתוח / השתלה / טיפול רפואי מיוחד בחו"ל באופן פרטי:
 - 1.1. סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל (כולל ציון ממתי סובל המבוטח מהבעיה).
 - 1.2. הפניה לניתוח.
 - 1.3. העתק תוצאות בדיקות.
 - 1.4. טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר).
2. לצורך הגשת תביעה במקרים בהם בוצע ניתוח באמצעות קופת חולים ו/או בהשתתפותה:
 - 2.1. סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל.
 - 2.2. מכתב שחרור מבית החולים.
 - 2.3. טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר).
 - 2.4. קבלות מקוריות.
 - 2.5. מכתב התייחסות השב"ן בגין זכאותך להחזר בעלויות הניתוח.
3. לצורך הגשת בקשה להחזר הוצאות בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי:
 - 3.1. סיכום מחלה ע"י הרופא המטפל (כולל ציון ממתי סובל המבוטח מהבעיה).
 - 3.2. טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר).
 - 3.3. מכתב מהרופא המטפל הכולל את שם, מינון ועלות התרופה.
 - 3.4. קבלות מקוריות.

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

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים

תזרים תביעה למבוטחי בעל הפוליסה - מסלול שב"ן



פוליסת בריאות קולקטיבית לעובדי בנק הפועלים ובני משפחותיהם

תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה + נספחיה

1. מבוא

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

2. הגדרות

2.1. בפוליסה זו יהיו, למונחים שלהלן הפירוש שלצידם:

1. "החברה המבטחת" מגדל חברה לביטוח בע"מ
2. "בעל הפוליסה" בנק הפועלים בע"מ באמצעות ארגון עובדי בנק הפועלים בע"מ

3. המבוטחים הינם:

- א. "מבוטח קיים" מי שבמועד הצטרפותו לביטוח המקורי או לביטוח זה, הינו עובד אצל "בעל הפוליסה" ו/או בן או בת זוגו (ובכלל זאת ידועה/בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים שגילם עד 30 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 30, אך בתעריף ילד מעל גיל 30, אשר בחרו להצטרף לפוליסה.
- ב. "מבוטח חדש" מי שלא היה במועד ההצטרפות לביטוח עובד אצל "בעל הפוליסה" ו/או בן/ת זוג (ובכלל זאת ידועה/בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים, שגילם עד 30 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 30, אך בתעריף ילד מעל גיל 30.
- ג. "פוליסה קודמת" / "ביטוח מקורי" פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, שתחילתה בהראל חברה לביטוח מיום 1.1.2002 ואשר חודשה בכלל ביטוח ב-1.6.2004 ואשר חודשה בהראל חברה לביטוח ביום 1.2.2007 ולאחר מכן חודשה שוב בהראל חברה לביטוח ביום 1.3.2011.
- ד. למען הסר ספק, יובהר כי כל המבוטחים שבטוחו במסגרת פוליסת הבריאות של עובד בנק הפועלים ובני משפחותיהם שתחילתה בהראל חברה לביטוח מיום 1.1.2002 ואשר חודשה בכלל ביטוח ב-1.6.2004 ואשר חודשה בהראל חברה לביטוח ביום 1.2.2007 ולאחר מכן חודשה שוב בהראל חברה לביטוח ביום 1.3.2011, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, (להלן: "הפוליסה הקודמת" / "ביטוח מקורי") לרבות עובד חדשים, בני/ות זוג חדשים וילדיהם כהגדרתם בסעיף 3 א-ב לעיל אשר יצורפו לביטוח, יצורפו לביטוח ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופת אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.

מגדל חברה לביטוח בע"מ

- 1.12.2014 "המועד הקובע" 4.
- דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה / המבוטח לשלם לחברה המבטחת לפי תנאי פוליסה זו. "פרמיה" 5.
- תקופה המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה ואשר במהלכה לא תהא על החברה המבטחת החובה לשלם למבוטח תגמולי ביטוח - חל רק על פרק אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח. "תקופת המתנה" 6.
- מדד המחירים לצרכן - המדד הכללי המפורסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ולמחקר כלכלי או כל מדד שיחליף את מדד זה שיפורסם במקומו. "המדד" 7.
- מדד חודש דצמבר 2014 שפורסם ביום 15 לנובמבר 2014. "המדד היסודי" 8.
- כל הסכומים, סכומי הביטוח והפרמיות בפוליסה צמודים למדד זה.
- רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל הנמצא בהסכם עם החברה המבטחת, על כל הפרוצדורות שהוא מבצע, במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח. החברה המבטחת תעשה ככל שביכולתה על מנת שלא לגרוע רופא מרשימת רופאי ההסכם במהלך תקופת הביטוח בלא הסכמת בעל הפוליסה. "מנתח / מרדים שבהסכם" 9.
- מוסד רפואי בישראל או בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים, לרבות, אך לא רק, מסלולי הרפואה הפרטיים בבתי החולים הציבוריים (שר"פ/שר"ן) ואשר לחברה המבטחת הסכם התקשרות עימו לצורך מתן שירותים ו/או ביצוע ניתוחים למבוטחים. "בית חולים שבהסכם" 10.
- הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל נספח שצורף לפוליסה ו/או בדף פרטי הביטוח. "סכום ביטוח" 11.
- חוק בריאות ממלכתית תשנ"ד-1994. "חוק הבריאות" 12.
- כהגדרתה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. "קופת חולים" 13.
- תוכנית למתן שרותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך. וכאמור בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובצו לפי סעיף 8 (ז) לחוק האמור. "שירותי בריאות נוספים" (שב"נ) 14.
- מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל. "ישראל" 15.
- כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינת אויב. "חו"ל" 16.
- מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה. "בית חולים" 17.
- בית חולים כמוגדר לעיל המורשה ע"י משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי. "בית חולים פרטי" 18.
- חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פוליסה זו, תהיה רק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו. "השתתפות עצמית" 19.

מגדל חברה לביטוח בע"מ

20. "אשפוז" שהייה בבית חולים ציבורי או פרטי ו/או במרפאה, לרבות, אך לא רק, תרופות ובדיקות הקשורות לניתוח/טיפול רפואי שבוצע, לרבות, אך לא רק, אבחון, ריפוי, שיקום ומעקב רפואי.
21. "יום אשפוז" יממה של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח ו/או לינת לילה בבית חולים ציבורי או פרטי. למען הסר ספק, אשפוז יום ייחשב כיום אשפוז לצורך הזכאות בפוליסה.
22. "שנת ביטוח" תקופה של כל 12 חודשים רצופים שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח.
23. כל חוזרי המפקח המצורפים חלים על פוליסה זו - אך הינם תנאי מינימום - ולעולם מה שגובר הוא המופיע בפרק הרלוונטי או בחוזרים אלו והמטיב עם המבוטחים אלא אם קבע המפקח שלא ניתן להתנות על הוראות החוזר. לא יעשה שימוש בחוזרים כפרשנות שסותרת את הפוליסה המטיבה.
24. "כפל ביטוח" - היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, יהיה אחראי המבטח, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא הסכום, עד לגובה תקרת תגמולי הביטוח הקבועה בפוליסה הקבוצתית אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.
- (ב) בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבוטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.
25. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות בין הוראות הפוליסה הקודמים לבין הוראות הפוליסה, יפעלו הסתירות ו/או אי הבהירות ו/או דו המשמעות לטובת המבוטחים שהצטרפו/ו הן ברצף ביטוחי והן כמבוטחים חדשים ו/או בעל הפוליסה, תוך הישענות על עיקרון כי הפוליסה באה להוסיף על תנאי הפוליסה/ות הקודמות, ולהטיב את תנאי המבוטחים הכלולים בו ו/או שהצטרפו אליו וכן בעל הפוליסה.
26. החברה המבטחת מתחייבת ליידע ולעדכן את בעל הפוליסה ולהתאים את הפוליסה לכל הנחיה כללית או ספציפית רלוונטית שפורסמה ותפורסם בעתיד על ידי המפקח על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר בנוגע לביטוחי בריאות קולקטיביים.
27. למבוטחים שהיו מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית ו/או פוליסה קיבוצית, בטרם או במהלך הביטוח הקודם או ביטוח זה, יישמר רצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופות אכשרה ו/או תקופות המתנה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת בהתאם לכיסויים החופפים שהיו למבוטח בפוליסה הקודמת.
28. למען הסר ספק, תביעה שאושרה בתקופת הביטוח ו/או משולמת לשיעורין כדוגמת, אך לא רק, תביעת תרופות, תמשיך להיות משולמת בתום תקופת הביטוח ועד לגבולות האחריות בפרק הרלוונטי, ללא קשר ובנוסף למוגדר כמקרה ביטוח בפרק הרלוונטי.

29. בנוגע לתביעות של מבטחים קיימים, שמועד מקרה הביטוח אירע בתקופה בה הביטוח אצל המבטח הקודם הייתה בתוקף ו/או הזכאות ו/או הזכות לקבלת תגמולי ביטוח נוצרו במועד בו הביטוח הרפואי הקודם היה בתוקף ו/או אירוע שהמבטח הקודם חב בו, ארע בטרם כניסת פוליסה זו לתוקף או הוגשה למבטח הקודם תביעה ו/או דרישה על ידי המבטח ותביעה ו/או דרישה זו לא אושרה או אושרה ולאחר מכן המבטח הקודם חזר בו או נדחתה מכל סיבה שהיא, או לא שולמה במלואה למרות שזכאות המבטח הייתה ו/או קיימת, יטופלו וישולמו ע"י החברה המבטחת, אשר תהיה רשאית להחתיים את המבטחים ע"ג הטפסים הנדרשים ע"מ לבצע את הליך השיבוב/החזר מול המבטח הקודם, ללא יוצא מן הכלל.
30. נספח ב' לפוליסה, השרות SLA וכן נספח ז' נספח השייך ושימור הלקוחות, מהווים חלק מהותי ותנאי מתלה לקיום הפוליסה וההסכם.
31. התיישנות תביעות: תקופת התיישנות של תביעה לתשלום / לקבלת תגמולי ביטוח היא חמש שנים מיום ביצוע הטיפול / הניתוח / הפרוצדורה הרפואית / קבלת התרופה
32. למען הסר ספק, סכומי הביטוח הרלוונטיים עבור כל הכיסויים בפוליסה זו יהיו כדלקמן: הסכום הגבוה מבין סכומי הביטוח המפורטים בפוליסה זו או סכומי הביטוח הממודדים בפוליסה הקודמת.
33. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבטח והודיע המבטח למבטח או לבעל הפוליסה במהלך 60 הימים שלאחר מועד החידוש או השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי לפי העניין ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.
34. לפי סעיף 12(ב) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009 וסעיפים 6(א)(ג)(ד) "מתן מסמכים למבטח" לתקנות.
- (א) החברה תמסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח;
- (ב) "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין החברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- (ג) חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, תשלח החברה למבטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין החברה ובין בעל הפוליסה, תוך 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 החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

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

(א) מוטלת על מבטוח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

(1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד;

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

לא יצרפו המבטוח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבטוח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטוחים - המבטוח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

(ב) סעיף משנה (א) לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטוח או אצל מבטוח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

(1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבטוחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

(2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה ובכפוף לסעיף 3 ד' בפרק ההגדרות לעיל.

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

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

36. מבטוח לא יתקשר בחוזה עם בעל פוליסה אלא אם כן נקבע באותו חוזה כי - בעל הפוליסה ימסור למבטוח, לפני תחילת תקופת הביטוח, הצהרה והתחייבות כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקיפה לטובת המבטוחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה;

36.1. א. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי), ימסור המבטוח לכל יחיד בקבוצת המבטוחים, 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; לעניין זה -

"שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבטוח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;

"שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטוח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

ב. חלה על מבוטח 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 למבוטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

37. המשכיות

- (א) בתום הפוליסה ובכל במקרה של ניתוק יחסי עובד מעביד מכל סיבה שהיא ו/או במקרה של פטירה ו/או במקרה של עובד שנישואיו הגיעו לקיצם בגירושין או בשל פרידה מידועה/בציבור, יהיו זכאים המבוטחים להמשיך להיות מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית אישית המקבילה לפוליסה הקבוצתית בחברה המבטחת, שהיקף הכיסוי בה הקרוב ביותר לפוליסה הקבוצתית.
- (ב) התעריפים הינם התעריפים שיהיו קיימים אצל החברה המבטחת לפוליסת בריאות באותו מועד, ושאינם גבוהים מדמי הביטוח הנהוגים אצל החברה המבטחת בפוליסה עפ"י סעיף (א) לעיל, וברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצב רפואי במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו, ויהיו זכאים להנחה בגובה 35% מהתעריף לביטוח בפוליסה דומה ובכפוף לאמור בסעיף (א) לעיל, למשך 5 שנים ו-25% החל מהשנה השישית ואילך, לכל החיים.
- (ג) החברה המבטחת תפנה בכתב לכל מבוטח, ותציע לו את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך 180 ימים ממועד ניתוק יחסי עובד/מעביד כאמור ותאפשר לו לבחור במעבר לפוליסת המשך. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. כמו כן, למבוטח שיפנה למבטח תוך 180 יום ממועד הפסקת הביטוח, תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. קרי, המבטח חייב לשלוח הודעה בכתב על הפסקת הביטוח למען המבוטח, והמבוטח תוך 180 יום רשאי להחליט על בחירה במעבר לפוליסת המשך ממועד קבלת ההודעה של המבטחת במענו.
- (ד) פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי זו, לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלו.

38. תנאי הצטרפות

38.1. מבוטחים קיימים:

לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ז' לרבות נספח ב' לפוליסה - השירותים (SLA) יצורפו כל המבוטחים הקיימים, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיפים 3 (א) ו-(ד), אשר היו מבוטחים בפוליסה הקודמת, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי.

38.2. עובדים חדשים, בני/ות זוג וילדיהם

(א) לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ז' לרבות נספח ב' לפוליסה - השירותים (SLA) יהיו רשאים להצטרף בתקופת מבצע בת 180 יום מיום זכאותם, עובדים חדשים, בני/ות זוג וילדיהם, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3 (ב'), ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי.

מגדל חברה לביטוח בע"מ

ב) כל מי שלא הצטרף במהלך 180 יום אלו, יוכל לאחר מכן, להצטרף לפוליסה בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

38.3. כללי

החברה המבטחת תודיע למבוטח במכתב דחייה/קבלה לביטוח, וזאת תוך 30 יום מהמועד בו חתם המבוטח ע"ג טופס הבקשה להצטרף לביטוח. היעדר הודעה מעבר לתקופה של 30 יום כאמור לעיל כמוה כאישור החברה המבטחת לקבלת המבוטח לביטוח בכיסוי מלא וללא החרגות. סעיף זה רלוונטי לסעיף 38.2 (ב) בלבד.

כל מי שעונה על ההגדרה בסעיף 27 לפרק ההגדרות בפוליסה, יצורפו לביטוח ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופות אכשרה ו/או תקופות המתנה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת בהתאם לכיסויים החופפים שהיו למבוטח בפוליסה הקודמת.

39. תקופת הביטוח

39.1. פוליסה זו הינה לתקופה החל מיום 1.12.2014 ועד ליום 30.11.2025.

39.2. בעל הפוליסה רשאי להאריך את ההסכם והפוליסה בשנה נוספת באותם תנאים. ורק לאחר מכן בעל הפוליסה או החברה המבטחת יודיעו תוך פרק זמן של 4 חודשים לפני סיום ההסכם ביניהם על רצונם לחדש את ההסכם ל-3 שנים נוספות או אי רצונם לחדש ההסכם בתנאים המוסכמים.

40. דמי הביטוח

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

40.2. דמי הביטוח הינם:

לעובדים ובני משפחותיהם

פרמיה מבוטח	עובד/ת	בן/ת זוג	בן/ת זוג וכל הילדים עד גיל 30	כל ילדי העובד עד גיל 30	ילד עד גיל 30	ילד מעל גיל 30
בריאות (פרקים א'-ז')	₪ 90.78	₪ 90.78	₪ 155.21	₪ 64.43	₪ 23.51	₪ 82.48

41. תנאי הצמדה

41.1. כל הסכומים המופיעים בפוליסה ובנספחים/פרקים המצורפים לה יהיו צמודים למדד הבסיסי הידוע ביום 15.11.2014 שהינו 12378 נק'.

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

מגדל חברה לביטוח בע"מ

12.2019 220000080

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי - עובדי בנק הפועלים

42. התאמת דמי הביטוח

כמפורט בסעיף 15 להסכם בין בעל הפוליסה למבטח.

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

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

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

44. מקום השיפוט וברירת דין

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

פרק א' 1 - השתלות בארץ או בחו"ל

1. מסלול 1 - מקרה הביטוח

השתלת איברים שבוצעה ו/או תבוצע ו/או הצורך בביצועה נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

1.1 השתלת איברים:

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

את ההשתלה רשאי המבוטח לבצע בארץ או בחו"ל.

ובכפוף לחוק השתלת איברים התשס"ח-2008 ולחוזר ביטוח 1-1-2009 הגדרת השתלה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות' ובכפוף לסעיף 23 לעיל.

1.1.1 הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.

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

יובהר כי השתלה חוזרת, תיחשב כמקרה ביטוח חדש.

1.2 מסלול 1 - החברה המבטחת תשפה את המבוטח על תשלומיו בגין השתלה בסכום ביטוח בלתי מוגבל בגין סעיפים 1.3.1-1.3.4 ובסכום ביטוח מרבי נוסף של 786,500 ₪ להוצאות בגין סעיפים 1.3.5 ועד 1.3.14.

1.3 כתשלום בגין השתלה ייראו את התשלומים כדלקמן:

1.3.1 תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח ו/או בתקופת המתנה בחו"ל לפני ביצוע ההשתלה, לרבות תשלום עבור דיאליזה שנזקק המבוטח לפני ביצוע ההשתלה.

במקרה שיידרש המבוטח לבצע בדיקות הערכה (EVALUATION) לצורך השתלה בחו"ל - תכוסה בדיקת הערכה, טיפולים רפואיים וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה למבוטח ולמלווה.

1.3.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל לרבות, אך לא רק, אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום, עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה ועד 300 יום לאחר ביצועה. לרבות, אך לא רק, כל ההוצאות הכרוכות בטיפול הרפואי, באשפוז, בבדיקות, שירותי מעבדה לרבות, אך לא רק, ולא רק בדיקות פתולוגיה, ציטולוגיה וגנטיקה שיידרשו, בתרופות ובטיפולים להם נזקק המבוטח, לרבות הוצאות בגין טיפולים רפואיים נדרשים לפני אשפוז, בתקופת המתנה להשתלה, במהלך האשפוז ולאחר ההשתלה.

מגדל חברה לביטוח בע"מ

- 1.3.3. תשלום עבור ההוצאות להשגת האיבר להשתלה, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה. כמו כן, כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם.
- 1.3.4. תשלום לכל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז וכן לצוות המנתח עבור כל השירותים הרפואיים שינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה ובמהלך האשפוז לפני ואחר ההשתלה, לרבות פיזיותרפיה.
- 1.3.5. תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח, ומלווה במלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל. לרבות, אך לא רק, הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים ובחזרה.
- על אף האמור לעיל במידה והמבוטח הוא ילד מתחת לגיל 21 תכסה החברה המבטחת הוצאות טיסה ושהיה של שני מלווים. רופא מטעם המבוטח יחליט ע"פ מצבו הרפואי של המבוטח האם מצבו הרפואי מחייב לטוס במחלקה אחרת ו/או עם רופא מלווה ואז יינתן כיסוי למימון טיסה במחלקה הרלוונטית למצבו לחולה ולמלווה אחד.
- 1.3.6. תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת ו/או במטוס מיוחד לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים. כולל ליווי רופא מלווה. לרבות, אך לא רק, הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים ובחזרה.
- 1.3.7. תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל, במידה והמושגל הינו ילד מתחת לגיל 21, יהיה התשלום עבור שני מלווים.
- 1.3.8. תשלום עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה, בארץ או בחו"ל ועד 76,230 ₪. ישולם בנוסף לסכומי הביטוח המפורטים בסעיף 1.2 לעיל.
- 1.3.9. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה.
- 1.3.10. תשלום עבור משתלים מיוחדים רגילים או מפרישי תרופות המושגלים או המורכבים בגופו של המבוטח.
- 1.3.11. תשלום לכיסוי הוצאות חיפוש אחר תורם להשתלת מח עצמות בסך 242,000 ₪.
- 1.3.12. הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל לביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בישראל, במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.
- 1.3.13. הוצאות רפואיות נלוות וכל הוצאה אחרת שנדרש מהמבוטח להוציא בחו"ל או בארץ עפ"י הוראה רפואית לרבות, אך לא רק, הוצאות המשך טיפול תרופתי בארץ שנקבע ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח. כמו כן, תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה, כולל הוצאות טיסה ושהיה, עד שנה ממועד ההשתלה.
- 1.3.14. תשלום עבור ההוצאות לאיתור תורם, לרבות עריכת הבדיקות הדרושות לקביעת ההתאמה. לרבות, אך לא רק, כיסוי ההוצאות הרפואיות הכרוכות באיתור התורם כולל הוצאות שהייה וטיסה לצורך איתור תורם עבור המבוטח ומלווה אחד. הכיסוי יכלול גם רישום במאגרים בחו"ל וכל פעולה אחרת הנדרשת לאיתור האיבר והשגתו.

1.3.15. השלמת הכנסה וכיסוי הוצאות

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

1.3.15.1. סך של 4,840 ₪ לחודש למשך 24 חודש.

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

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

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

סעיף זה כולל כיסוי ביטוחי בעד השתלת איברים כמוגדר בסעיף 1.1 לעיל, למעט במקרה של השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית שבוצעה בישראל. סכום הביטוח הינו 286,660 ₪.

1.4.1. מקרה הביטוח

אבחנה מתועדת להתקיימות השתלת אברים כהגדרתה בסעיף 1.1 לעיל, למעט במקרה של השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית שבוצעה בישראל.

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

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

למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

פרק א' 2 - טיפולים מיוחדים בחו"ל

2. מקרה הביטוח

טיפול רפואי בחו"ל כהגדרתו שבוצע ו/או יבוצע ו/או הצורך בביצועו נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

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

2.1.1 לא ניתן לבצע את הטיפול המיוחד בישראל,

ו/או סיכויי ההצלחה ו/או סיכויי ההחלמה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול המיוחד בארץ,

ו/או הניסיון ו/או המומחיות בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון ו/או המומחיות בביצועו בישראל,

ו/או זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה הסביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.

2.1.2 הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.

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

2.2 החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין תשלומיו. בגין הוצאות טיפול מיוחד בסכום מרבי של 600,000 ₪.

2.3 תשלום בגין טיפול מיוחד יראו את התשלומים כדלקמן:

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

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

2.3.2 כל התשלומים לטיפול מיוחד על פי הסעיפים הנ"ל יהיו בגין הוצאות שהוצאו בחו"ל. היה והוציא המבוטח תשלומים על פי הסעיפים הנ"ל בישראל, אשר הצורך בהם קשור לטיפול המיוחד, יהיה זכאי המבוטח לתשלום מהחברה המבטחת עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי לטיפול מיוחד.

* למען הסר ספק, סכומי הביטוח ישולמו בנוסף לסכום הביטוח שהוגדר לעיל בסעיף 2.2.

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

2.3.4 כמו כן, ישולם בנוסף תשלום עבור טיפולי המשך בחו"ל הנובעים מביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל ועד תקרה של 60,500 ₪.

2.4 החברה המבטחת תשפה את המבוטח כנגד מסירת קבלות מקוריות ו/או העתק נאמן למקור ותוך תקופה שלא תעלה על 10 ימים מיום מסירת כל המסמכים הנדרשים על ידי החברה המבטחת לצורך ביצוע התשלום, לרבות מסירת כתב התחייבות לכיסוי ההוצאות לנותן השרות.

למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

מגדל חברה לביטוח בע"מ

פרק א' 3 - ניתוחים בחו"ל

3. מקרה הביטוח

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

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

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

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

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

3.3 א) בנוסף לאמור, החברה המבטחת תכסה סכום חד פעמי בסך 61,382 ₪ בגין ההוצאות בגין נסיעות או הוצאות של המבוטח והמלווים הכרוכות בניתוח בחו"ל.

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

3.4 החברה המבטחת תשלם ישירות לנותן השרות או תשפה את המבוטח בגין הוצאות לשירותים רפואיים, אותם קיבל המבוטח.

3.5 הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.

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

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

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

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

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

למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

מגדל חברה לביטוח בע"מ

פרק ב' - כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות

1.1. מקרה הביטוח שיפוי בגין עלות תרופה אשר ניטלה ניטלת ו/או תינטל ו/או הצורך בנטילתה נדרש או יידרש לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, לראשונה במהלך תקופת הביטוח.

1.2. תרופה חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי או תכשיר ביוטכנולוגי, שנועד לשם אבחון, ריפוא, הקלה, טיפול או מניעה של מצב רפואי כלשהו לרבות, אך לא רק, הסימפטומים הרפואיים לרבות כאב, ולרבות, אך לא רק, מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה, לרבות, אך לא רק, בשל מחלה או תאונה או ליקוי בריאותי אחר.

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

הגדרת תרופה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-1-2007 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 23 לעיל.

1.3. טיפול תרופתי

נטילת תרופה על פי הוראת רופא, בצורה חד-פעמית או מתמשכת. הגדרת טיפול תרופתי נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-1-2007 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 23 לעיל.

1.4. סכום שיפוי מרבי גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה המבטחת בגין תרופה ו/או תרופות במהלך כל תקופת הביטוח.

1.5. מחיר מרבי מאושר הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה, בגין תרופה והמשתנה מעת לעת, עפ"י המפורסם ברשות של המדינה הרלוונטית.

1.6. חוק ביטוח בריאות ממלכתי חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.

1.7. בית מרקחת מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב לרבות, אך לא רק בית מרקחת הממוקם בבית חולים וחדרי תרופות כהגדרתם בפקודת הרוקחים התשמ"א-1981 (להלן: "נותן השרות").

2. הכיסוי

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

מגדל חברה לביטוח בע"מ

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

ג. תרופה המוגדרת כ-OFF LABEL

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

- (1) פרסומי ה-FDA
- (2) American Hospital Formulary Service Drug Information
- (3) US Pharmacopoeia-Drug Information
- (4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - א) עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa
 - ב) חוזק הראיות (Strength Of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B
 - ג) יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa
- (5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 - א) NCCN
 - ב) ASCO
 - ג) NICE
 - ד) ESMO Minimal Recommendation

סעיף זה נוסח באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2007-1-12 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 23 לעיל.

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

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

- 2.3. הוצאות מוכרות: מוצהר ומוסכם כי ההתחשבות תהיה בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולם תרופתיים עתידיים, אך לא יחולו על התחייבות קיימת בגמר ביטוח אם המבוטח ממשיך לקחת תרופה ולא ניצל את מלוא סכום הביטוח. למען הסר ספק, החברה המבטחת ביטוח זה חייבת לסיים את מלוא חבותה למקרה ביטוח שארע בתקופתה.
- 2.4. בנוסף החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות לרבות ולא רק הזרקת התרופה מתן עירו וכדומה בסכום שלא יעלה על 185 ₪ ליום.
- 2.5. חבות החברה המבטחת על פי פרק זה תהיה לפי התנאים להלן:
- 2.5.1. ההוצאות הוצאו בפועל.
- 2.5.2. בגין תרופות למחלת הסרטן לא יחויבו המבוטחים בהשתתפות עצמית.
- 2.5.3. בגין שאר התרופות, החברה המבטחת תשלם את ההוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום השתתפות העצמית למרשם שהינה 177 ₪ לחודש ולא יותר מסכום השיפוי המרבי, אך לכל היותר בעבור 2 מרשמים שונים בהם משתמש המבוטח באותו מועד, עבור כל מרשם נוסף אחר, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.
- 2.5.4. קיבל המבוטח תרופה, המכוסה עפ"י פוליסה זו, באמצעות תוכנית השב"ן (הביטוח המשלים) בה הוא עמית, ושילם במסגרת הביטוח המשלים השתתפות עצמית, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם.
- 2.6. סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה עד 1,209,980 ₪ לסך כל מקרי הביטוח על פי פרק זה.
3. הגבלות לאחריות החברה המבטחת
- 3.1. החברה המבטחת אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה המבטחת לכל נותן שירות ו/או עקב מעשה או מחדל של נותן השירות.
- 3.2. סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או ב-FDA או ב-EMEA - הגבוה מביניהם.
- תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי ישולם על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה ב-FDA או ב-EMEA.
- 3.3. תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים.
- 3.4. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 3.5. במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים, טיפולים שאינם מוכרים ע"י מדע הרפואה ו/או טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות ולמעט המופיע בסעיפים 1.8, 1.9 ו-2 (ו').
- 3.6. תרופות ניסיוניות, למעט המופיע בסעיפים 2 ג', ד' לעיל.
- למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

פרק ג' - ביטוח לניתוחים ושירותים רפואיים משלים שב"ן

1. מקרה הביטוח

ניתוח בארץ ושירותים רפואיים נלווים שבוצעו ו/או יבוצעו ו/או הצורך בביצוע נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

1.1. הפוליסה תהא פוליסה לשיפוי מלא של המבוטח בגין הוצאותיו לכל הניתוחים בארץ, ללא השתתפות עצמית של המבוטח, לאחר מיצוי השב"ן עפ"י התנאים כדלקמן:

1.2. הגדרת ניתוח

כל פעולה פולשנית חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות, כולל באמצעות לייזר אשר מטרתה טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות, או הצטברות, או סתימה או היצרות, במסגרת זו ייראו כניתוח גם, אך לא רק, פעולות פולשניות-חדירתיות לאבחון או לטיפול, כגון, אך לא רק: הראיית אברים פנימיים (ANDOSCOPY - כל סוגי האנדוסקופיות) ובכלל זאת הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מרופא מומחה לביצוע ההדמיה המגנטית לפני ביצוע הניתוח, למען הסר ספק הבדיקה תכוסה ע"י החברה המבטחת גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), כולל ניתוחים באמצעות אנדוסקופיה כגון, אך לא רק: ניתוחי בקע, כיס מרה, תוספתן וכדומה, צנתור - כולל הרחבה באמצעות בלון, לייזר, קידוח, קפיץ (STANT) - אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה, מרה. כמו כן, יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה באמצעות מערכת לתהודה מגנטית ו/או רפואה גרעינית וניתוח אלקטיבי בלייזר.

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

הגדרת ניתוח נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות' ובכפוף לסעיף 23 לעיל.

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

1.3. כיסוי משלים שב"ן

1.3.1. החברה המבטחת תשלם ישירות לנותן השרות או תשפה את המבוטח באופן מלא

בגין הוצאות לשירותים רפואיים הקשורים לניתוח, לאחר שהמבוטח מיצה את מלוא זכויותיו באמצעות נספח ב' לפוליסה - השירותים (SLA), במסגרת השב"ן שברשותו. כמו כן מובהר בזאת, כי אי קיום / מימוש נספח ב' לפוליסה - השירותים (SLA), ו/או במידה והרופא אינו מכבד את ההתחייבות מהשב"ן יקנה / יממש כיסוי כנקוב להלן ללא קשר לזכות המוקנית במסגרת השב"ן.

באחריות החברה המבטחת לשאול ולוודא עם המבוטח, כי יש ברשותו שב"ן בקופת החולים בה חבר.

מובהר כי מבוטח שאין ברשותו שב"ן, יכוסה כנקוב בסעיף זה ובפרק זה על כל מרכיביו בהחזר מלא, וזאת מעבר לגובה הכיסוי / החזר הקיים בשב"ן הרלוונטי בקופה בה חבר, לו היה זכאי לקבלו במידה והיה חבר בשב"ן.

החברה המבטחת תשפה מבטוח בעל שב"ן באופן מלא, ע"פ פרק זה על כל מרכיביו ובהחזר מלא, לאחר שמיצה את מלוא זכויותיו במסגרת השב"ן שברשותו, וזאת לאחר שהחברה המבטחת פעלה עבורו באמצעות נספח ב' לפוליסה - השירותים (SLA) וזאת כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור. מובהר כי מבטוח שאין ברשותו שב"ן, יכוסה כנקוב בסעיף זה ובפרק זה, ומעבר לגובה הכיסוי / החזר הקיים בשב"ן הרלוונטי בקופה בה חבר, לו היה זכאי לקבלו במידה והיה חבר בשב"ן. והכול תוך תקופה שלא תעלה על 14 ימי עבודה מיום מסירת כל המסמכים הנדרשים על ידי המבטוח לצורך ביצוע התשלום. מובהר בזאת, כי אי קיום נספח ב' לפוליסה - השירותים (SLA), יקנה / יממש כיסוי כנקוב להלן ללא קשר לזכות המוקנית במסגרת השב"ן בהתאם לסעיף זה.

1.3.2. שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי

החברה המבטחת תחזיר למבטוח בגין שירותי אמבולנס ו/או היטס רפואי עבור העברתו של המבטוח לבי"ח ו/או ממנו ו/או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח ו/או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר.

1.3.3. התייעצות לפני ואחרי ניתוח

החברה המבטחת תכסה במלואן הוצאות התייעצות מוקדמת אחת לפני ניתוח ושתי התייעצויות אחרי הניתוח, ותשלום העלות במלואה, או תשפה את המבטוח בסכום זהה לסכום ששולם.

* למען הסר ספק, החברה המבטחת תשפה את המבטוח בהתאם לאמור בסעיף זה, גם אם בעקבות התייעצות זו, יחליט המבטוח לא לבצע את הניתוח.

1.3.3 א' כל דרישה מצד המוסד הרפואי או הרופא המטפל לבדיקה מקדימה טרם הניתוח תכוסה לרבות וועדה מקדימה ועלותה, אך לא רק.

1.3.4. חו"ד נוספת של רופא מומחה לפני ניתוח

בנוסף לאמור, תשפה החברה המבטחת את המבטוח בגין הוצאות חו"ד רפואית נוספת לפני ניתוח אצל רופא שיבחר ע"י המבטוח, על פי שיקול דעתו הבלעדי, וזאת עד תקרה של 2,905 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 25%.

* למען הסר ספק, החברה המבטחת תשפה את המבטוח בהתאם לאמור בסעיף זה, גם אם בעקבות התייעצות זו, יחליט המבטוח לא לבצע את הניתוח.

1.3.5. הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ניתוח

החברה המבטחת תשלם למבטוח או לבי"ח שבהסכם תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז והניתוח כולל אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ ו/או במחלקות ו/או ביחידות מקצועיות מכל סוג שהוא, או תחזיר הוצאות אלו למבטוח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע.

1.3.6. הוצאות בגין בדיקה פתולוגית

החברה המבטחת תשלם ישירות לבי"ח או למעבדה פרטית או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור בגין בדיקה פתולוגית לרבות, אך לא רק, בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות, אך לא רק, בדיקות אימונוהיסטוכמיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית ו/או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת ע"י רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח ו/או אופי הטיפול לו הוא נדרש. כמו כן, תכוסה במלואה בדיקה פתולוגית נוספת ו/או חוות דעת שנייה בישראל או בחו"ל. למען הסר ספק, סעיף זה יחול גם שלא לצורך ניתוח.

1.3.7. כיסוי הוצאות טיפולים פיזיותרפיים בעת האשפוז לאחר ניתוח המכוסה עפ"י פוליסה זו, ישולם סכום של 620 ₪ לכל יום אשפוז.

1.3.8. תותבת- אביזר מושתל

(א) הגדרה -

כל אביזר טבעי או חלק מאביזר טבעי, או אביזר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי ובכלל זה משתלים מיוחדים רגילים או מפרישי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח, המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך, סטנט וכו') לרבות במקרה השתלת אביזרים רפואיים הבאים: קוצב לב ו/או מפרק ירך, השתלת עצמימי שמע מלאכותיים ודפירילטור תוך גופי. למעט תותבת שיניים שתל דנטלי ושתל במהלך ההשתלה. (כמפורט בהגדרת השתלה).

(ב) בוצע במבוטח [בבית חולים פרטי או ציבורי]. ניתוח, ובמהלך הניתוח הושתל במבוטח תותב כלשהו לרבות תומך ווסקולארי (סטנט) מכל סוג שהוא (להלן: תותבת), ישתתף המבוטח בעלות התותבת הנ"ל עד לסך 42,350 ₪ בלבד לשנת ביטוח.

הגדרת שתל נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות' ובכפוף לסעיף 23 לעיל.

1.3.9. אחות פרטית

החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות להעסקת אחות פרטי, סכום של עד 970 ₪ לכל יום אשפוז, לתקופה שלא תעלה על ארבע עשר (14) ימי אשפוז. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור לחברה המבטחת. לגבי שרותי אחות פרטי, המבוטח יספק הצהרה של האחיות או אישור של ביה"ח.

1.3.10. מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS

מבוטח אשר חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כתוצאה מעירוי דם, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 182,710 ₪.

1.3.11. פיצוי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B

מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירו דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח ו/או טיפול רפואי, חלה בצהבת מסוג B יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 39,930 ₪ ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודש ממועד הניתוח.

1.3.12. ימי החלמה

בוצע במבוטח ניתוח לב או מח או גב, או השתלה של לב, ריאה, לב-ריאה, לבלב, כליה, כליה ולבלב או כבד או אירוע לב או אונת ריאה או אונת כבד או אירוע רפואי אחר המחייב החלמה (להלן: **האירוע המזכה**) תשתתף החברה המבטחת בהוצאות ההחלמה ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או ההשתלה או האירוע כאמור עד לסך של 1,100 ₪ לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על שניים עשר (12) ימי החלמה, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על ידי רופא מומחה מטעם המבוטח, בכפוף להצגת חשבוניות מקוריות או העתק נאמן למקור.

1.3.13. אובדן כושר תפקוד כתוצאה מניתוח

החברה המבטחת תשלם למבוטח פיצוי חודשי בסך של 3,995 ₪ לחודש, לאחר 3 חודשי המתנה, לתקופה מרבית של 12 חודשים במקרה של אובדן כושר תפקוד מלא או זמני או חלקי בעבודה בה עבד המבוטח טרם ביצוע הניתוח, שנגרם כתוצאה מניתוח, ובכפוף לכך שהמבוטח היה כשיר לעבודה לפני הניתוח וגילו אינו עולה על 67.

1.3.14. שחרור מתשלום פרמיה

החברה המבטחת תשחרר את המבוטח ו/או את בעל הפוליסה מתשלום פרמיה במקרה של אובדן כושר תפקוד כאמור בסעיף 1.3.13 לעיל. המבוטח ו/או בעל הפוליסה יהיה משוחרר מתשלום הפרמיה החודשית עבור הביטוח כל עוד יחשב כמי שנמצא במצב של אובדן כושר תפקוד.

1.3.15. ביופסיות

יכוסו ביופסיות מכל סוג שהוא שבוצעו באופן פרטי או יזום ע"י הרופא המטפל, מכל סיבה שהיא, באופן מלא כנגד חשבונית מקורית או העתק נאמן למקור.

1.3.16. **בדיקות אבחנתיות ובדיקות הדמיה כדוגמת U.S, C.T, PET, MRI, קרדיו CT, CAPSULE WIRELESS ENDOSCOPY, תהודה מגנטית פונקציונאלית (FMRI) וכל בדיקה אחרת הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, המבוצעות במהלך האשפוז**

בוצעה במבוטח בדיקה אבחנתית ו/או הדמיה במהלך אשפוז לקראת הניתוח ו/או במהלך הניתוח יהיה המבוטח זכאי לכיסוי מלוא ההוצאה עבור הבדיקות ללא תקרה.

1.3.17. בדיקות אבחנתיות ובדיקות הדמיה כדוגמת U.S, C.T, PET, MR, קרדיו CT, CAPSULE WIRELESS ENDOSCOPY, תהודה מגנטית פונקציונאלית (FMRI) וכל בדיקה אחרת הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה המבוצעות לקראת ניתוח ולשם ביצועו או לאחר האשפוז אך שלא במהלך אשפוז ו/או לאחר הניתוח

בוצעה במבוטח בדיקה אבחנתית ו/או הדמיה שלא במהלך האשפוז אך לצורך הניתוח ולשם ביצועו או לאחר האשפוז יהיה המבוטח זכאי לשיפוי בגין הוצאותיו עד 6,050 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית שהינה 20% לכל בדיקה לשנת ביטוח.

יובהר כי המבוטח יהיה זכאי לכיסוי עפ"י סעיף זה גם אם הוחלט לאחר מכן לא לבצע את הניתוח בפועל, ובלבד שטרם ביצע הבדיקות נקבע כבר הצורך בניתוח והבדיקה בוצעה לצורך ביצועו.

1.4. חריגים

החברה המבטחת לא תהיה אחראית ולא תשלם עפ"י פרק זה כל תביעה הקשורה ב:

1.4.1. ניתוחים קוסמטיים או אסתטיים, למעט ניתוחים קוסמטיים או אסתטיים, לרבות כל הפרוצדורות המתבצעות במהלכן, שהינם המשך לטיפול/ניתוח מבעיה רפואית. לרבות ניתוחים כגון, אך לא רק: ניתוח להרמת עפעפיים, במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראייה של המבוטח, ניתוח להקטנת חזה, בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח.

1.4.2. טיפולי שיניים למיניהם או עקירות שיניים, או ניתוחי חניכיים וכל ניתוח הנעשה ע"י רופא שיניים, אלא אם כן הוא מהווה המשך ישיר לניתוח שזכאותו הוכרה.

למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

פרק ד' - ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים

1. מקרה הביטוח

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

ייתנו השירותים הרפואיים הבאים הכוללים:

1.1. התייעצות עם רופא מומחה (ללא קשר לניתוח)

החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל בגין התייעצות עם רופא מומחה, ללא קשר לניתוח, אצל רופא שייבחר ע"י המבוטח, על פי שיקול דעתו הבלעדי, וזאת עד 2 התייעצויות בשנת ביטוח ועד לתקרה של 845 ₪ להתייעצות, לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן או במקרים בהם אין כיסוי להתייעצות במסגרת השב"ן או במקרים שבהם הרופא הנדרש ע"י הלקוח אינו עובד, אינו מקבל או שאינו בהסדר עם קופ"ח.

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

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

החברה המבטחת תשלם למבוטח 75% מההוצאות בהן נשא בפועל לצורך ביצוע הבדיקה ועד 5,795 ₪ לכל בדיקה לכל שנת ביטוח.

סכום הביטוח המרבי לכל הבדיקות לכל שנת ביטוח יהיה סך של 9,480 ₪.

בדיקות דימות כגון, אך לא רק:

- CARDIAC CT סריקה של הלב בסורק חדשני 64 פרוסות. המאפשר אבחון מדויק ומהיר של הצרויות בעורקי הלב- מבלי להחדיר צנתר!
- קולונסקופיה וירטואלית.
- חוות דעת שנייה על בדיקות הדמיה -
- חוות דעת שנייה אצל רדיולוגים מובילים בתחום לבעיה הספציפית של הפענוח.
- שירות רדיולוג פרטי -
- בחירת רדיולוג מומחה בתת תחום של בדיקות הדימות, פענוח הבדיקה, שיחת ייעוץ אישית במהלכה יוסברו התוצאות ושיחה של הרדיולוג עם הרופא המפנה.
- קפסולה למעיים - קפסולת וידאו לבדיקת המעיים הדקים Capsule Wireless Endoscopy
- positron emission tomography - C.T PET

מגדל חברה לביטוח בע"מ

- הדמיית בלוטות ממוחשבת לרבות, אך לא רק, מיפוי בלוטות לימפה
 - תהודה מגנטית פונקציונלית - (Functional Imaging Magnetic Resonance) fMRI
- 1.3. בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן לרבות בדיקות פרמקוגנטיקה**
- כיסוי לכל הבדיקות המבוצעות במעבדה כגון, אך לא רק, בדיקות שמטרתן בין היתר:
- סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות, אך לא רק, סיוע בהחלטה על כדאיות הטיפול
 - סיוע בהתאמת טיפול תרופתי מותאם אישית - סיוע בהתאמת הטיפול התרופתי לשונות הגנטית של החולה, בדיקת יעילות הטיפול התרופתי, קביעת המינון המותאם לחולה במטרה לטפל בחולה באופן מהיר ומדויק, מניעת תופעות לוואי ו/או רעילות מהטיפול התרופתי וביצוע מעקב אחר תוצאות הטיפול התרופתי ויעילותו
 - איתור מקום הגידול
 - הערכת מידת סיכון להופעת סרטן בעתיד
 - אבחון מוקדם
 - הערכת התקדמות עתידית של המחלה
 - בירור מידת העמידות של הגידול לסוגים שונים של תרופות כימיות.
 - בדיקות גנטיות, לרבות בדיקות הנעשות על רקמה ביולוגית שמטרתן בין היתר, אך לא רק: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול ו/או מינון, סוג התרופה וכו'.
- * וכן כל הבדיקות שיורחבו בעתיד במעבדות השונות, ייכללו בכיסוי זה.
- אופן התשלום בגין הבדיקות -
- החברה המבטחת תשלום ישירות למעבדה או תשלום למבוטח כנגד חשבונית מקורית או העתק נאמן למקור עד לתקרה בגובה של 15,800 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 1.4. בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון**
- מבוטח יהיה זכאי לבצע אבחון גנטי פעם אחת לכל תקופת הביטוח לגילוי נשאות גנים סרטיניים.
- החברה תשלם 75% מההוצאות שנשא המבוטח בפועל ועד 3,160 ₪.
- 1.5. טיפולים פיזיותרפיים - (ללא קשר למופיע בפרק ג' לעיל בסעיף 1.3.7)**
- החברה המבטחת תשלום למבוטח בגין ההוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפולי פיזיותרפיה ותחזיר לא יותר מ-160 ₪ לטיפול ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 8 טיפולים בשנת ביטוח.
- 1.6. טיפולים / ייעוצים אונקולוגיים**
- החברה המבטחת תשלום למבוטח בגין הוצאות בהן נשא בפועל עבור ייעוצים אונקולוגיים ו/או טיפולים אונקולוגיים כגון, אך לא רק: טיפולי רדיותרפיה, ו/או כימותרפיה וזאת עד 15,800 ₪ לכל שנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה של 20%.

1.7. טיפולי ושירותי הפריה

א) החברה המבטחת תשלם למבוטח/ת בגין ההוצאות בהן נשא/ה בפועל בגין טיפולי הפריה חוץ גופית, טיפולי הפריה, הזרעה וכן כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת ו/או בת זוגו של המבוטח להריון או הריונות ו/או הגדלת הסיכוי כי המבוטחת או בת זוגו של המבוטח תיכנס להריון או הריונות עד לסך של 7,375 ₪ לכל סדרת טיפולים ועד 5 סדרות.

ב) בנוסף עבור טיפולי הפריה אשר בוצעו בחו"ל - השתתפות החברה המבטחת תהיה בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 15,800 ₪. המבוטחת, תהיה זכאית לטיפול אחד בחו"ל.

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

1.8. בדיקות ושירותים לנשים בהריון

1.8.1. החברה המבטחת תשלם תגמולי ביטוח בעבור בדיקות לנשים בהריון כגון, אך לא רק: בדיקה וסריקה על קולית מורחבת של עובר הנישא ברחמה של המבוטחת (סקירה מוקדמת ו/או סקירה מאוחרת), בדיקת שקיפות עורפית, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת מי שפיר או ססי שיליה, בדיקת חלבון עוברי ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההריון.

1.8.2. השתתפות החברה המבטחת הינה בשיעור 75% מההוצאות הממשיות שהוצאו בפועל, אך לא יותר מ-1,580 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון.

1.8.3. במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 3,160 ₪ לכל הריון.

1.9. ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי

המבוטחים בפוליסה יהיו זכאים לאבחון גנטי טרום לידתי כדוגמת הבדיקות המפורטות להלן. סכום הביטוח המרבי יהיה 75% אך לא יותר מ-1,690 ₪ מההוצאות אשר הוצאו בפועל כיסוי זה יינתן לכל הריון.

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

- סיסטיק פיברוזיס (CF)
- X-שביר (Fragile-X)
- גושה (Gaucher)
- קאנוואן (Canavan)
- פנקוני אנמיה (Fanconi Anemia)
- תסמונת בלום (Bloom)
- המופיליה
- אשר (Usher)
- דיסאוטונומיה מישפחתית (Familial Disautonomia)
- מוקוליפידוזיס מסוג 4-ML4 (Mucopolipidosis type 4-ML4)
- אטקסיה (Ataxia Telangiectasia A-T)

מגדל חברה לביטוח בע"מ

- ניימן פיק (Niemann-Pick)
- חוסר אלפא 1 אנטיטריפסין (α 1-Antitrypsin Deficiency)
- אגירת גליקוגן (Glycogen Storage)
- חרשות (קונקסין)
- מייפל סירופ (MSUD)
- טיי זקס
- 3 F.I.S.H. כרומוזמים
- 5 F.I.S.H. כרומוזמים
- קוסטף
- Nemaline myopathy
- A1AT
- חרשות לא-סינדרומית מסוג DFNB1
- Spinal Muscular Atrophy
- GSD1
- MCN
- SMA
- תסמונת רט
- גן פרטינגטון

1.10 הפסקות הריון באמצעות גלולת מייפיגין, לאחר אישור ועדה רפואית (עד שבוע שביעי) וזאת עד לגובה 3,750 ש"מ (כולל עלות הוועדה).

1.11 אביזרים רפואיים (החל מיום 1.10.2019)

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

כדוגמת המפורט, אך לא רק:

מערכת CPAP, מכשיר אלקטרוני ליישור הגב, מכשיר BPAP, מכשירי הנשמה, חבישות לחץ, מכשיר שמיעה, מכשיר TNS, תותב לאין אונות, פאה לחולה אונקולוגי או סכרתי, חמצן, רצועות/מכשיר לאבדוקציה לתינוקות, משאבת אינסולין וסד גבס, חגורת בקע, חגורה מתקנת, גלוקומטר (מכשיר למדידת סוכר), מכשיר אוטומאטי/חצי אוטומאטי למדידת לחץ דם, מקלונים לבדיקת סוכר פרוטזה חיצונית לשד, תומכים ומגינים לצוואר ולכתף, גרביים אלסטיות, חגורה אורטופדית, עזרי הליכה כגון, אך לא רק: מקל הליכה, טריפוד, קוודרפוד, קביים מכל הסוגים, נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת לחולים כגון, אך לא רק: חולי סכרת הסובלים מנמק או חוסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים.

משקפיים יכוסו בתנאי שמדובר במחלות: קרטקונוס, קוצר/רוחק ראייה מעל 7, קוצר/רוחק ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד), כמו כן, משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.

מגדל חברה לביטוח בע"מ

המבוטח יהיה זכאי להחזר של 65% מהוצאותיו בפועל ועד תקרה של 5,000 ₪ לתקופת הביטוח בגין רכישת אחד או יותר מהאביזרים. כיסוי זה יהיה כיסוי משלים לשב"ן, קרי לאחר מיצוי הזכאות בביטוח המשלים (שב"ן) אליו משתייך המבוטח. תקרת ההחזר שתשולם למבוטח הינה בניכוי ההחזר שיוחזר במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן).

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

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

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

למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום, ולא תיגבה מהמבוטח השתתפות עצמית.

פרק ה' - טיפולים מחליפי ניתוח

- 1. הגדרות לפרק זה**
- 1.1. מקרה הביטוח** טיפול מחליף ניתוח שבוצע ו/או יבוצע ו/או הצורך בביצוע נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2. טיפול מחליף ניתוח** טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק המבוטח.
- 1.3. סכום שיפוי מרבי** גובה תגמולי הביטוח שתשלם החברה המבטחת בגין הטיפול החלופי כאמור בפרק זה להלן.
- 1.4. נותן הטיפול החלופי** רופא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה.
- 1.5. נותני שירות** נותן הטיפול החלופי ו/או בית חולים או מרפאה.
- 1.6** למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.
- 2. התחייבות החברה המבטחת**
- 2.1** אם יבחר המבוטח הנדרש לעבור ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו לקבל טיפול חלופי, תשפה החברה המבטחת את המבוטח ו/או תשלם ישירות לנותני השירותים את ההוצאות הרפואיות שלהלן שהוצאו עבור הטיפול החלופי בו בחר המבוטח, וזאת עד לתקרת השיפוי המרבי ובהתאם לתנאים המפורטים להלן:
- 2.2** ההוצאות הרפואיות עבור ביצוע הטיפול החלופי אשר בגין זכאי המבוטח לשיפוי מאת החברה המבטחת הן כגון, אך לא רק: שכר נותן הטיפול החלופי, הוצאות הנדרשות לביצוע הטיפול החלופי, הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים, הוצאות אשפוז בבית החולים, שכר רופא מרדים, התייעצויות עם רופאים מומחים לפני ואחרי הטיפול, שירותי הסעה באמבולנס.
- 2.3** הטיפולים יינתנו בבית חולים או מרפאה כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) אשר רשומה כדין בפנקס המרפאות.
- 2.4** נותן הטיפול החלופי יהיה רשאי על פי החוק לתת את הטיפול החלופי ובמקרים בהם נדרש רישוי כלשהו לשם כך יהא נותן הטיפול החלופי והמרפאה או בית החולים בו מבוצע הטיפול החלופי בעלי רישוי מתאים.
- 2.5** ביצוע על ידי נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי - החברה המבטחת תכסה את מלוא עלות נותני שירות הטיפול החלופי שבהסכם, בכפוף לתקרת השיפוי המרבי על פי האמור להלן (בסעיף 3.1).
- 2.6** ביצוע על ידי נותני שירות שאינם בהסכם בגין הטיפול החלופי - החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההוצאות המוכרות שהוצאו בפועל ובכפוף לתקרת השיפוי המרבי על פי האמור להלן. (בסעיף 3.1).
- 2.7** המבוטח יהיה זכאי לכיסוי בגין טיפולים חדשניים שאינם פולשניים המחליפים ניתוח כגון, אך לא רק: טיפולי הזרקות לדליות ברגליים, טיפולי לייזר נמוך עוצמה, טיפולים באלקטרודות מסוג RADIO FREQUENCY, ביצוע פעולה לריסוק אבני כליה באמצעות גלי הלם EXWL, השתלה תוך גופית של כדורים רדיואקטיביים לטיפולים במחלת סרטן.

מגדל חברה לביטוח בע"מ

12.2019 220000080

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי - עובדי בנק הפועלים

3. סכום השיפוי המרבי

- 3.1. סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין מקרה הביטוח על פי נספח זה יעמוד ע"ס של 181,500 ₪.
- 3.2. הטיפול החלופי יינתן בישראל או בחו"ל. סכום הביטוח בחו"ל יהיה 200% מהעלות בארץ.
- 3.3. לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים חלופיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן הטיפול החלופי לטיפולים חלופיים עתידיים.
- 3.4. החלטת המבוטח לקבל טיפול חלופי ובחירת נותן השרות לטיפול החלופי היא של המבוטח בלבד ואין לחברה המבטחת כל אחריות בגינה.
- 3.5. החברה המבטחת לא תהיה אחראית לכל נזק שייגרם למבוטח עקב בחירתו של המבוטח לקבל טיפול חלופי ולא לעבור את הניתוח שהומלץ לו.
- 3.6. כמו כן, לא תהיה החברה המבטחת אחראית בשום צורה שהיא לכל נזק ו/או הוצאה שיגרמו למבוטח עקב בחירתו של המבוטח בנותני השרות לטיפול החלופי, בין אם הם נותני שרות שבהסכם או נותני שרות שאינם בהסכם.

למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

פרק ו' - שירותים נוספים

פרק ו' 1 - שירות רופא עד הבית ו/או המשרד

1. השירות הרפואי הינו כמפורט להלן:
 - 1.1 מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמבוטח.
 - 1.2 בדיקה גופנית של המבוטח לרבות, אך לא רק, שימוש במכשירים המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוכדי לשון (שפדלים), פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ דם, קרדיו פון, הכל כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
 - 1.3 קביעת אבחנה רפואית.
 - 1.4 קבלת תרופות ראשוניות לתקופה של 48 שעות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
 - 1.5 קבלת מרשם לתרופות לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
 - 1.6 הפנייה להמשך טיפול לרופא המשפחה/לרופא ילדים, המטפל במבוטח באופן שוטף (ו/או לרופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
 - 1.7 הפניית המבוטח לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
 - 1.8 מתן תעודה רפואית.
 - 1.9 פינוי חינום באמבולנס - במקרה שהרופא שבדק את המבוטח בעקבות קריאתו לקבלת שרות, יחליט על פינוי באמבולנס, ישולם למבוטח ע"י החברה המבטחת סכום הפינוי באמבולנס כנגד קבלה מקורית או העתק נאמן למקור בצירוף תצהיר המבוטח.
 2. המנוי יהיה זכאי לשירותי ביקור בית של רופא, בתיאום עם המוקד, בעלות של 26 ₪ בלבד.
 3. השירות יינתן 24 שעות ביממה כל השנה בכל רחבי הארץ ובזמינות של עד שעתיים ממועד הודעת המבוטח. הרופא יהיה מצויד בצויד ובתרופות לטיפול בסיסי בבית המבוטח ובסיומו של הביקור יונחה המבוטח ע"י הרופא לגבי המשך הטיפול ויצויד בתרופות לתקופה של 48 שעות.
 4. נזקק המבוטח לשירות רפואי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות של בנק הפועלים שמספרו 1-700-50-66-62 או ישירות למוקד הספק, שמספרו 03-5688190, יזדהה בשמו, מקום הימצאו, שם המבוטח ומס' הטלפון של בית המגורים של המבוטח (וכל נתון אחר המזהה את המבוטח אצל ספק שירות).
 5. במקרים חריגים, בהם נבצר מהספק ליתן את השירות, ויומלץ ע"י הספק להגיע למרפאה, יהא זכאי המבוטח לקבל את אחד השירותים המפורטים להלן לפי בחירתו:
 - 5.1 קבלת השירות הרפואי אצל כל גורם אחר, לרבות אצל ספק אחר, מוקד רפואי או חדר מיון וזאת לאחר קבלת אישור מוקד השירות של הספק טרם הפניה לספק אחר.
 - 5.2 יעוץ טלפוני עם רופא הספק (ללא עלות וללא השתתפות עצמית).
- בחר המבוטח לקבל את השירות אצל גורם אחר כאמור בסעיף 5.1 לעיל, ישפה הספק את המבוטח במלוא עלות הביקור אצל הגורם האחר כאמור בסעיף 5.1 בכפוף להשתתפות עצמית בסך 26 ₪ וזאת תוך 30 יום ממועד מסירת הקבלה המקורית המעידה על התשלום הנ"ל. במקרה של ביקור בחדר מיון, ישפה הספק את המבוטח בסך של 250 ₪ בניכוי דמי השתתפות עצמית בסך 26 ₪.

- 6 עם תום הביקור יחתום המבוטח או בן משפחתו, על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי רופא ההסכם ערך את ביקור הבית בבית החולה או נתן את שירות ביקור רופא במוקד הרפואי.
- 7 בחר המבוטח לקבל את השירות במוקד הרפואי, יגיע החולה למוקד הרפואי בכוחות עצמו ועל חשבון.
- 8 מחויבותו של ספק השירות כלפי המבוטח בטיפול בקריאה של מבוטח לקבלת שירות ביקור רופא תסתיים במוקדם או בהתרחש אחד משני האירועים המפורטים להלן:
- 8.1 הגעת רופא הסכם לבית המבוטח או הפניית החולה למוקד הרפואי הסמוך למקום הימצאו.
- 8.2 ביטול הקריאה לקבלת שירות ביקור רופא ע"י הודעת המבוטח למוקד השירות.

פרק ו' 2 - ייעוץ / טיפול פסיכולוגי

1. הזכאות לטיפול פסיכולוגי היא כל מצב רפואי של המבוטח המחייב שיחה טיפולית אצל פסיכולוג מוסמך. ולרבות במקרים המפורטים להלן:
 - 1.1. מוות של בן משפחה מקרבה ראשונה.
 - 1.2. תאונת דרכים שהמבוטח עבר.
 - 1.3. ניתוחים גדולים שהמבוטח עבר.
 - 1.4. מחלה ממארת או מחלת לב שהמבוטח עבר.
 - 1.5. פציעה ו/או מגבלה פיזית ו/או נכות של המבוטח.
 - 1.6. פיטורים של המבוטח ממקום עבודה.
 - 1.7. גירושין בין בני הזוג (תוך 12 חודשים מהגירושין).
 - 1.8. בסעיפים 1.1-1.7 הטיפול יינתן תוך 12 חודשים מקרות האירוע.
 - 1.9. הפרעות אכילה - אנורקסיה או בולימיה.
 - 1.10. מחלות הכרוכות באשפוז בבית חולים.
 - 1.11. מחלות כרוניות, מצבים סיעודיים.
 2. המבוטח יהיה זכאי לקבלת טיפול פסיכולוגי ו/או ייעוץ אצל פסיכולוג קליני או עובד סוציאלי קליני בוגר בית הספר לפסיכותרפיה בעל תעודת עיסוק כמטפל על פי דיני ישראל, באמצעות פגישות אישיות עם מטפל וזאת עד להחזר בגובה של 180 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%.
- למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.**

פרק ו' 3 - רפואה משלימה

1. הגדרות לפרק זה:

- 1.1 "טיפול אלטרנטיבי" - טיפול במצבים בריאותיים על ידי שימוש בדוגמאות שיטות הטיפול המפורטות להלן, כגון, אך לא רק:
 - 1.2 "אקופונקטורה" - טיפול אשר במהלכו נעשה דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
 - 1.3 "הומיאופתיה" - שיטת טיפול כוללנית, העושה שימוש בתרופות המופקות מחומרים טבעיים שנמהלו או דוללו פעמים רבות.
 - 1.4 "ביו פידבק" - טכניקה טיפולית העושה שימוש במכשור אלקטרוני לצורך מדידה מיידית של שינויים פיזיולוגיים בגוף המטופל.
 - 1.5 "כירופרקטיקה" - שיטת טיפול בה משתמש המטפל בידיו לשם הפעלת לחצים על עמוד השדרה וחוליותיו במטרה להשיב את הגוף לאיזון.
 - 1.6 "טיפול לפי שיטת פלדנקייירז" - שיטת טיפולית כוללנית העושה שימוש בתנועות גוף והתעמלות ייחודית.
 - 1.7 "אוסטיאופתיה" - טיפול בהפרעות של מערכת השלד והשרירים.
 - 1.8 "רפלקסולוגיה" - שיטת טיפול ייחודית הנעשית דרך לחיצות בכפות הרגליים.
 - 1.9 "שיאצו" - שיטת טיפול ייחודית המאופיינת באמצעות לחץ בעזרת האצבעות.
 - 1.10 "נטורופתיה" - שיטת ריפוי אישית על בסיס טבעי.
 - 1.11 "ייעוץ דיאטטי" - התאמה אישית של תוכנית לתזונה.

2. מקרה הביטוח

טיפול אלטרנטיבי שבוצע ו/או יבוצע במהלך תקופת הביטוח.

3. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בגובה 50% ולא יותר מ-50 ש"ח לכל טיפול ועד 7 טיפולים לשנת ביטוח.
 במקרה שמבוטח פונה לנותן שרות שבהסדר עם חברת הביטוח ישלם המבוטח דמי השתתפות עצמית בסך של 59 ש"ח כולל מע"מ.
 הזכאות לטיפול הינה כנגד המצאת הפניה של רופא המשפחה או רופא מומחה לקבלת הטיפול המבוקש.

למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

פרק ז' - נספח עזרה

1. נספח זה מהווה חלק בלתי נפרד מפוליסת ביטוח בריאות קולקטיבית לעובדים.
2. מוסכם בזה, על יסוד ההצעה וההצהרות שנמסרו ע"י "בעל הפוליסה" ו/או המבוטח ובתנאי מפורש שהפרמיות שולמו כסדרן, החברה תגיש למוטב כמוגדר להלן את השירותים הרפואיים שלהלן, על בסיס ההגדרות המופיעות להלן ובתנאי הפוליסה לה צורף נספח זה, ומתאריך כניסת נספח זה לתוקף.
3. **המוטב**
 - א. מוטב על פי נספח זה הנו האדם אשר נתקיימו בו כל התנאים הבאים ביחד:
 - א. הנו בן משפחה קרוב של מבוטח בביטוח לעובדי "בעל הפוליסה" ובני משפחותיהם.
 - ב. המוטב אינו זכאי לכיסוי על פי הפוליסה הקולקטיבית.
 - ג. הביטוח על פי הפוליסה אליה צורף נספח זה, הנו בתוקף.
 - ד. בן משפחה קרוב, לעניין זה משמעו: אישה, בעל, אב, אם, בן, בת, אח, אחות, חם, חמות.
4. **זכות שימוש בהסכמי החברה**

כל מוטב יהיה זכאי לקבל את הטיפולים הכלולים בפוליסה במחירים המיוחדים על פי ההסכמים של החברה עם נותני השירותים השונים ובלוחות הזמנים בהם ניתנים השירותים למבוטחי החברה אצל נותני השירותים.
5. **החזר הוצאות**

למבוטח ו/או למוטב נשמרת הזכות לפנות לקופת החולים בה הוא חבר, או לכל גורם אחר לקבלת השתתפותם בהוצאות הרפואיות ששולמו על הסדר זה.

נספח ב' - השירותים (SLA)

(א) השירותים הנדרשים במסגרת המערך למתן מידע ומימוש זכויות

1. מתן מידע מקצועי ואובייקטיבי לגבי כיסויים הקיימים במסגרת קופת החולים בה חבר המבוטח בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.
2. מתן מידע מקצועי ואובייקטיבי לגבי הכיסויים הקיימים במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) בה מבוטח העובד בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.
3. מתן מידע לגבי הכיסויים הקיימים בפוליסה בהקשר לבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח.
4. מתן מידע והכוונה מעשית בפועל לגבי הדרך הנכונה והיעילה לניצול נכון ומרבי של הכיסויים בהסתמך על הביטוחים והכיסויים שברשות המבוטח.
5. מתן מידע כללי (לא הנחיות לטיפול אלא הסברים ומידע בלבד) בכל הקשור למחלות, תרופות ובדיקות אשר ניתנו למבוטח על ידי רופא אשר אצלו ביקר.
6. מידע שוטף ומתן הנחיות לגבי הכנות שקיבל המבוטח לבצע לקראת ביצוע בדיקות או צילומים אשר עליו לעבור.
7. איסוף מידע אינטרנטי לגבי מחלות, תרופות ודרכי טיפול והעברת זה לידי המבוטח ללא נקיטת עמדה רפואית/מקצועית.
8. מתן מידע שוטף לגבי תרופות, תופעות לוואי, התוויות נגד וכדומה.
9. מתן מידע בנוגע להגשת חומר לביטוח הלאומי לצורך הכרה באחוזי נכות.
10. מתן מידע בנוגע להגשת תביעה למס הכנסה לצורך קבלת זיכוי מס על רקע המחלה או הניתוח.
11. "מוקד בנק הפועלים" יסייע למבוטחים במילוי טפסים, לרבות טפסי התביעה ובתרגום המונחים, לרבות המונחים הרפואיים וכן תעמיד לצורך זה כוח אדם מתאים במשרדה.
12. החברה המבטחת ו"מוקד בנק הפועלים" יסייעו לבעל הפוליסה, למבוטחים ולנציגי בעל הפוליסה בכל הליך פרוצדוראלי, הסבר, תרגום טופס, הבהרות וכיו"ב בכל עניין הקשור בזכויות המבוטחים עפ"י הפוליסה וההסכם.
13. התחייבות החברה המבטחת ו"מוקד בנק הפועלים" לסיוע עפ"י הסכם ופוליסה אלו, הם חלק בלתי נפרד מתנאי ההסכם ומקבל הסיוע לא יחויב בכל תשלום בגין הסיוע הנ"ל.

(ב) השירותים הנדרשים במסגרת המעריך לסילוק תביעות יעיל - תנאי סף

1. "מוקד בנק הפועלים" יקבל את מסמכי התביעה הנדרשים לסילוק התביעה ויאשר למבוטח את קבלתם בדואר בפקס או באי מייל כפי שסוכם בין המבוטח ל"מוקד בנק הפועלים".
2. "מוקד בנק הפועלים" יבחן את החומר הרפואי על פי הנחיות חברת הביטוח ותנאי הפוליסה. "מוקד בנק הפועלים" מתחייב כי משך הבחינה לא יעלה על 48 שעות ממועד קבלת מסמכי התביעה שנדרשו מהמבוטח.
3. אם יידרש ניהול תביעה משולב עם קופת החולים בה חבר המבוטח, או הביטוח המשלים או חברת ביטוח אחרת, יפעל "מוקד בנק הפועלים" מול הגורם המבטח הנוסף על מנת לסלק את התביעה במשותף.

מגדל חברה לביטוח בע"מ

12.2019 220000080

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי - עובדי בנק הפועלים

4. לצורך ניהול התביעה המשותף יחתום המבוטח על ייפוי כוח לטובת "מוקד בנק הפועלים" המסמיך אותו לפעול בשמו מול כל מבטח נוסף לרבות (אך לא רק) קופת חולים.
5. כל מהלך בדיקת התביעה יארך לא יותר מ-7 ימי עסקים וכל בדיקת ערעור מבוטחים, לא תארך יותר מ-7 ימי עסקים, במידה והחומר הרפואי הנדרש לצורך יישוב התביעה הגיע לחברה המבטחת כנדרש. במידה והבדיקה אורכת יותר מהנקוב לעיל, יש לקבל את הסכמת ארגון העובדים לדחות את המענה, אי הסכמת ארגון העובדים, תיחשב כאישור התביעה.
6. בכל דחיית תביעה ובטרם דחייתה, יש לשלוח לארגון העובדים הנמקה מלאה וברורה, תיעוד והפנייה לסעיפי הפוליסה, ורק מענה של ארגון העובדים, יאפשר את משלוח מכתב הדחייה למבוטח.
7. בזמן תביעה יצורף: אופן חישוב סכום ההחזר, בצירוף כל הסכומים הרלוונטיים.
8. עם סיום הליך בחינת הזכאות והתאומים לגבי החזרי תשלום, מול המבטח הנוסף ו/או קופת החולים, ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח, ישלח "מוקד בנק הפועלים" המחאה למבוטח על פי הפרטים שנמסרו ל"מוקד בנק הפועלים" על ידי המבוטח. החברה המבטחת ו"מוקד בנק הפועלים" מתחייבים כי תשלום התביעה יעשה תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים ממועד סיום הליך בדיקת הזכאות כאמור לעיל.
9. עם סיום הליך בחינת הזכאות והתאומים מול החברה המבטחת הנוספת ו/או מול קופת חולים, לגבי שליחת כתב התחייבות לקבלת טיפול רפואי, ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת הטיפול, ישלח "מוקד בנק הפועלים" טופס התחייבות למבוטח או לספק השירות על פי הפרטים שנמסרו ל"מוקד בנק הפועלים" על ידי המבוטח. החברה המבטחת מתחייבת כי כתב ההתחייבות שלה יכלול את כל הזכאויות הרלוונטיות למקרה הנדון עפ"י תנאי הפוליסה.
10. החברה המבטחת לא תפנה לרופא מטעם המבוטח ללא הסכמה מראש של המבוטח. כמו כן, במידה ויאושר לחברה המבטחת לפנות לרופא, החברה המבטחת תדאג לבצע ולספק את הקלטת השיחה עם הרופא.
11. במידה והמבוטח ימצא לא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח, ישלח "מוקד בנק הפועלים" מכתב סירוב מנומק המסביר למבוטח מדוע לא נענתה בקשתו לתשלום תגמולי הביטוח.
12. עם סיום הטיפול, ובאותם מקרים בהם לא הצליח "מוקד בנק הפועלים" להביא לסילוק משותף של התביעה מול מבטח נוסף לרבות קופת חולים או ביטוח משלים, החברה המבטחת ו"מוקד בנק הפועלים" יפעלו לשיבוב/החזר מול החברה המבטחת הנוספת והשבת כל הכספים המגיעים למבוטח על פי הכיסוי שבידו.
13. נפטר מבוטח חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר הגיעו למבוטח ולא שולמו לו או בעבורו לפני מועד הפטירה למי אשר התחייבה לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לתשלום לאחר ביצוע התשלום לפי ההתחייבות האמורה, תשלם החברה המבטחת את היתרה לעיזבוננו של המבוטח או ליורשיו הנקובים בעותק צו קיום צוואה או בצו ירושה אשר יומצא לה ע"י העיזבון.
14. במידה ונמסרה למבוטח תשובה בקשר לזכאות ו/או לכיסוי שלא קיים בפוליסה ו/או לא קיים ברובד בו הוא מבוטח, התביעה תאושר ותשולם.
15. תביעה שאושרה טלפונית, תשולם (גם במידה ואושרה בניגוד לתנאי הפוליסה).
16. מבוטח/ת/ועץ זכאי לבקש ולקבל את הקלטות השיחות עימו / עם המבוטח.

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

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

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

מוקד מגדל עומד לרשותכם 24 שעות ביממה בטלפון: 1-700-50-66-62

לפניות בכתב בנושא תביעות:

ניתן לפנות בפקס 076-8869540 או במייל: bankhapoalim@migdal.co.il
לפניות בכתב: מגדל חברה לביטוח, תביעות בריאות - קולקטיב
ת.ד. 3063 קריית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106

את טופס התביעה ניתן לקבל ממוקד השירות או באמצעות אתר ארגון עובדי בנק הפועלים
שכתובתו: www.poalimunion.org.il

להזמנת שירות ביקור רופא עד הבית ו/או לקבלת שירותי רפואה משלימה
ניתן לפנות למוקד מגדל בטלפון 1-700-50-66-62 או ישירות למוקד "פמי" 03-9535728