



ExtraCare
ביטוח למחלות קשות

פוליסת Extra Care תכנית לביטוח מחלות קשות (מהדורת 07/2026)

עמודים

תוכן הפוליסה

2-3	הגדרות	פרק א'
3-9	מקרה הביטוח וקבוצת המחלות	פרק ב'
9-13	הכיסוי הביטוחי	פרק ג'
13-14	סייגים לחבות המבטח	פרק ד'
14-18	תנאים כלליים לפוליסה	פרק ה'
19-29	* נספח הרחבה בתשלום נוסף - פוליסה לליווי אישי רפואי	

פוליסת Extra Care תכנית לביטוח מחלות קשות

איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ (להלן - "המבטח") מתחייבת, על יסוד ההצעה, הודעות, מפרט, וההצהרות האחרות, אשר נמסרו לה ע"י בעל הפוליסה ו/או המבוטח, המהוות חלק בלתי נפרד מהפוליסה, לבטח את המבוטח בגין מקרה ביטוח, כהגדרתו בפוליסה זו, אשר ארע במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה, והכל על פי התנאים ההוראות, הסייגים והחריגים הקבועים בפוליסה ובמפרט.

הביטוח על פי פוליסה זו מוגבל לכיסויים ולסכומים הנקובים במפרט הפוליסה בלבד.

פרק א' - הגדרות

משמעות המונחים בפוליסה זו:

1. **בן/בת זוג:** בן/בת הזוג של המבוטח/ת, הנשוי/אה לו/ה, לרבות ידועים בציבור.
2. **בן משפחה קרוב:** בן/בת זוג, הורה, ילד, אח/ות, גיס/ה, חמ/ות, חתן/כלה, נכד/ה סב/תא של המבוטח (גם אם מי מהם בבחינת חורג/ת, מאומץ/ת).
3. **בעל הפוליסה:** אדם שהתקשר עם המבטח בפוליסה זו ואשר שמו נקוב במפרט כבעל הפוליסה.
4. **דמי הביטוח:** הסכום שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטח על פי תנאי הפוליסה, וכמצוין במפרט.
5. **המבוטח:** האדם שבטוח על פי הפוליסה, ואשר שמו נקוב בפוליסה כמבוטח.
6. **המבטח:** איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ.
7. **המוטב:** האדם שנקבע על ידי המבוטח כזכאי לקבלת תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח ומצוין במפרט.
8. **הפוליסה:** חוזה ביטוח זה, לרבות ההצעה, המפרט, גבולות אחריות המבטח, הצהרות ותשובות המועמד לביטוח בדבר מצב בריאותו (הן בכתב והן בשיחות טלפוניות) וכל תוספת או נספח המצורפים לו.
9. **ילד המבוטח:** ילד/ה של המבוטח בטרם מלאו לו 18 שנים.
10. **ישראל:** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל, **למעט שטחים בשליטה ו/או בניהול הרשות הפלסטינית.**
11. **מדד:** מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדר פרסום הנ"ל, מדד המתפרסם ע"י גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
12. **מפרט:** דף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה. דף זה כולל מספר פוליסה, פרטים אישיים של בעל הפוליסה, מבוטח/ים, מוטב/ים, מועד תחילת הביטוח, דמי הביטוח וכיו"ב.
13. **מקרה הביטוח:** מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בפרק ב' ו-ג' בפוליסה זו על כל נספחיה, אשר בהתקיימה מקרה למבוטח זכות לקבלת תגמולי ביטוח מהמבטח.
14. **ניתוח:** פעולה פולשנית, החדרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה או 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.
15. **סכום ביטוח:** הסכום הנקוב במפרט, אשר נרכש על ידי המבוטח, ומהווה את גבול האחריות המקסימאלי של המבטח בגין אותו כיסוי ביטוחי על פי פוליסה זו.
16. **רופא:** רופא בעל רישיון כדן, על פי חוקי המדינה שבה הוא עובד, **למעט המבוטח או בן משפחה קרוב כהגדרתו בפוליסה זו.**
17. **רופא מומחה:** רופא שהוסמך, על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל, כמומחה בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים בתחום זה לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), תשל"ג-1973, **למעט המבוטח או בן משפחה קרוב של המבוטח.**
18. **תאונה:** אירוע פתאומי ובלתי צפוי מראש, אשר נגרם למבוטח במשך תקופת הביטוח, במישרין מהפעלת כוח פיזי על ידי אמצעי אלימות חיצוני וגלוי לעין, אשר מהווה, ללא תלות בגורם אחר, את הסיבה היחידה הישירה והמיידיית למקרה הביטוח.
19. **תקופת אכשרה:** תקופת זמן רצופה בה המבוטח אינו זכאי לכיסוי על פי הפוליסה, למעט במקרה ביטוח שאירע עקב תאונה, כהגדרתה בפוליסה זו. למען הסר ספק, מובהר, כי המבוטח יחויב בתשלום דמי הביטוח בגין תקופת האכשרה. תקופת אכשרה תחול מחדש בכל פעם שבה יצורף המבוטח לתוכנית זה מחדש, לתקופות בלתי רצופות.

20. תקופת הביטוח: התקופה בה פוליסה זו בתוקף, החל ממועד תחילת הביטוח כנקוב במפרט ועד תום תקופת הביטוח כנקוב במפרט. חודש הביטוח לתקופה נוספת במועד החידוש, תימשך תקופת הביטוח עד לתום תקופת החידוש כאמור, בהתאם לנקוב במפרט, וכן הלאה.

פרק ב' - מקרה הביטוח וקבוצת המחלות

אבחון וגילוי אחד מהמקרים המפורטים להלן, שאירעו כתוצאה ממחלה או מתאונה **בתוך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה**, אשר בהתקיימם, יהיה זכאי המבוטח לתשלום תגמולי הביטוח הנקובים במפרט, **בכפוף להגדרות, לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בפוליסה זו:**

להלן קבוצת המחלות המכוסות בפוליסה:

קבוצה 1

1. מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) (Terminal Liver Disease) - מאופיינת
בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

- 1.1 צהבת;
- 1.2 מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;
- 1.3 שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;
- 1.4 אנצפלופטיה כבדית;
- 1.5 יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספליזם.

2. אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure) - אי ספיקת כבד חריפה,
פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק מפושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים:

- 2.1 הקטנה חדשה בנפח הכבד;
- 2.2 נמק מפושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
- 2.3 ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7;
- 2.4 צהבת, מעמיקה;

3. השתלת איברים (Organ Transplantation) - של אחד האיברים הבאים: לב, ריאה, לב-ריאות, کلیה, לבלב, כבד - קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלות איבר מהאיברים הנקובים בסעיף זה, או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר. מובהר בזאת, כי תנאי למתן תשלום או פיצוי על-ידי המבטח מכוח פוליסה זו בגין השתלת איברים שבוצעה בפועל הינו, כי הוראות חוק השתלת אברים, התשס"ח-2008 (להלן -"חוק השתלת אברים") קוימו, ובכלל זה כי נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על-פי הדין החל באותה מדינה וכי מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לעניין איסור סחר באיברים.

4. פגיעה מוחית כתוצאה מתאונה (Brain Damage by accident) - פגיעה מוחית בלתי הפיכה, אשר אירעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה על ידי רופא מומחה בתחום הניורולוגיה, בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).

5. **תרדמת (COMA) - מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות** והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.
6. **אטרופיה רב מערכתית (Multiple System Atrophy) - ניוון עצבי** במספר אזורים במוח אשר כתוצאה ממנו הסימפטומים הם בעיקר מערכת העצבים האוטונומית ובמערכת התנועה. האבחנה מתבטאת בהוכחה קלינית למצב קבוע לתופעה של ירידת תפקוד מוטורי המלווה בנזק של תנועה, חוסר היכולת לתאם תנועת שרירים, הפרעות בשיווי משקל, או הפרעות בשליטה על שלפוחית השתן ולחץ דם נמוך בעמידה, שאין מוסברות על ידי סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו כאטרופיה רב מערכתית על ידי רופא מומחה בתחום הנוירולוגיה על פי מסמך הקונצנזוס האחרון שפורסם.
7. **סוכרת נעורים (לילד עד גיל 18) (Insulin-Dependent Diabetes Mellitus) - פגיעה כרונית במטבוליזם של פחמימות, שומנים וחלבונים כתוצאה מחוסר מלא באינסולין, המתפתחת ומתגלה עד גיל 18, ובתנאי שנדרש טיפול קבוע באינסולין.** האבחנה תתבצע על ידי רופא מומחה בתחום ילדים **ובתנאי שהיא נמשכת לפחות 6 חודשים ברציפות.**
8. **מצב וגטטיבי מתמשך (Persistent Vegetative State) - מצב רפואי רצוף וקבוע של לפחות 4 שבועות, המתבטא בחוסר היענות ומודעות שנובעת מאי תפקוד של ההמיספרות המוחיות, כאשר גזע המוח נותר בשליטה בפעולות הנשימה ובפעולות הלבביות שנותרות שלמות.** האבחנה חייבת להיתמך ע"י הקריטריונים הבאים במצטבר:
 - 8.1 חוסר מודעות מוחלט של המבוטח כלפי הסביבה וכלפי עצמו.
 - 8.2 חוסר יכולת לתקשר עם אחרים.
 - 8.3 גירוי חיצוני לא יגרום להתנהגות מאוששת או ברת התחדשות.
 - 8.4 תפקוד שמור של גזע המוח.
- למען הסר ספק, מובהר שהכיסוי לא יכלול הפרעות נוירולוגיות או פסיכיאטריות ברות טיפול עם בדיקות נאורופיזיולוגיות ונאורופסיכולוגיות מתאימות או תהליכי הדמיה.**
9. **דיסטרופיה שרירית (Muscular Dystrophy) - חולשת שרירים קבועה או מתקדמת, על רקע מחלת השריר, המאובחנת ע"י רופא מומחה בתחום הנוירולוגיה על סמך בדיקת EMG טיפוסית וביופסיה של השריר.**
10. **מחלת דוויק נוירומיאליטיס אופטיקה (Devic's disease Neuromyelitis optica) - NMO) - אבחנה מוחלטת של מחלת דוויק ע"י רופא מומחה בתחום הנוירולוגיה הנמשכת לפחות שישה חודשים לאחר קביעת האבחנה, אשר השלכות התקפיה מתבטאות בהפרעה קלינית ממשית של התפקוד המוטורי או הסנסורי.**
11. **מחלת יעקוב קרויצפלד (Creutzfeldt-Jakob disease) - אבחנה סופית של המחלה אשר נעשתה על ידי רופא מומחה בתחום הנוירולוגיה, המתבטאת בהפרעה קלינית קבועה של התפקוד המוטורי והקוגניטיבי ונמשכת לפחות לתקופה של 3 חודשים רצופים, וכוללת את כל הבאים: זיכרון, הגיון-תפיסה, הבעה, התבטאות. הכיסוי אינו כולל סוגים אחרים של דמנציה.**
12. **נמק של חוט השדרה (שבץ ספנילי) (Spinal stroke) - נמק ומוות של רקמות חוט השדרה עקב אי אספקת דם או דימום בתוך חוט השדרה, הגורם לנזק וחוסר נוירולוגי קבוע, עם סימפטומים קליניים תמידיים.**
13. **זאבת (לופוס) (SLE Systemic lupus erythematosus) - אבחנה מוחלטת של לופוס מסוג SLE על ידי רופא מומחה בתחום ריאומטולוגיה, שתוצאתה אחד מהסימנים הבאים: חוסר נוירולוגי קבוע עם סימפטומים קליניים קבועים או פגיעה קבועה בתפקודי הכליה על פי תוצאות מעבדה של קצב הסינון הכלייתי (GFR) מתחת ל-30 מ"ל לדקה.**
14. **פסצאיטיס נימקית נקרוטית (Necrotising Fasciitis) - אבחנה סופית, חתומה ע"י רופא מומחה בתחום הכירורגיה ומוכחת ע"י ממצאים מיקרוביולוגיים או היסטולוגיים, של פסצאיטיס נימקית הנתמכת ע"י הקריטריונים הבאים במצטבר:**

זיהום בקטריאלי מתקדם שמתפשט במהירות וממוקם בפסיה העמוקה עם נמק מישני של הרקמות התת עוריות של הגפיים והגוף וכריתה כירורגית של כל הרקמה הנימקית. **מובהר, כי אבחנת גרנגה ע"ש פורנייר כלולה בסעיף זה וכי הכיסוי אינו כולל גנגרנת גז ו/או גנגרנה שנגרמה ע"י סכרת, נאורופתיה או מחלת כלי דם.**

15. עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis) - מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תיעשה על ידי פנימאי מומחה.

קבוצה 2

16. אוטם חריף בשריר הלב (ACUTE CORONARY SYNDROM) - נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

האבחנה חייבת להיותך ע"י הקרטריונים הבאים במצטבר:

16.1 בדיקה ביוכימית, המציינת עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר, או בסטייה מהערך התקין על פי אמות מידה רפואיות המקובלות להגדרת אוטם, זאת בהתייחס לערכי המעבדה הבודקת, או בכל דרך אחרת של בדיקה שמבוצעת בבתי החולים עבור כלל החולים, אשר תחליף בעתיד את הבדיקה הביוכימית האמורה.

16.2 בנוסף לבדיקה הביוכימית כאמור בסעיף לעיל, האבחנה חייבת להיותך על ידי קיום של אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

למען הסר ספק, מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.

17. ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב (Open Heart Surgery for Valve Replacement or Repair) - ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

18. ניתוח אבי העורקים (Aorta) - ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן. מובהר, כי הפוליסה תכסה מקרים בהם הפרוצדורה תתבצע באמצעות צינתור, וזאת בתנאי שקיימת מפרצת בגודל 5 ס"מ או יותר.

19. ניתוח מעקפי לב (CABG) - ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי. למען הסר ספק מובהר, כי צינתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.

20. קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy) - מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול: New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.

21. דום לב עם השתלה של דפיברילטור (defibrillator with insertion of a) - הפסקה פתאומית של פעילות הלב (דום לב) שכתוצאה ממנה יש הפסקה בזרימת הדם בכל הגוף, הגורמת לאבדן הכרה, ועקב כך מתבצעת השתלה כירורגית של אחד מהאביזרים הבאים: השתלת דפיברילטור אוטומטי (ICD) או סנכרון מחדש של פעולות הלב ע"י השתלת דפיברילטור עם קוצב לב דו חדרי (CRT-D). הכיסוי אינו כולל את המצבים הבאים:

21.1 השתלת קוצב לב.

21.2 השתלת דפיברילטור ללא המצאות של דום לב.

21.3 דום לב מישני כתוצאה משימוש בסמים לא חוקיים.

22. צנתור כלילי טיפולי (CORONARY ANGIOPLASTY) - טיפול ראשון בהיצרות או בחסימה בכלי דם כלילי אחד או יותר באמצעות ניפוח בלון בצנתור (PERCUTANEOUS ANGIOPLASTY TRANSLUMINAL CORONARY) חיתוך

בלה (ARTHERECTOMY), השארת תומכן (CORONARY STENTING) ו/או פעילות תוך עורקית דומה בעורקי הלב. האבחנה חייבת להיותך ע"י הקרטריונים הבאים במצטבר:

22.1 ביצוע הצנתור הכלילי הטיפולי הכרחי מבחינת רפואית על פי חוות דעתו של רופא מומחה בתחום הקרדילוגיה.

22.2 קיימת הוכחה אנגיוגרפית של מחלה כללית חסימתית משמעותית (הצרות של לפחות 60%).

צנתור כלילי טיפולי לא יכלול שיטות לייזר לחידוש אספקת הדם ו/או פעולות אבחנתיות ו/או צנתורים אבחנתיים.

23. **שבץ מוחי (CVA) - כל אירוע מוחי (צברוסקולרי), המתבטא בהפרעות ניורולוגיות או חוסר ניורולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות** והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק ניורולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקות CT או MRI **הנמשך לפחות 8 שבועות** והנקבע על ידי ניורולוג מומחה. **כל זאת להוציא TIA (TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK) אירוע/שבץ איסכמי חולף.**

קבוצה 3

24. **דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis) - דלקת קרום המוח,** בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השידרה אשר לדעת ניורולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך ואשר בעקבותיהן המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בתיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים. **הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי הרפט.**

25. **דלקת מוח (Encephalitis) - דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים** ואשר לדעת ניורולוג מומחה, יותירו נזק ניורולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות כהגדרתן בתיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3. **הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי הרפט.**

26. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis) - דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת** לחסר ניורולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תיקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירועי לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תיקבע על ידי רופא מומחה בתחום הניורולוגיה.

27. **ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) - עדות לפגיעה משולבת בניורון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה מפושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים.** האבחנה תיקבע על ידי רופא מומחה בתחום הניורולוגיה.

28. **פרקינסון (Parkinson's Disease) - האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר** אובחנו ע"י רופא מומחה בתחום הניורולוגיה, כמחלת פרקינסון. המחלה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בתיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3.

- 29. תשישות נפש (Dementia) -** פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתבונה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.
- 30. סרטן (Cancer) -** נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. **מקרה הביטוח אינו כולל:**
- 30.1 גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים;**
 - 30.2 מלנומה ממאירה בעובי פחות מ-0.75 מ"מ עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות) ;**
 - 30.3 מחלות עור מסוג:**
 - Basal Cell Carcinoma ו-Hyperkeratosis ;
 - מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים;
 - 30.4 מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה-AIDS ;**
 - 30.5 סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל TNM Classification T2 No Mo - (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל) ;**
 - 30.6 לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ- B lymphocytes 10,000 / cell ul, ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי ;**
 - 30.7 סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה ;**
 - 30.8 פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית ;**
 - 30.9 גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי ;**
 - 30.10 T cell lymphocytes של העור ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד. המחלה תכוסה בשלב בו הגיעה ל- T CELL LY.**
- 31. אי ספיקת כליות סופנית (End Stage Renal Failure) -** חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייבת חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.
- 32. מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) -** מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:
- 32.1 נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך ;**
 - 32.2 הפחתה קבועה בלחץ החמצן אירגני מתחת ל-55 מ"מ כ"עלייה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ כ"ע.**
- 33. השתלת מוח עצמות (Bone Marrow Transplantation) -** ביצוע בפועל של השתלת מח עצם אוטולוגית (התורם הוא המבוטח עצמו), אלוגנאית (תורם זר) או סינגנאית (מתאום זהה של המטופל).
- 34. איבוד גפיים (Loss of Limbs) -** איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים, כתוצאה מתאונה או מחלה.
- 35. אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech) -** איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.

36. **אנמיה אפלסטית חמורה (Severe Aplastic Anemia) -** כשל של מח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה נוטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:
 36.1 עירוי מוצרי דם;
 36.2 מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מח עצם;
 36.3 מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);
 36.4 השתלת מח עצם.
37. **גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor) -** תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT. **הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרנולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים והמטומות.**
38. **חירשות (Deafness) -** אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא מומחה בתחום א.א.ג. ובהסתמך על בדיקת שמיעה.
39. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension) -** עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימיות הריאה. עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 מ"מ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.
40. **כוויות קשות (Severe Burns) -** כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.
41. **עיוורון (Blindness) -** איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראייה בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא מומחה בתחום העיניים.
42. **צפדת (Tetanus) -** מחלה הנגרמת על ידי חיידק *Clostridium tetani*. הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.
43. **פוליו - שיתוק ילדים (ליד עד גיל 18) (Poliomyelitis) -** שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
44. **טיפול נמרץ הדורש הנשמה מלאכותית (Intensive care requiring mechanical ventilation) -** כל מחלה או פציעה המחייבת הנשמה מלאכותית ממושכת ע"י צינור קנה טרכיאלי למשך לפחות 10 ימים רצופים ועוקבים (24 שעות ביממה) בבית חולים. **הכיסוי אינו כולל: מחלה או פציעה או תאונה כתוצאה משימוש בסמים או צריכת אלכוהול או פגיעה עצמית (ניסיון התאבדות).**
45. **כריתת ריאה שלמה (פניאומונקטומיה) (Pneumonectomy - removal of a complete lung) -** ניתוח כריתת ריאה שלמה עקב פציעה פיזית או מחלה, בעקבות ייעוץ של רופא מומחה בתחום הריאות.
46. **גידול שפיר בחוט השדרה (Benign Spinal Cord Tumour) -** גידול שפיר בתעלת השדרה או בחוט השדרה, שמתבטא באחד מהבאים:
 46.1 חוסר נוירולוגי קבוע עם סימפטומים קליניים קבועים;
 46.2 ניתוח פולשני להוצאת הגידול;
 46.3 חוסר נוירולוגי קבוע הנמשך לפחות שלושה חודשים רצופים.
- הכיסוי אינו כולל: טיפול רדיותראפי (טיפול רפואי באמצעות קרינה) ו/או טיפול באמצעות קרינת פרוטונים, לכל סוג גידול.**
47. **שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis) -** איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).
48. **הפטיטיס (ליד עד גיל 18) (Hepatitis) -** נמק תת-מסיבי או מסיבי של הכבד, הנגרם על ידי וירוס הגורם בפתאומיות לאי ספיקת כבד, ובלבד שהנמק כאמור מתפתח ומתגלה

- עד גיל 18. האבחנה חייבת להיות מוכחת כמשנית לנגיף הפטיטיס ולכלול את כל הבאים:
- 48.1 ירידה מהירה בגודל הכבד על פי בדיקת אולטראסאונד;
 - 48.2 החמרה מהירה של בדיקות תפקודי הכבד;
 - 48.3 העמקת הצהבת;
 - 48.4 נמק המערב את כל אונות הכבד ומותיר רק תשתית רטיקולארית קורסת.
- הכיסוי אינו כולל נשאות או מחלה של הפטיטיס B בלבד, הפטיטיס כרוני מכל סיבה או אי ספיקת כבד על רקע אלכוהולי טוקסי או תרופתי.**

פרק ג' - הכיסוי הביטוחי

1. תגמולי אבחון

- 1.1 תגמולי אבחון עבור מקרה ביטוח ראשון** - המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בעבור גילוי ואבחון מחלה מרשימת המחלות, בכל אחת מהקבוצות המפורטות בפרק ב', בשיעור של 100% מסכום הביטוח הנקוב במפרט, בהתקיים כל התנאים הבאים במצטבר ובכפוף לסייגים ולתנאים המפורטים בפוליסה זו:
- 1.1.1 קיימת אבחנה מתועדת, חד משמעית, של רופא מומחה לתחום הרלוונטי, לגבי קרות מקרה הביטוח ומתקיימים התנאים המגדירים את המקרה הרפואי במלואם כמפורט בפרק ב' לעיל.
 - 1.1.2 תמה תקופת אכשרה של 90 יום, מיום תחילת תקופת הביטוח.
 - 1.1.3 המבוטח חי תקופה העולה על 7 ימים לאחר האבחון שבסעיף 1.1.1 לעיל.
 - 1.1.4 אירע מקרה ביטוח הכלול באחת מהקבוצות המפורטות בפרק ב' יחולו על המבוטח התנאים לפי המפורט באחת מהחלופות להלן:
 - 1.1.4.1 אירע מקרה ביטוח ראשון הכלול בקבוצה 1 - תבוטל הפוליסה מאותה העת ותסתיים תקופת הביטוח למבוטח עבורו שולמו תגמולי ביטוח.
 - 1.1.4.2 אירע מקרה ביטוח ראשון הכלול בקבוצה 2 או קבוצה 3 - ימשיך הכיסוי הביטוחי לחול על המבוטח בעבור מקרי ביטוח נוספים בתנאים מסויימים המפורטים בסעיף 1.3 בפרק זה והמבוטח ימשיך לשלם את אותה הפרמיה, אשר היה עליו לשלם לפי המפורט במפרט הפוליסה.

- 1.2 תגמולי אבחון עבור מקרי ביטוח נוספים** - המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שני והלאה ("מקרה ביטוח נוסף") של גילוי ואבחון מחלה מרשימת המחלות בכל אחת מהקבוצות המפורטות בפרק ב' בשיעור של 100% מסכום הביטוח הנקוב במפרט, בהתקיים כל התנאים הבאים במצטבר ובכפוף לסייגים ולתנאים המפורטים בפוליסה זו:
- 1.2.1 קיימת אבחנה מתועדת, חד משמעית, של רופא מומחה לתחום הרלוונטי, לגבי קרות מקרה הביטוח ומתקיימים התנאים המגדירים את המקרה הרפואי במלואם כמפורט בפרק ב' לעיל.
 - 1.2.2 הסתיימה תקופת אכשרה של 180 ימים, מיום קרות מקרה הביטוח הקודם.
 - 1.2.3 המבוטח חי תקופה העולה על 7 ימים לאחר האבחון שבסעיף 1.2.1 לעיל.
 - 1.2.4 המבוטח לא קיבל תגמולי ביטוח במסגרת פוליסה זו עבור מקרה ביטוח בשל מחלה הכלולה בקבוצה 1.
 - 1.2.5 אירע מקרה ביטוח הכלול באחת מהקבוצות המפורטות בפרק ב' יחולו על המבוטח התנאים לפי המפורט באחת מהחלופות להלן:

1.2.5.1 אירע מקרה ביטוח נוסף הכלול בקבוצה 1 - תבוטל הפוליסה מאותה העת ותסתיים תקופת הביטוח למבוטח עבודו שולמו תגמולי ביטוח.

1.2.5.2 אירע מקרה ביטוח נוסף הכלול בקבוצה 2 או קבוצה 3 - ימשיך הכיסוי הביטוחי לחול על המבוטח בעבור מקרי ביטוח נוספים בתנאים מסויימים המפורטים בסעיף 1.3 בפרק זה והמבוטח ימשיך לשלם את אותה הפרמיה, אשר היה עליו לשלם לפי המפורט במפרט הפוליסה.

1.3 תנאים לכיסוי תגמולי אבחון עבור מקרה ביטוח ראשון ומקרי ביטוח נוספים

1.3.1 אירע מקרה ביטוח ראשון או מקרה ביטוח נוסף בגין מחלה הכלולה בקבוצה 2 - יהיה זכאי המבוטח לתבוע בגין מקרה ביטוח נוסף, הכלול בקבוצה 1 או קבוצה 3, לאחר תום תקופת אכשרה של 180 ימים ממקרה הביטוח הקודם כמפורט בפרק ההגדרות ובכפוף להמשך תשלום הפרמיה כסידרה. **למען הסר ספק, המבוטח לא יהיה זכאי לתבוע פעם נוספת בגין אותה המחלה או כל מחלה אחרת הכלולה בקבוצה 2.**

1.3.2 אירע מקרה ביטוח ראשון או מקרה ביטוח נוסף בגין מחלה הכלולה בקבוצה 3 - יהיה זכאי המבוטח לתבוע בגין מקרה ביטוח נוסף הכלול בכל אחת מהקבוצות לאחר תום תקופת אכשרה של 180 ימים ממקרה הביטוח הקודם כמפורט בפרק ההגדרות ובכפוף להמשך תשלום הפרמיה כסידרה **ובלבד שאין מדובר באותה מחלה וכן שלא קיים קשר סיבתי בין מקרה הביטוח הנוסף לבין מקרה הביטוח הקודם.**

1.3.3 **שרשרת אירועים, שהם תוצאה של מקרה ביטוח אחד, יתחשב כמקרה ביטוח אחד ותגמולי ביטוח בגינה, ככל שמגיעים למבוטח על פי תנאי פוליסה זו, ישולמו למבוטח פעם אחת בלבד.**

1.3.4 אירע מקרה הביטוח ונפטר המבוטח בטרם שולמו תגמולי הביטוח, בתנאי מפורש שהמוות אירע כעבור 7 ימים לפחות מיום קרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח למוטב, והמבטח יהא פטור לחלוטין מכל חבות נוספת על פי פוליסה זו כלפי כל מוטב אחר ו/או עזבון ו/או צד שלישי כלשהו. **לעניין סעיף זה, מוטב כפי שהמבוטח קבע בהצעת הביטוח ובהעדר קביעה כאמור, יורשיו החוקיים של המבוטח.**

2. פיצוי (חלקי) לסרטן מוקדם

2.1 במקרה של אבחון וגילוי אחד ממקרי הסרטן המוקדם המפורטים להלן, שאירעו כתוצאה ממחלה או מתאונה **בתוך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה**, יהיה המבוטח זכאי לפיצוי חד פעמי בשיעור המשתנה בהתאם לסוג הסרטן המוקדם, **בכפוף להגדרות, לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בפוליסה זו**, אם התקיימו לגבי התנאים הבאים במצטבר:

2.1.1 קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית של רופא מומחה בתחום האונקולוגיה, לגבי גילוי סרטן מוקדם ומתקיימים התנאים המגדירים את המקרה הרפואי במלואם כמפורט בסעיף 2.2 בפרק זה.

2.1.2 הסרטן המוקדם אובחן ותועד ביחס למבוטח לפני גילוי ואבחון של מחלת הסרטן באותו איבר כהגדרתה בסעיף 30 בפרק ב'.

2.1.3 תמה תקופת אכשרה של 90 יום, מיום תחילת תקופת הביטוח.

2.1.4 המבוטח חי תקופה העולה על 7 ימים לאחר האבחון שבסעיף 2.1.1 לעיל.

2.2 **"סרטן מוקדם"** ייחשב מקרה ביטוח בו אובחן המבוטח באחת או יותר מהמחלות המפורטות להלן שאירעו **בתוך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה**,

אשר בהתקיימן, יהיה זכאי המבוטח לתשלום תגמולי הביטוח הנקובים במפרט, בכפוף להגדרות, לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בפוליסה זו:

2.2.1 סרטן מקומי (אינסיטו) של השד (Carcinoma in Situ of the Breast)
- גידול בשד שאובחן בביופסיה, בתשובה היסטופתולוגית, כסרטן מקומי (אינסיטו).

2.2.2 סרטן מקומי (אינסיטו) של הערמונית (Carcinoma in Situ of the Prostate)
- סרטן מקומי (אינסיטו) של הערמונית, שטופל בפעולה פולשנית חדירתית וכולל: התקדמות של הגידול לדרגה של T1NOMO לפחות על פי שיטת סיווג TNM או מדד גליסון בין 2 ל-6 (כולל). הטיפול כולל אך ורק הסרה כירורגית מלאה של הערמונית. הכיסוי אינו כולל: טיפול קרינתי או כימותרפי, מקרים שטופלו בקרירותרפיה (הקפאה מקומית של רקמות), טיפול אחר מסוג כריתת הערמונית דרך השופכה וגידולים שפירים של הערמונית.

2.2.3 סרטן מקומי (אינסיטו) של צוואר הרחם (Carcinoma in Situ of the Cervix)
- גידול שאובחן כשינוי ממאיר בצוואר הרחם של קרצינומה מקומית (אינסיטו), כולל דיספלזיה של צוואר הרחם מדרגה 3 (CIN 3), או גידולים שאובחנו בהיסטולוגיה כסרטן סרטניים. הכיסוי אינו מכסה גידולי צוואר הרחם מסוג CIN2 ו/או - CIN1.

2.2.4 גידול מסוג קרצינומה בשלב לא חודרני, על פי תוצאה היסטופתולוגית של ביופסיה (Carcinoma in Situ) בתנאי שנדרש ניתוח או טיפול כימותרפי, להסרתו.

2.2.4.1 יובהר כי טיפול הרומנולי או טיפול מניעתי אחר, ביצוע ביופסיה או בדיקה היסטולוגית או כל פעולה פולשנית, לרבות פעולות באמצעות קרן לייזר/ הקרנות, לשם אבחון או טיפול בגידול, לא יחשבו למקרה ביטוח ולאירוע המזכה לקבלת תשלום על פי הגדרת סעיף זה.

2.2.4.2 מקרה הביטוח אינו כולל:

2.2.4.2.1 דיספלזיה של צוואר הרחם. cin1, cin2, cin3

2.2.4.2.2 קרצינומה פפילארית לא פולשנית של דרכי השתן, אגן הכליה או השופכן, המאובחן כ Ta בשיטת classification TNM.

2.2.4.2.3 הסרת שחלה בגין ציסטה שחלתית.

2.2.4.2.4 מלנומה ממאירה בעובי פחות מ-75.0 מ"מ, עם פחות ממיטודה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות); לרבות הרחבת שוליים ובדיקת בלוטת הזקיף.

2.2.4.2.5 סרטני עור מסוג: Basal Cell Carcinoma Hyperkeratosis

סרטן עור מסוג: Squamous Cell Carcinoma

2.2.4.2.6 נאופליזיה אינטרא- אפיתילית דרגה 1 או 2 Neoplasia

AIN) Interaepithelial Anal, או נאופליזיה אינטרא-

אפיתילית של הנרתיק (VAIN) דרגה 1 או 2 או נאופליזיה

אינטרא- אפיתילית של הפות (VIN) דרגה 1 או 2 או

גידולים מסוג סקומוס אינטרא- אפיתילית מדרגה נמוכה

(LGSIL) Intraepithelial Squamous lesion

2.2.4.2.7 כל טיפול שאינו ניתוחי כולל, כגון אך לא רק טיפול אבלטיבי

או טיפול טרופי.

2.2.4.2.8 סרטן מסוג סרקומה ע"ש קפוזי בנוכחות מחלת ה AIDS.

2.2.4.2.9 לוקמיה לימפוציטית כרונית (CLL).

2.2.4.2.10 סרטן תירואיד שלא הוסרה בו כל הבלוטה.

2.2.4.2.11 פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה

רפואית מעבר לכריתה מקומית.

2.2.4.2.11 גמופתיה מוקדמת. MGUS

2.2.4.2.11 T Cell Lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים

שטחיים על פני העור בלבד.

2.3 תגמולי ביטוח עבור כיסויי סרטן מוקדם

2.3.1 במקרה של אבחון וגילוי סרטן מוקדם מהסוגים המוזכרים בסעיפים 2.2.1,

2.2.2, ו-2.3.1, יהיה המבוטח זכאי לפיצויי חד פעמי בשיעור של 20% מסכום הביטוח הנקוב במפרט, לרבות מכיסוי תגמולים חודשיים המפורט בסעיף 4 בפרק זה.

2.3.2 במקרה של אבחון וגילוי סרטן מוקדם המוזכר 2.2.4 יהיה המבוטח זכאי לפיצויי חד פעמי בשיעור 10% מסכום הביטוח הנקוב במפרט ועד סך של 50,000 ש"ח (הנמוך מביניהם) לרבות מכיסוי תגמולים חודשיים המפורט בסעיף 4 בפרק זה.

2.4 הפיצוי בגין סרטן מוקדם ישולם פעם אחת בלבד עבור כל אחד מהמקרים המפורטים בסעיף 2.2 לעיל, בכל תקופות הביטוח ולא יגרע מזכויותו העתידית של המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח עתידי של אבחון וגילוי מחלת הסרטן כהגדרתה בסעיף 30 בפרק ב'. סכום תגמולי הביטוח (לרבות כיסוי תגמולים חודשיים) שישולם בגין אבחון וגילוי מחלת הסרטן בגינה התקבלו תגמולי ביטוח בשל סרטן מוקדם, יקוזז במקרה בו יידרש המבוטח לשלם את סכום הביטוח המלא, עבור אותו סרטן.

3. תגמולי אבחון עבור סרטן חוזר לאחר 5 שנים

מבוטח שחלה בסרטן שאינו סרטן מוקדם, הן בסרטן בו חלה במקרה הביטוח הראשון והן בסרטן מסוג אחר ("סרטן חוזר"), יהיה זכאי לתבוע על סרטן חוזר ולקבל תגמולי ביטוח בשיעור של 100% מסכום הביטוח אם התקיימו לגביו התנאים הבאים במצטבר:

3.1 קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית של רופא מומחה בתחום האונקולוגיה לגבי גילוי מחלת הסרטן במבוטח כהגדרתה בסעיף 30 בפרק ב' ומתקיימים התנאים המגדירים את המקרה הרפואי במלואם כמפורט בה.

3.2 חלפו לפחות 5 שנים מהמועד האחרון בו נעלמו תסמיני מקרה הסרטן הקודם, שבגינו שילם המבוטח למבוטח תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו. וכן חלפו לפחות 5 שנים מהמועד האחרון בו נדרש המבוטח לקבל טיפול רפואי למחלת סרטן, מלבד טיפול מונע, זאת על פי חוות דעת של רופא מומחה בתחום הרלוונטי.

3.3 בדיקות ההדמיה שביצע המבוטח במהלך 5 השנים האמורות בסעיף 3.2 הציגו תוצאות תקינות ללא ממצאים המעידים על הישנות המחלה ו/או מחלת סרטן אחרת ו/או כל ממצאים שמעידים על צורך בבירור נוסף.

3.4 המבוטח חי תקופה העולה על 7 ימים לאחר האבחון שבסעיף 3.1 לעיל.

4. כיסוי תגמולים חודשיים

- 4.1 במקרה בו התגלה במבוטח מקרה ביטוח העונה על אחת מהמחלות המפורטות בפרק ב', יהיה זכאי המבוטח לתשלום סכום קצבה חודשי למשך 12 חודשים, בגובה הסכום הנקוב במפרט. **מובהר, כי תגמולי הביטוח החודשיים כאמור ישולמו למבוטח רק במקרה בו שולמו תגמולי אבחון כמפורט בסעיף 3-1 בפרק זה ובנוסף להם.**
- 4.2 למבוטח שמורה הזכות לקבל את שווי התגמולים החודשיים בעת גילוי ואבחון המחלה כפיצוי חד פעמי.

פרק ד' - סייגים לחבות המבטח

המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח או תשלומים אחרים כלשהם, בגין תביעה על פי פוליסה זו, בגין מקרה ביטוח שנגרם ו/או הקשור במישרין או בעקיפין ע"י או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:

- מקרה ביטוח שאירע לפני תחילת תקופת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה (בהתאם למפורט בכל כיסוי), למעט מקרה ביטוח שאירע כתוצאה מתאונה כהגדרתה לעיל, לגביו לא תחול תקופת אכשרה.
- המבטח לא יהיה אחראי על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד 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 הצטרפותו לביטוח. היה גילו של המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח פחות מ-65 שנים, יהיה החריג תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
- על אף האמור לעיל, אם הודיע המבוטח למבטח, במועד הצטרפותו לביטוח על מצב רפואי מסוים, יהיה המבטח רשאי לסייג את חבותו ו/או את היקף הכיסוי בשל מצב רפואי קודם מסוים, וסייג זה יהיה תקף לתקופה שתצוין במפרט הפוליסה לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- הודיע המבוטח במועד ההצטרפות לביטוח על מצב רפואי מסוים והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים במפרט הפוליסה, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם הנזכר בהודעת המבוטח.
- אין באמור לעיל כדי לפטור את המבוטח מחובת גילוי לפי חוק חוזה הביטוח בעניין מצב רפואי קודם.
- מחלות אחרות אשר אינן מפורטות בפוליסה זו ו/או אינן עונות להגדרה הקבועה בפרק ב' לפוליסה זו.
- טיסת המבוטח בכלי טייס כלשהו פרט לטיסת המבוטח כנוסע בכלי טייס אזרחי בעל רישיון להובלת נוסעים.
- איבוד לדעת או ניסיון לכך, שיכרות כרונית, שימוש בסמים, חבלה גופנית שהמבוטח גרם לעצמו במתכוון.
- מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או מקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מפעילות כוחות ביטחון בעלת אופי צבאי או משטרה לרבות בתרגילים או באימונים מכל סוג שהוא.
- התנגדות למעצר, השתתפות פעילה של המבוטח בפעילות אלימה, מעשה חבלה, מהפכה, מרד, פרעות, או מהומות.
- המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח למבוטח אם מקרה הביטוח אובחן לראשונה לאחר מות

פרק ה' - תנאים כלליים לפוליסה

1. תחילת הביטוח

פוליסה זו תיכנס לתוקפה בתאריך המצוין במפרט, תישאר בתוקפה כל עוד לא הגיעה לידי סיום או בוטלה בהתאם להוראות הפוליסה ו/או הדין.

2. תפוגת הכיסוי הביטוחי

הכיסוי הביטוחי בפוליסה זו יפוג בקרות אחד מן המקרים כמפורט להלן, המוקדם מביניהם:

- 2.1 מות המבוטח.
- 2.2 המבוטח הגיע למועד תום תקופת הביטוח כמצוין במפרט, או עם הגיעו לגיל המרבי על פי פוליסה זו, דהיינו גיל 75, המוקדם מבין שניהם.
- 2.3 היום בו אושרה התביעה לתגמולי אבחון לאחר גילוי מחלה מקבוצת המחלות המפורטת בקבוצה 1 כמפורט בפרק ב' לעיל. **למען הסר ספק, מובהר, כי אישור התביעה לתגמולי אבחון כאמור בסעיף 1.1.4.1 בפרק ג', אשר תביא לתפוגת הכיסוי הביטוחי, לא תפגע ולא תיגרע מזכותו של המבוטח לתבוע תגמולים חודשיים בגין אותה מחלה, כקבוע בסעיף 4 בפרק ג'.**
- 2.4 ילד המבוטח כהגדרתו בפוליסה זו, אשר שמו נכלל במפורש במפרט הפוליסה, והגיע למועד תום תקופת הביטוח כמצוין במפרט או בהתאם לאמור בסעיפים 2.1, 2.3 לעיל או עם הגיעו לגיל המרבי עבור ילד המבוטח על פי פוליסה זו, דהיינו גיל 18, המוקדם מבין שניהם. למען הסר ספק מובהר בזאת, כי אדם שחלל להיות ילד המבוטח כמוגדר לעיל, לא ייחשב כמבוטח.
- 2.5 עם ביטול הפוליסה על-ידי המבטח או המבוטח, כמפורט בפוליסה זו ו/או בהתאם לדין.

3. ביטול הפוליסה

- 3.1 המבוטח רשאי לבטל, בכל עת, את הביטוח בהודעה למבטח. הפוליסה תתבטל כעבור שלושה ימים מיום הודעת הביטול למבטח. במקרה זה ישיב המבטח למבוטח את דמי הביטוח אשר שולמו על ידי המבוטח בגין התקופה שלאחר מועד הביטול.
- 3.2 המבטח רשאי לבטל את הפוליסה בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981 ("החוק"). הודעת הביטול תישלח למבוטח בכתב. הביטול ייכנס לתוקף 15 ימים מהיום שבו נמסרה הודעת הביטול למבוטח. במקרה כזה יהיה המבוטח זכאי להחזר דמי הביטוח ששילם למבטח בעד התקופה שלאחר מועד ביטול הפוליסה, **למעט אם היה פטור המבטח מכוח החוק מהשבת דמי הביטוח.**
- 3.3 החזר דמי הביטוח למבוטח כאמור בסעיפים 3.1 ו-3.2 ייערך תוך 30 ימים מיום ביטול הפוליסה.

4. תשלום דמי הביטוח

- 4.1 דמי הביטוח המגיעים מהמבוטח למבטח בקשר לפוליסה זו ישולמו כמוסכם בין הצדדים, בסכומים ובמועדים שפורטו במפרט. לעניין פוליסה זו, דמי ביטוח הינם הפרמיה למבטח, לפי הנקוב במפרט. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן המתפרסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, החל ממועד תחילת פוליסה זו.

4.2 לא שולם במועדו סכום כלשהו המגיע למבטח על פי פוליסה זו, ישא אותו סכום שבפיגור הפרשי הצמדה מהמועד הקבוע לתשלום, וכן במקרה של איחור מעבר ל-30 ימים, ריבית צמודה החל מהיום ה-31 ועד למועד התשלום בפועל. בסעיף זה: "הפרשי הצמדה" ו-"ריבית צמודה" כמשמעותם של מונחים אלו בחוק פסיקת ריבית והצמדה, התשכ"א-1981.

4.3 לא שולם סכום כלשהו שבפיגור כאמור תוך 15 יום לאחר שהמבטח דרש בכתב מהמבוטח לשלם, רשאי המבטח להודיע בכתב למבוטח, כי הביטוח יתבטל כעבור 21 ימים נוספים, אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן.

4.4 אין בביטול הביטוח לפי פרק זה כדי לגרוע מחובת המבוטח לסלק את הסכום שבפיגור, המתייחס לתקופה שעד לביטול האמור, וכן את הוצאות המבטח.

5. תקופת אכשרה נוספת במקרה של הגדלת סכומי הכיסוי
במקרה בו יוסכם על הגדלת סכומי הכיסוי הנקובים במפרט, תחול תקופת אכשרה חדשה בת 90 ימים ביחס לכיסוי המוגדל, באופן שבתקופת האכשרה יהיו סכומי הכיסוי על פי הפוליסה כפי שהיו קודם למועד הגדלת סכומי הכיסוי כאמור.

6. תביעות

6.1 בעל הפוליסה או המבוטח מתחייב להודיע למבטח על מקרה הביטוח מיד לאחר שנודע לו עליו.

6.2 תביעה לתשלום סכום הביטוח חייבת להיות מבוססת על:

6.2.1 אבחון שנעשה ע"י רופא מומחה מוסמך הרשום בישראל בתחום הרלוונטי.

6.2.2 מסמכים ואישורים בכתב, אשר יצורפו לתביעה.

6.3 המבוטח ימסור למבטח את המידע והמסמכים הסבירים הדרושים למבטח לבירור החבות, לרבות העתקים מהם, ואם אינם ברשותו עליו לעזור למבטח ככל שיוכל להשיגם.

6.4 המבוטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף ו/או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.

6.5 את המידע והמסמכים הרפואיים הדרושים לבירור התביעה, ניתן להגיש בכתב בדואר אלקטרוני, במסרון ובאזור האישי של המבוטח באתר המבטח בכתובת www.aig.co.il.

6.6 המבטח זכאי לנהל על-חשבונו כל חקירה, לבדוק את המבוטח על חשבונו על-ידי רופא אחד או יותר מטעמו, כפי שימצא לנכון ע"י המבטח ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ובהתאם למצבו הרפואי של המבוטח. יובהר, כי המבוטח יוכל לבקש, בכל עת, למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית משפט בכפוף לדין.

6.7 בקורות מקרה ביטוח ישולמו תגמולי האבחון על פי פוליסה זו למבוטח כאשר המבוטח בחיים או לאחר מות המבוטח למוטב או בהעדר קביעת מוטב נקוב בשם בפוליסה לירשיו החוקיים של המבוטח, לפי העניין.

7. תנאי הצמדה למדד

סכומי הביטוח ודמי הביטוח הקבועים בפוליסה זו ישתנו בהתאם לשינויים שבין מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה אשר פורסם לאחרונה לפני תחילת תקופת הביטוח, לבין המדד שפורסם בפעם האחרונה בעת תשלום התביעה ו/או דמי הביטוח, לפי העניין.

8. זכות קיזוז

המבטח יהיה רשאי לקזז מתגמולי הביטוח שישולמו עקב מקרה ביטוח, כל סכום קצוב שהמבטח חייב לו בשל פוליסה זו ו/או בשל פוליסת ביטוח אחרת. במידה וקיים חשש ממשי לאי פירעון החוב, רשאי המבטח לקזז מתגמולי הביטוח את יתרת דמי הביטוח שטרם הגיע מועד תשלומם או חיוב אחר שטרם הגיע מועד קיומו.

9. שיפוט

על פוליסה זו יחול הדין הישראלי. מקום השיפוט היחיד בכל הקשור לביטוח זה הוא אך ורק בבתי המשפט המוסמכים בישראל.

10. התיישנות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא חמש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

11. הודעות

11.1 הודעה של המבטח למבוטח בכל הקשור לפוליסה תישלח לפי מענו האחרון של המבוטח או בעל הפוליסה הידוע למבטח. בהיעדר הודעה בכתב מטעם המבוטח או בעל הפוליסה על שינוי מענו, ייחשב כמען האחרון הידוע למבטח, המען המצוין במפרט.

11.2 הודעה של המבוטח או בעל הפוליסה אל המבטח תישלח או תימסר בכתב למשרדי המבטח על פי הפרטים המופיעים על גבי הפוליסה, באמצעות דואר ישראל, דואר אלקטרוני, מסרון או באזור האישי של המבוטח באתר המבטח בכתובת www.aig.co.il.

11.3 כל מסמך שנשלח בדואר רשום לכתובת המבוטח או בעל הפוליסה כמפורט לעיל, יראה כאילו נמסר למענו בתום 7 ימים מיום שנשלח.

12. גילוי ושינוי בעניין מהותי

12.1 הציג המבטח למבוטח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן - **עניין מהותי**), על המבוטח להשיב עליה תשובה מלאה וכנה.

12.2 ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטח לבטל את הפוליסה תוך 30 יום מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, בהודעה בכתב למבוטח, ובמקרה זה יהיה זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

12.3 קרה מקרה הביטוח לפני ביטול הפוליסה על ידי המבטח כאמור בסעיף 12.2 לעיל, המבטח יהיה חייב בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והוא פטור כליל בכל אחת מאלה:

(א) התשובה ניתנה בכוונת מרמה;

(ב) מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו; במקרה זה זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

12.4 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיף 12.3 לעיל, בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא היתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

- (א) הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה;
- (ב) העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.
- 12.5 על אף האמור לעיל, המבטח לא יהיה זכאי לתרופות האמורות בסעיפים 12.3 לעיל, לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת חוזה הביטוח, זולת אם המבטח פעל בכוונת מרמה.
- 12.6 חובת הגילוי תחול גם במקרה של שיחת טלפון מוקלטת המחליפה את דרישת הכתב.

13. תקופת הביטוח וחיידושה

- 13.1 אחת לשנתיים, בראשון לחודש יוני, תחודש פוליסת הביטוח מאליה ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם, וללא תקופת אכשרה נוספת (רצף ביטוחי), למעט תקופות האכשרה המפורטות בגין מקרה ביטוח נוסף. החידוש יכול שיהיה באותם תנאים או בתנאים שונים. למבטח, שמשך תקופת הביטוח ממועד צירופו לראשונה ועד למועד החידוש הראשון, קצר משנתיים- תהיה תקופת הביטוח של אותו מבטח החל ממועד צירופו לראשונה לביטוח ועד למועד החידוש הקרוב של הפוליסה לכלל המבוטחים.
- 13.2 על אף האמור לעיל, לא תחודש פוליסת הביטוח אם המבוטח הגיע לגיל הביטוח המירבי שנקבע או אם המבוטח מיצה את הכיסוי הביטוחי שהוא זכאי לו על פי הפוליסה.
- 13.3 אם תחול עליה של יותר מ-10 ש או יותר מ-20% (לפי הגבוה) בדמי הביטוח החודשיים בתקופת הביטוח החדשה, ביחס לדמי הביטוח החודשיים ששילם המבוטח ערב חידוש הפוליסה, לא תחודש הפוליסה ללא קבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח. מבטח רשאי ליתן הסכמה גם בשם בן זוגו או ילדו עד גיל 21 כאשר הם מבוטחים עמו באותה תוכנית. יובהר, כי במקרה של חידוש פוליסה שנעשתה לפי מספר תכניות בחבילה תיבחן עליית דמי הביטוח ביחס לכל תכנית בחבילה.
- 13.4 עליה בדמי הביטוח כוללת בתוכה הקטנת היקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאת דמי הביטוח.
- 13.5 על אף האמור בסעיף 13.3 לעיל, לא נדרשת הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם חידוש באחד או יותר מהמקרים הבאים:
- 13.5.1 עבור מבטח שהגיש במהלך תקופת הביטוח הנוכחית או זו שקדמה לה, תביעה למימוש זכויות לפי תנאי הפוליסה, תחודש הפוליסה לתקופה נוספת גם במקרה שבו לא התקבלה אצל המבוטח כל תגובה לעניין הסכמתו לחדש את הפוליסה לתקופה נוספת אצל המבטח.
- 13.5.2 אם המבטח פירט למבטח שהצטרף לראשונה לתוכנית בתקופה של 120 ימים שקדמו למועד החידוש באופן מפורש את השינויים בתנאי הביטוח ודמי הביטוח שיחולו במועד החידוש הקרוב, והמבוטח נתן את הסכמתו להם טרם ההצטרפות.
- 13.5.3 אם הפיקוח קבע מראש ובכתב, כי לא נדרש לקבל את הסכמת המבוטח לגבי שינוי מסוים שערך בתוכנית.
- 13.6 חודשה הפוליסה שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח, כאמור בסעיפים 13.3 או 13.5 לעיל והודיע המבוטח למבטח, במהלך 60 הימים

שלאחר מועד חידוש הפוליסה, על ביטול הפוליסה לגבי אותו מבטח, תבוטל הפוליסה לגביו במועד חידוש הביטוח ויושבו למבטח דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו, ככל שנגבו, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור. המבטח ישלח הודעות על חידוש הפוליסה בהתאם להוראות רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון.

פוליסה לליווי רפואי וטיפולים אגב אירוע משמעותי כגון ניתוח, אשפוז או מחלה קשה

הרחבה זו בתשלום נוסף והינה בתוקף רק בתנאי שכיסוי זה מצוין במפרט הפוליסה

גילוי נאות לתוכנית ליווי וטיפולים אגב אירוע משמעותי כגון ניתוח, אשפוז או מחלה קשה	
שם הביטוח	Medical Case Manager
סוג הביטוח	פוליסה לליווי אישי רפואי.
תקופת הביטוח	מתחדשת כל שנתיים בהתאם למפורט בפרק 5 לתנאים הכלליים בתוכנית ביטוח זו.
תיאור הביטוח	1. מנהל תיק אישי 2. הכוונה על ידי עובד סוציאלי 3. רופא מלווה אישי 4. השגחה רפואית 5. מפגשי טיפול עם רופא מומחה שבהסכם המתמחה ברפואת כאב 6. טיפול בפזיותרפיה והידרותרפיה 7. טיפול באמצעות קלינאי תקשורת 8. מפגשי טיפול עם פסיכותרפיסט 9. טיפול בריפוי בעיסוק 10. סיוע בשינוע עזרים רפואיים 11. התייעצות רפואית רב-תחומית
חריגים בפוליסה - הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים	סייגי הפוליסה וחרגיה מפורטים בפרק 6 בתנאי התוכנית.
תקופת אכשרה - פרק זמן מיום תחילת הביטוח שבמהלכו מקרה ביטוח שקרה אינו מכוסה בביטוח	90 יום.
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים.

עלות הביטוח	
גיל	פרמיה חודשית
ילד עד גיל 18	5.00 ₪
מגיל 19 ומעלה	11.38 ₪

שים לב!

1. מחיר הביטוח עשוי להשתנות עקב מתן הנחה.

2. הסכומים המפורסמים בספר הפוליסה הם לפי מדד אוקטובר 2018, 543.8949 נק'.

3. באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון

מחירי הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים ליום פרסומם

תיאור הכיסויים בכתב השירות		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית אצל נותן שירות בהסכם
ליווי אישי רפואי	מנהל תיק אישי	-
	הכוונה על ידי עובד סוציאלי (עד שעתיים)	-
	רופא מלווה אישי (עד 6 התייעצויות)	90 ₪ להתייעצות
	השגחה רפואית (עד 25 שעות השגחה בגין כל מקרה רפואי)	-
	עד 6 מפגשי טיפול עם רופא מומחה שבהסכם המתמחה ברפואת כאב	90 ₪ לטיפול
	עד 8 מפגשי טיפול בפיזיותרפיה והידרותרפיה לשני השירותים יחד	40 ₪ לטיפול
	עד 8 מפגשי טיפול באמצעות קלינאי תקשורת	40 ₪ לטיפול
	עד 9 מפגשי טיפול עם פסיכותרפיסט	90 ₪ לטיפול
	עד 6 מפגשי טיפול בריפוי בעיסוק	40 ₪ לטיפול
	סיוע בשינוי עזרים רפואיים (עד 3 פעמים למקרה רפואי)	40 ₪ למשלוח
	התייעצות רפואית רב-תחומית (עד פעמיים למקרה רפואי)	-

חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.

פוליסה לליווי רפואי וטיפולים אגב אירוע משמעותי כגון ניתוח, אשפוז או מחלה קשה

השירותים בפוליסה זו ניתנים באמצעות פמי פרמיום בע"מ,
מוקד השירות הוא: 03-5688588

1. כללי

- 1.1 המבוטח יהיה זכאי לשירותים הכלולים בפוליסה זו בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן, ובלבד שצוין במפורש במפרט הפוליסה, כי כיסוי זה קיים על שם המבוטח והינו בתוקף במועד קבלת השירותים בפועל.
- 1.2 **השירותים בפוליסה זו ניתנים על ידי הספק, שפרטיו מצויים בראש תנאי הפוליסה, שאינו החברה ובהתאם למפורט להלן.**
- 1.3 פוליסה זו מהווה "פוליסת בריאות נוספת" כהגדרתה בתנאים הכלליים לביטוח בריאות, והוראות התנאים הכלליים האמורים בה חלים עליה. ואולם, במקרה של סתירה בין הוראות התנאים הכלליים לבין פוליסה זו, יגברו הוראות פוליסה זו.
- 1.4 כל האמור בלשון יחיד, משמעו גם בלשון רבים. כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד, ולא תשמשנה לצורך פרשנות.

2. הגדרות

בנוסף להגדרות הכלולות בפוליסת הבריאות הבסיסית ובתנאים הכלליים לביטוח בריאות, אשר יחולו במלואן על הכיסוי הביטוחי בפוליסה זו, בפוליסה זו, יהיו למונחים להלן המשמעות האמורה שבצדם:

- 2.1 **"בית חולים" - מוסד רפואי העומד במלוא הדרישות להלן:**
- 2.1.1 מוסד רפואי שקיבל היתר ורישיון כדין במדינה שבה הוא פועל, שמספק שירותי רפואה 24 שעות ביממה, על ידי צוות רפואי הכולל רופאים, אחיות מוסמכות ורשומות;
- 2.1.2 יש ברשותו צוות של רופא אחד לפחות, הזמין בכל עת;
- 2.1.3 יש ברשותו ציוד המופעל על ידי צוות/ים רפואי/ים לאבחון ולביצוע טיפולים כירורגיים, וכן מצויד במתקני רנטגן וציוד להדמיה וחדר/י ניתוח.
- 2.2 **"דמי הביטוח" - הסכומים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה, כנקוב במפרט, בגין הזכאות לכיסויים בפוליסה זו.**
- 2.3 **"החברה" - איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ.**
- 2.4 **"המועד הקובע" - מועד כניסתה לתוקף של פוליסה זו עבור המבוטח, כמצוין במפרט.**
- 2.5 **הספק - פמי פרמיום בע"מ**
- 2.6 **"השירותים" - השירותים הכלולים במפורש בסעיף 5 להלן, שיינתנו למבוטח על פי הוראות הפוליסה.**
- 2.7 **"השתתפות עצמית" - החלק שעל המבוטח לשאת בעצמו בגין מקרה ביטוח על פי תנאי כתב השירות.**
- 2.8 **"יום עסקים" - ימים א'-ה' שאינם ימי חג, ערב חג או יום שבתון.**
- 2.9 **"מבוטח" - אדם אשר שמו נקוב במפרט כמי שזכאי לקבל שירותים על פי פוליסה זו.**
- 2.10 **"מוקד השירות" - מוקד טלפוני לטיפול בפניות המבוטחים לקבלת השירות ואשר באמצעותו יופנו המבוטחים לנותני השירות לשם קבלת השירותים.**
- מספר הטלפון של המוקד: 03-5688588** והוא ניתן לשינוי ו/או לעדכון בכל עת בכפוף לעדכון המבוטח מראש.

- 2.11 "מחלה קשה" – מחלה או פרוצדורה רפואית משמעותית שאובחנה או בוצעה במבטח, שנהוג לכסותם בביטוח מסוג מחלות קשות.**
- 2.12 "מפרט" –** דף פרטי הביטוח, שהינו מסמך המהווה חלק בלתי נפרד מפוליסת הביטוח ואשר בו מצוינים, בין היתר, פרטי המבטח, סכום דמי הביטוח, המועד הקובע ופרטים נוספים הנוגעים לכיסוי הביטוח.
- 2.13 "מערכת מקוונת" –** פלטפורמה ייחודית המאפשרת קבלת טיפול אינטראקטיבי תוך שמירה על רצף טיפולי ואפשרות לביצוע תרגולים עצמיים בכל זמן. בחירת המבטח לממש את השירות דרך המערכת המקוונת, תיחשב לקבלת שירות דרך "נותן שירות בהסכם", כהגדרתו בפוליסה זו.
- 2.14 "נותן שירות בהסכם" –** מטפל באחד או יותר מתחומי השירותים, אשר עבר הכשרה לעסוק בתחום הטיפול שבו הוא משמש כמטפל, המספק שירות מהשירותים המפורטים בפוליסה זו, ואשר הספק קשור עמו בהסכם תקף במועד פניית המבטח למוקד לצורך קבלת השירות.
- 2.15 "פוליסת הבריאות הבסיסית" –** כהגדרתה בתנאים הכלליים לביטוח בריאות.
- 2.16 "שנה או שנת ביטוח" –** תקופה של 21 חודשים קלנדריים רצופים, כאשר השנה הראשונה מתחילה במועד הקובע.
- 2.17 "רופא" –** מי שרשאי לעסוק ברפואה בישראל בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.
- 2.18 "רופא מומחה" –** רופא שהוסמך לעבוד בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, ושתחום מומחיותו רלוונטי למתן השירותים בפוליסה זו.
- 2.19 "רופא מומחה שבהסכם" –** רופא מומחה עימו התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים. ברשימת הרופאים המומחים שבהסכם כלולים רופאים מומחים שהנם מנהלי מחלקה וסגני מחלקה בבתי חולים בישראל.
- 2.20 "רופא מומחה אחר" –** רופא מומחה שאינו רופא מומחה שבהסכם.
- 2.21 "עובדת/סוציאלית" –** אדם אשר הוסמך ואושרה כדין לעסוק במתן שירותים כעובדת/סוציאלית על ידי השלטונות המוסמכים בישראל, שהספק קשור עמו בהסכם תקף במועד פניית המבטח אליו לצורך קבלת השירות.
- 2.22 "תקופת אכשרה" –** תקופה המתחילה לגבי כל מבטח במועד הקובע ונמשכת 90 יום. ובה המבטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי בגין מקרה ביטוח על פי תוכנית זאת. למען הסר ספק, מובהר, כי המבטח יחויב בתשלום דמי הביטוח בגין תקופת האכשרה. תקופת האכשרה תחול על כל מבטח פעם אחת בלבד כל עוד פוליסה זו הינה בתוקף, ותחל מחדש בכל פעם שבה יצורף המבטח לפוליסה זו מחדש, לתקופות שירות בלתי רצופות.

3. תנאי מהותי להתחייבות הספק:

- 3.1 בכל עניין הקשור בקבלת שירותים על פי פוליסה זו, על המבטח לפנות תחילה למוקד השירות ולפעול בהתאם להוראות המפורטות להלן.**
- 3.2 השירותים יינתנו על ידי נותני שירות שבהסכם בלבד והמבטח לא זכאי לשירותים אלו אצל נותני שירות שאינם בהסכם ו/או לשיפוי בגינם ו/או כל תשלום אחר על פי פוליסה זו.**

4. מקרה הביטוח

- 4.1 מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבטח שבשלו מתקיימת במבטח הזכאות לשירות כהגדרתה להלן:**
- 4.2 "הזכאות לשירות" –** הזכאות לשירות ליווי רפואי הינה בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 4.2.1 מצב שבו קיים אבחון על ידי רופא או חשד רפואי (חוות דעת) מתועד על ידי רופא של מצב רפואי כרוני ו/או מחלה קשה ו/או אירוע רפואי קשה, בין אם עקב מחלה או תאונה.
- 4.2.2 מצב רפואי לא מאובחן אשר תהליך הבירור והייעוץ הרפואי לגביו, במטרה להגיע לאבחנה רפואית החל לפחות 60 יום לפני הפנייה לספק לקבלת שירותים על פי פוליסה זו.
- על תהליך האבחון הרפואי לכלול ייעוץ אצל רופא מומחה בתחום ההתמחות הקשור למצבו הרפואי של המבוטח ולפחות בדיקה אחת רלוונטית מתוך הרשימה להלן: בדיקת הדמיה (כגון: CT, MRI וכיו"ב, **למעט צילום רנטגן רגיל בלבד**) ו/או בדיקות פולשניות ו/או בדיקת מעבדה מורכבות (לא כולל בדיקות דם, ובדיקות צואה ושתן שגרתיות) ו/או בדיקות עזר נוספות;
- 4.2.3 מצב רפואי מתועד על ידי רופא, אשר אחת הדרכים המקובלות לטיפול בו הינו באמצעות ניתוח בישראל או תחליף ניתוח.
- 4.2.4 מצב רפואי שבעקבותיו המבוטח אושפד באשפוז ביתי, לרבות במוסד סיעודי או שיקומי, או במקרה שהמבוטח אושפד באשפוז ביתי.
- 4.3 כל אחד מהמקרים המפורטים בסעיפים 4.2.1 - 4.2.4 לעיל יקרא להלן: **"המקרה הרפואי"**
- 4.4 **השירותים המפורטים בסעיף זה יינתנו לתקופה של עד 24 חודשים מיום תיעוד המקרה הרפואי ברשומות הספק ובתום תקופת אכשרה של 90 יום מהמועד הקובע.**
- 4.5 **במקרה של זכאות חוזרת לשירות בפוליסה זו, תימנה מחדש תקופת אכשרה של 90 יום שתחל בתום תקופת הזכאות של הבעיה הרפואית הקודמת.**

5. פירוט השירותים

לעניין סעיף זה, **"ליווי אישי רפואי"** או **"שירות ליווי רפואי"** משמעו כל אחד מהשירותים המנויים בסעיפים 5.1 עד 5.11 להלן:

- 5.1 **Case Manager - מנהל תיק אישי:**
- 5.1.1 המבוטח זכאי למינוי מנהל תיק אישי **טלפוני** אשר ילווה את המבוטח לאורך כל שלבי הטיפול במקרה הרפואי. תיאום מנהל תיק אישי יתבצע תוך יום עסקים אחד מיום פניית המבוטח למוקד השירות.
- 5.1.2 מנהל התיק האישי יספק ליווי ותמיכה, לרבות באמצעות תכלול המקרה הרפואי ותיאום מול גורמים רפואיים שונים מעורבים על פי תכנית ביטוח זו, בשלבי הטיפול השונים במבוטח.
- 5.1.3 השירות יינתן ללא מגבלת פניות.
- 5.1.4 מנהל תיק אישי יהיה עובד סוציאלי או אח/ות רפואי/ת.
- 5.1.5 אופן קבלת השירות יהא באמצעות שיחת ייעוץ מקוונת במקרים המאפשרים על-פי נסיבותיהם את מתן השירות או באמצעות שיחת טלפון בכפוף לבחירת המבוטח.

5.2 הכוונה על ידי עובד סוציאלי:

- 5.2.1 המבוטח זכאי לפגישה עם עובד סוציאלי לקבלת ייעוץ, הכוונה ומתן הסבר על תהליך הטיפול במצבו הרפואי של המבוטח כמפורט להלן.
- 5.2.2 המבוטח יפנה למנהל התיק האישי טלפונית, אשר יתאם עבורו פגישה, בפרק זמן של עד 3 ימי עסקים מיום פניית המבוטח.

- 5.2.3 בפגישה שתתקיים יבצע העובד הסוציאלי איסוף נתונים ראשוני הכולל התייחסות להיסטוריה הרפואית.
- 5.2.4 משך פגישת הייעוץ עם העובד הסוציאלי הינו עד שעתיים והיא תיערך בביתו של המבוטח או בבית החולים במהלך אשפוזו.

5.3 רופא מלווה אישי:

- 5.3.1 לבקשת המבוטח, ימנה הספק רופא מלווה אישי לטיפול במקרה הרפואי ואשר ילווה את המבוטח לאורך שלבי הטיפול במצב הרפואי.
- 5.3.2 השירות יינתן, באמצעות רופא אישי ברמת מנהל מחלקה/סגן מנהל מחלקה (להלן: "רופא אישי") אשר המקרה הרפואי הינו בתחום התמחותו.
- 5.3.3 במסגרת השירות זכאי המבוטח ל-עד 6 התייעצויות בגין המקרה הרפואי עם הרופא המלווה האישי. חלוקת הפגישות תעשה בסיוע מנהל התיק האישי, באופן שיאפשר מתן חו"ד ראשונית על המקרה, ולאחריה מעקב על התפתחות המקרה, והמלצות להמשך טיפול.
- 5.3.4 כל פגישה תכלול מתן ייעוץ, וחו"ד ראשונית מכווניה לטיפולים אפשריים עם המלצות והפניות לגורמים מטפלים שונים.
- 5.3.5 התיאום יבוצע ע"י מנהל התיק האישי באופן בו ההתייעצות תתבצע בפרק זמן של עד 3 ימי עסקים מיום קבלת פניית המבוטח למוקד השירות.
- 5.3.6 מובהר כי הייעוץ אינו כולל מתן חוות דעת לצרכי הליך משפטי צפוי או תלוי ועומד, ו/או ייעוץ שאינו קשור ישירות למקרה הרפואי.**
- 5.3.7 בעבור כל התייעצות עם רופא מלווה אישי ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך של 90 ₪.
- 5.3.8 מובהר כי דין התייעצות חוזרת כדון התייעצות כמפורט בסעיף 5.3.3 לעיל.
- 5.3.9 הייעוץ יכלול מתן מרשמים לתרופות במידת הצורך, אך הפוליסה אינה מכסה את עלות התרופה בפועל.
- 5.3.10 אופן קבלת השירות יהא באמצעות שיחת ייעוץ מקוונת במקרים המאפשרים על-פי נסיבותיהם את מתן השירות באופן זה או באמצעות פגישה פרונטאלית, לבחירת המבוטח.

5.4 השגחה רפואית:

- 5.4.1 המבוטח יהיה זכאי להשגחה רפואית בתהליכי ההחלמה השונים על ידי אח/ות רפואי/ת, במקרה ביטוח המערב אשפוז בבית חולים ו/או אשפוז בית על פי הוראת רופא.
- 5.4.2 הזכאות הינה עד 25 שעות במצטבר בגין כל מקרה רפואי.
- 5.4.3 ניצול שעות הליווי נתון לשיקול דעתו של המבוטח, בכפוף לתאום מוקדם מול מוקד השירות בפרק זמן של עד 3 ימי עסקים מיום פניית המבוטח למוקד.

5.5 מפגשי טיפול עם רופא מומחה שבהסכם המתמחה ברפואת כאב:

- 5.5.1 המבוטח יהא זכאי לעד 6 מפגשי טיפול בכאב בגין מקרה ביטוח עם רופאים מומחים שבהסכם בתחום רפואת הכאב (להלן: "רופא כאב") לגבי כאבים הנובעים מאותו מקרה רפואי, לצורך מתן טיפול והכוונה להקלת כאב, מעקב על התפתחות המקרה, והמלצות להמשך טיפול לאורך תקופת המקרה הרפואי.
- 5.5.2 תיאום הפגישות יעשה בסיוע מנהל התיק האישי באופן שבו הטיפול הראשון יתבצע בפרק זמן של עד 5 ימי עסקים מיום קבלת פניית המבוטח במוקד

השירות.

5.5.3 בעבור כל מפגש ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך של 90 ₪.

5.5.4 **השירות יינתן בקליניקה של נותן השירות בלבד.**

5.6 טיפול בפדיותרפיה והידרותרפיה:

5.6.1 המבוטח זכאי לעד 8 מפגשי טיפול של פדיותרפיה ו/או הידרותרפיה (דהיינו המבוטח זכאי ל-8 טיפולים סך הכל למקרה ביטוח, בגין אחד מהשירותים בלבד או בעבור שני השירותים יחד).

5.6.2 בעבור כל מפגש ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך של 40 ₪.

5.6.3 תיאום הפגישות יעשה בסיוע מנהל התיק האישי באופן שבו הטיפול הראשון יתבצע תוך 3 ימי עסקים מיום פניית המבוטח למוקד השירות.

5.6.4 **השירות יינתן בקליניקה של נותן השירות בלבד.**

5.7 טיפול באמצעות קלינאי תקשורת:

5.7.1 המבוטח זכאי לעד 8 מפגשי טיפול של קלינאי תקשורת.

5.7.2 בעבור כל מפגש ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך של 40 ₪.

5.7.3 תיאום הפגישות יעשה בסיוע מנהל התיק האישי באופן שבו הטיפול הראשון יתבצע תוך 3 ימי עסקים מיום פניית המבוטח למוקד השירות.

5.7.4 **השירות יינתן בקליניקה של נותן השירות בלבד.**

5.8 מפגשי טיפול עם פסיכותרפיסט:

5.8.1 המבוטח זכאי לקבלת סדרה בת עד 9 מפגשים עם פסיכותרפיסט.

5.8.2 בעבור כל מפגש ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך של 90 ₪.

5.8.3 תיאום הפגישות יעשה בסיוע מנהל התיק האישי באופן שבו הטיפול הראשון יתבצע תוך 3 ימי עסקים מיום פניית המבוטח למוקד השירות.

5.8.4 **השירות יינתן בקליניקה של נותן השירות או באמצעות מערכת מקוונת.**

5.9 טיפול בריפוי בעיסוק:

5.9.1 המבוטח זכאי לקבלת עד 6 מפגשי טיפול עם מרפא בעיסוק הכוללים הקניית כלים לשיפור בריאותו הפיזית והנפשית של המבוטח.

5.9.2 בעבור כל מפגש ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך של 40 ₪.

5.9.3 תיאום הפגישות יעשה בסיוע מנהל התיק האישי באופן שבו הטיפול הראשון יתבצע תוך 3 ימי עסקים מיום פניית המבוטח למוקד השירות.

5.9.4 **השירות יינתן בקליניקה של נותן השירות בלבד.**

5.10 סיוע בשינוע עזרים רפואיים:

5.10.1 המבוטח יהיה זכאי לסיוע בשינוע עזרים רפואיים כגון: כיסא גלגלים, קב"ים, מכשירי אינהלציה, מכשירי חמצן וכדומה, אותם רכש בעצמו ו/או השכיר מכל גוף ו/או מוסד כלשהוא והכל בכפוף למפורט להלן:

5.10.2 הזכאות לשינוע האביזר הרפואי כאמור לעיל הינה עד 3 פעמים למקרה ביטוח.

5.01.3 לצורך קבלת השירות יעביר המבוטח בדוא"ל לכתובת Tviot@Femi.com את טופס ההזמנה של הציוד הרפואי אותו נידרש לשנע ממקום למקום או יפנה בטלפון למוקד השירות.

- 5.10.4 נציג השירות יתאם את המועד המדויק בו יגיע ספק השירות עם הצויד שהוזמן לביתו של המבוטח. השינוע יתבצע תוך פרק זמן של 2 ימי עסקים מקבלת פניית המבוטח.
- 5.10.5 השירות כרוך בתשלום השתתפות עצמית בסך של 40 ₪ לכל משלוח.
- 5.10.6 **מובהר למען הסר ספק, כי השירות אינו כולל את עלות רכישת או שכירת הצויד הרפואי אותו צריך לשנע.**
- 5.10.7 **השירות אינו כולל שינוע אבזור רפואי המצריך שימוש במנוף הרמה.**

5.11 התייעצות רפואית רב-תחומית:

- במסגרת השירות ועפ"י מצבו הרפואי של המבוטח תתקיים התייעצות רב-תחומית לבחינת המקרה והגשת המלצותיה למבוטח והכל בכפוף למפורט להלן:
- 5.11.1 צוות היועצים יכלול צוות רפואי המתמחה בתחום הרפואי הנוגע למקרה הרפואי, אשר יכלול עד 5 מומחים בתחומם ובכללם את הרופא האישי, ידון וינתח לעומק את פרטי המקרה הרפואי, ויקיים דיון בהליך הטיפול הרפואי הניתן למבוטח ובהמלצות להמשך טיפול בו.
- 5.11.2 הזכאות להתייעצות רב-תחומית בעניינו של המבוטח כאמור, הינה עד פעמיים למקרה רפואי.
- 5.11.4 ההתייעצות הרב תחומית תתקיים תוך 3 ימי עסקים מיום פניית המבוטח למוקד השירות.
- 5.11.5 השירות ניתן ללא תשלום דמי השתתפות עצמית.

6. חריגים:

- המבוטח לא יזכא לקבלת השירותים אם מקרה הביטוח הינו תוצאה ישירה ו/או עקיפה מ:**
- 6.1 **מקרה ביטוח 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 ישר ו/או עקיף במטרת אסתטיקה, קוסמטיקה ובכלל זה טיפול בהשמנת יתר 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. מובהר כי חריג זה לא יחול בגין ניתוח שיחזור שד לאחר כריתת שד.**
- 6.3 **מקרה ביטוח מתחום רפואת שיניים פה ולסת.**

7. אופן קבלת השירותים:

- 7.1 לצורך קבלת השירותים בפוליסה זאת, יפנה המבוטח למוקד השירות בטלפון 03-5688588 יזדהה בשמו, ימסור מספר טלפון שבו ניתן להשיגו ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי שבגינו המבוטח נזקק לשירות, ככל שיתבקש. בכלל זה יעביר המבוטח למוקד השירות, את ההפניה בכתב מהרופא לקבלת השירות בשל המקרה הרפואי.
- 7.2 עבור שירותים אש/ר ניתנים בקליניקה של נותן השירות, המבוטח יזכא לבחור את נותן השירות שבהסכם שממנו יקבל את השירות מתוך רשימת נותני שירות שבהסכם, כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו לספק. באמצעות אתר האינטרנט של הספק בכתובת www.femi.com או בפנייה טלפונית למוקד השירות של הספק. מוקד השירות יזכא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד תום שעתיים לאחר שעת סיום צום יום הכיפורים. הספק רשאי לשנות את מספר הטלפון של מוקד השירות, בתיאום ובאישור החברה, ובלבד שימסור על כך הודעה מראש בכתב למבוטח.
- 7.4 לשם מתן השירות ימסור המבוטח לספק ו/או למוקד השירות ו/או לנותן שירות,

לפי העניין, את מלוא המידע הרפואי הידוע לו הרלבנטי, כפי שיידרש על ידי הספק ו/או מוקד השירות ו/או נותן השירות, לפי העניין.

7.5 השירותים יינתנו בשטחי מדינת ישראל בלבד או השטחים המוחזקים אשר נמצאים בשליטת ישראל.

7.6 השירותים על-פי הכיסוי יינתנו על ידי הספק ו/או מי מטעמו בשעות הפעילות הרגילות ובהתאם ללוח העבודה של נותן השירות שבהסכם.

7.7 במקרה שבו המבוטח מעוניין לבטל את פנייתו לקבלת שירותים מהספק על ידי נותן שירות בהסכם, עליו להודיע על כך למוקד השירות של הספק לפחות 12 שעות לפני מועד כל שירות הקבוע למבוטח. מובהר, כי אי הודעת המבוטח על ביטול כאמור, תיחשב כאילו ניתן השירות למבוטח לכל דבר ועניין, לרבות לענין ההשתתפות העצמית ולענין מכסת הטיפולים העומדת למבוטח.

8. אחריות והתחייבות החברה:

החברה מתחייבת בזאת כלפי המבוטח, כדלקמן:

8.1 החברה הינה האחראית לטיב השירות הניתן במסגרת פוליסה זו.

8.2 הספק בפוליסה זו הינו בעל הידע, הניסיון, המיומנות המקצועית, הכישורים, המשאבים, האמצעים, כוח האדם, הציוד והחומרים, הנדרשים לביצוע התחייבויותיו וכן הכיסוי הניתן יוענק על-ידי גורמי מקצוע מתאימים, מיומנים ורלוונטיים לסוג השירות;

8.3 הספק יבצע את מלוא התחייבויותיו על פי פוליסה זו, תוך קיום תתקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המבוטחים;

8.4 השירותים יינתנו בפריסה גאוגרפית נאותה במקרים בהם נדרשת נגישות לשירות.

8.5 הספק יבחן מעת לעת, את רמת השירות של נותני השירות שבהסכם ויסייע, ככל שניתן, בטיפול בכל מחלוקת שתתעורר בין המבוטחים לבין נותני השירות שבהסכם בקשר לשירותים המפורטים בפוליסה זו.

8.6 מובהר כי החברה איננה המעסיקה של הספק, והחברה והספק אינם המעסיקים של נותני השירות.

8.7 החברה ו/או הספק אינם אחראים לספק את השירותים לפי פוליסה זו במקרה של פגיעה בפעילות הספק או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת החברה ו/או הספק.

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

9. תוקפה של פוליסה זו:

9.1 פוליסה זו תיכנס לתוקף החל מהמועד הקובע.

9.2 תוקפה של פוליסה זו יפוג מאליה בתאריך המוקדם מבין אלו:

9.2.1 מועד ביטול הפוליסה

9.2.2 בכל מקרה שבו זכאית החברה לבטל את הביטוח על פי הפוליסה בהתאם להוראות כל דין, לרבות בגין אי-תשלום דמי הביטוח

9.2.3 במקרה של ביטול פוליסת הבריאות הבסיסית או פקיעתה מכל סיבה שהיא, לרבות בשל תום תקופת הביטוח, אלא אם קיימת למבוטח פוליסת ביטוח בריאות בסיסית בחברה אחרת, והכל בכפוף להוראות כל דין.

9.2.4 במקרה של סיום ההתקשרות של החברה עם הספק, ובמידה והחברה לא הגיעה להסדר עם ספק חלופי, רשאית החברה לבטל את הכיסוי, בכפוף

לאישור הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון ובהודעה מראש של 30 יום למבוטח.

9.3 ביטול פוליסה זו יכנס לתוקף באופן מיידי מרגע הודעת הביטול. במקרה כאמור, המבוטח יהיה זכאי להחזר כספי יחסי ממחיר הכיסוי ששילם.

9.4 להסרת כל ספק יובהר, כי במועד ביטול ו/או סיום תוקפה של פוליסה זו, תסתיים זכאותו של המבוטח לקבלת השירותים על פי הפוליסה. יובהר כי אם פנה המבוטח לקבלת שירותים טרם מועד פקיעתה של פוליסה זו, יהיה זכאי המבוטח להמשיך לקבל את השירות הספציפי שלגביו בוצעה הפנייה.

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

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

המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המבוטח נמצא בשירות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

11. דמי ביטוח:

11.1 דמי הביטוח נקובים במפרט הפוליסה.

11.2 המבוטח ישלם לחברה את דמי הביטוח מראש, במועדים ובאחת מדרכי התשלום שמציעה החברה. למען הסר ספק, דמי ביטוח ישולמו החל מהמועד הקובע.

11.3 לא שולמו דמי הביטוח או חלק מהם במועד, תפעל החברה כמפורט בפרק ב' לתנאים הכללים לביטוח בריאות.

12. שונות:

12.1 כל הסכומים הנקובים בפוליסה זו כוללים מע"מ כחוק. באם יחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.

12.2 המבוטח מתחייב להודיע על כל שינוי בכתובתו, ולא תישמע הטענה כי הודעה כלשהיא לא הגיעה למענו, אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שעודכנה בחברה.

13. מקום השיפוט וברירת הדין:

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

כל השירותים זמינים עבורך בכל עת
באזור האישי שלך aig.co.il



הפרופיל שלי | המסמכים שלי | הוספת נהג צעיר | רכישה ויידוש ONLINE | AIG SAFE DRIVE | טיוע בזמן תאונה

איי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ, הסיבים 25, קריית מטלון, ת.ד. 535 פתח-תקווה 4910001
שירות תביעות וחידושים טל': 03-9272300 | שירות וחידושים מייל: service@aig.co.il
תביעות מייל: claims@aig.co.il מכירות טל': 1-800-400-400