



AIG MEDICAL
ביטוח בריאות משלים שב"ן

כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים ולטכנולוגיות רפואיות לבעלי ביטוח משלים - שב"ן

תוכן העניינים

AIG SURGERY

AIG SURGERY - גילוי נאות -

עמ' 2-6	1 - הגדרות כלליות לכל פרקי הפוליסה
עמ' 7-9	2 - ניתוחים בישראל או בחו"ל
עמ' 9-12	3 - פיצוי או שיפוי בגין שירותים רפואיים נלווים לניתוח
עמ' 12-13	4 - כיסוי הוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות בישראל בעת ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח
עמ' 14-15	5 - סייגים כלליים לחבות המבטח
עמ' 15-16	6 - תנאים כלליים לפוליסה
עמ' 16-17	7 - דמי ביטוח
עמ' 17	8 - שינוי דמי ביטוח ותנאי הביטוח
עמ' 17	9 - תקופת אכשרה
עמ' 17-18	10 - תביעות
עמ' 18	11 - ביטול הפוליסה
עמ' 18-19	12 - תנאי הצמדה למדד
עמ' 19	13 - מסים והיטלים
עמ' 19	14 - חוק חוזה הביטוח
עמ' 19	15 - שיפוט
עמ' 19	16 - התיישנות
עמ' 19	17 - הודעות
עמ' 19	18 - הוראות בנוגע לחיילים המשרתים בצה"ל
עמ' 20-28	19 - הרחבה לברות ביטוח

פיצוי להשתלות

תרופות מיוחדות

כיסוי אמבולטורי

גילוי נאות בפוליסת - **AIG SURGERY** כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטכנולוגיות רפואיות לבעלי כיסוי משלים שב"ן

חלק א'		
נושא	סעיף	תנאים
כללי	שם הפוליסה	AIG SURGERY - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטכנולוגיות רפואיות לבעלי ביטוח משלים-שב"ן
	כיסויים בפוליסה	התייעצות לפני ניתוח; התייעצות נוספת לפני ניתוח פרטי; ניתוח אלקטיבי; חיוב בתשלום השתתפות עצמית בגין ניתוח בבי"ח פרטי בישראל המבוצע ע"י הופא בהסכם עם השב"ן; עלויות אשפוז; תחליף ניתוח; הדבקות ב- AIDS במהלך ניתוח; הדבקות בצהבת (הפטיטיס) B או C במהלך ניתוח; מוות כתוצאה ישירה מניתוח; אבדן כושר עבודה כתוצאה מסיבוכי ניתוח; השגחה שיקום והחלמה לאחר ניתוח קשה; כיסוי הוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות אגב ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח.
	משך תקופת הביטוח	למבוגר - החל ממועד תחילת תקופת הביטוח כמצויין במפרט הפוליסה ולמשך כל החיים. לשאר (ילד של המבוטח עד גיל 18) - החל ממועד תחילת תקופת הביטוח כמצויין במפרט הפוליסה ועד המועד בו יחדל להיות שאר כאמור. לשאר זכות להמשיך את הביטוח ברצף זכויות בהתאם להוראות סעיפים 6.1.1-6.1.3 בפוליסה.
	תנאים לחידוש אוטומטי	אין.
	תקופת אכשרה	90 יום, למעט תאונה.
	תקופת המתנה	60 יום במקרה של אבדן כושר עבודה כתוצאה מסיבוכי ניתוח.
	השתתפות עצמית	אין.
שינוי תנאים	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	כעבור 60 יום מהיום בו הודיע המבטח לבעל הפוליסה או למבוטח בכתב על השינוי ובתנאי שהממונה על שוק ההון, הביטוח והחיסכון אישר את השינוי.

נושא	סעיף	תנאים
דמי הביטוח	גובה דמי הביטוח	ע"פ המצוין במפרט המצורף. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כמפורט בפוליסה. דמי הביטוח בגין פוליסה זאת נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות מהשב"ן).
	מבנה דמי הביטוח	דמי הביטוח על פי פוליסה זו יקבעו בהתאם לגיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח. דמי הביטוח ישתנו בהתאם לטבלת דמי הביטוח המצורפת לפוליסה זו ומגיל 75 יהיו קבועים. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כמפורט בפוליסה.
	שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	כעבור 60 יום מהיום בו הודיע המבטח לבעל הפוליסה או למבוטח בכתב על השינוי ובתנאי שהממונה על שוק ההון, הביטוח והחיסכון אישר את השינוי.
תנאי ביטול	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	רשאי לבטל בכל עת, ע"פ המצוין בסעיף 11.2 לפרק ו' בפוליסה.
	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	המבטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל אחד מן המקרים הבאים: א. המבוטח ו/או בעל הפוליסה ו/או המשלם אינו/ים משלם/ים או לא שילמו דמי ביטוח. ב. המבוטח העלים מהמבטח עובדה מהותית, כקבוע בחוק חוזה הביטוח, תשמ"א-1981 ("חוק הביטוח"). ג. בהתאם להוראות חוק הביטוח.
חריגים	החרגה בגין מצב רפואי קיים	כן, כמפורט בסעיף 5.1 לפרק ה' בפוליסה. בנוסף - חריגים ספציפיים יופיעו במפרט.
	סייגים לחבות המבטח	הסייגים מפורטים, בין היתר, בסעיף 2.4 לפרק ב', בסעיף 4.4 לפרק ד' ובפרק ה' לפוליסה (סייגים כלליים).
מבוטחים שרכשו הרחבה לברות ביטוח		בעת סיום החברות בתכנית שב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת החולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים. המבוטח זכאי לממש את ברות הביטוח עד תום התקופה האמורה לעיל ופעם אחת בלבד.
הכיסוי הביטוחי ואופן מימושו ע"פ הפוליסה		הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים , אשר על פיו ישולמו תגמולי הביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

חלק ב'						
פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמול מביטוח אחר	ניתוח
עלות שכר כוללת של רופא מנתח ורופא מרדים פרטיים בניתוח אלקטיבי* בבי"ח פרטי בישראל ו/או בחו"ל	תגמולי ביטוח בשיעור של עד 100% מתגמולי הביטוח כמופיע במחירון AIG** Surgery בקיזוז הסכום לו זכאי המבוטח בגין הניתוח כעלות שכר כוללת של רופא מנתח ורופא מרדים פרטיים מקופ"ח או מהשב"ן. בהעדר השתתפות קופת החולים ו/או השב"ן יכוסה הניתוח כולו על ידי המבטח עד לגובה מחירון AIG** Surgery בגין עלות שכר כוללת של רופא מנתח ומרדים פרטיים בגין אותו ניתוח.	שיפוי	לא	ביטוח משלים	כן	
ניתוח אלקטיבי* בבי"ח ציבורי בישראל/ בבי"ח פרטי בישראל/ בחו"ל במימון מלא של השב"ן	פיצוי בשיעור של 30% מהסכום הקבוע במחירון AIG Surgery** . בקיזוז סכום ההחזר המרבי הקבוע בתוכנית השב"ן בה חבר המבוטח בהעדר יכולת לקבל את המידע אודות סכום ההחזר המרבי הקבוע בתוכנית השב"ן בה חבר המבוטח כאמור לעיל, הפיצוי יהא בשיעור של 10% מהסכום הקבוע בגין אותו ניתוח במחירון AIG Surgery .	פיצוי	לא	ביטוח מוסף	לא	
חיוב בתשלום השתתפות עצמית בגין ניתוח* בבי"ח פרטי בישראל המבוצע ע"י רופא מנתח ו/או רופא מרדים אשר הינם בהסכם עם השב"ן	החזר הוצאות מלא בגין סכום השתתפות זה עבור הניתוח.	שיפוי	לא	ביטוח משלים	כן	
עלויות אשפוז	כיסוי עלויות האשפוז בבית חולים בחדר של 2 מיטות לפחות, בעת ביצוע הניתוח* ולתקופה שלא תעלה על 30 ימים, והוצאות חדר ניתוח ותרופות במהלך אשפוז, במקרה בו עלויות והוצאות אלו אינן מכוסות ע"י קופ"ח או השב"ן	שיפוי	לא	ביטוח משלים	כן	
תחליף ניתוח*	תגמולי ביטוח בגובה שלא יעלה על סכום תגמולי הביטוח לו היה המבוטח זכאי בגין ניתוח אלקטיבי, כקבוע במחירון AIG** Surgery. ועד 150,000 ₪ לתקופת ביטוח.	שיפוי	לא	ביטוח משלים	לא	
הדבקות ב- AIDS במהלך ניתוח*	פיצוי חד פעמי בסך 471,000 ₪	פיצוי	לא	ביטוח מוסף	לא	

פירוט הכיסיים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיצוז תגמול מביטוח אחר
הדבקות בצהבת (הפטיטיס) B או C במהלך ניתוח*	פיצוי חד פעמי בסך 63,000 ₪	פיצוי	לא	ביטוח מוסף	לא
מוות כתוצאה ישירה מניתוח*	פיצוי חד פעמי בסך 89,000 ₪	פיצוי	לא	ביטוח מוסף	לא
השגחה לאחר ניתוח קשה**	החזר הוצאות טיפול ע"י אחות או מטפלות/ת בסכום שלא יעלה על 188 ₪ ליום ולמשך תקופה שלא תעלה על 30 ימים.	שיפוי	לא	ביטוח מוסף	לא
פיזיותרפיה שיקומית לאחר ניתוח קשה**	החזר הוצאות עד סך של 188 ₪ ליום למשך תקופה שלא תעלה על 60 ימים	שיפוי	לא	ביטוח מוסף	לא
החלמה לאחר ניתוח קשה**	תשלום עבור הוצאות החלמה במסד החלמה או בבית מלון, שהוציא המבטח בפועל בסכום שאינו עולה על סך של 736 ₪ ליום החלמה ולמשך תקופה שלא תעלה על 14 ימים רצופים	שיפוי	לא	ביטוח מוסף	לא
התייעצות לפני ניתוח*	כיסוי הוצאות התייעצות מוקדמת אחת (לפני ניתוח) עם רופא מנתח בגובה עלות התייעצות דומה במחירון שר"פ הדסה י-ם**.	שיפוי	לא	ביטוח משלים	לא
התייעצות נוספת לפני ניתוח פרטי*	כיסוי הוצאות קבלת חוות דעת שנייה מרופא מומחה נוסף עד לגובה 150% מגובה עלות התייעצות עם רופא מומחה במחירון שר"פ הדסה י-ם.	שיפוי	לא	ביטוח משלים	לא
כיסוי הוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות*** אגב ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בישראל	כיסוי הוצאות עד לתקרת סכומי השיפוי של עלות השימוש בטכנולוגיות רפואיות במהלך ניתוח ו/או תחליף ניתוח אשר בוצעו בישראל.	שיפוי	לא	ביטוח משלים	כן
אובדן כושר עבודה					
<p>כיסוי כמפורט בסעיף 3.4 בפרק ג' לפוליסה למקרה של אבדן מוחלט של כושר עבודה כהגדרתו בפוליסה, הנגרם למבוטח כתוצאה ישירה ובלעדית מסיבוכי הניתוח בלבד ולא בגין המצב הרפואי ו/או טיפולים הקשורים בו, אשר נמשך למעלה מ- 60 ימים ובתנאי שהמבוטח מעל גיל 21 ומתחת לגיל 65 ושהיה כשיר לעבוד עבודה מלאה עובר ליום ביצוע הניתוח ו/או 6 חודשים בטרם בוצע הניתוח.</p>					<p>אבדן כושר עבודה כתוצאה מסיבוכי ניתוח*</p>

הגדרות

1. **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).
2. **ביטוח משלים** - ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיסי ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין הוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיסי ו/או השב"ן.
3. **ביטוח מוסף** - ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיסי ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.

הסכומים המפורסמים בספר הפוליסה הם לפני מדד יוני 2010, 499.1779 נק'.

*** הכיסוי הינו לכל הניתוחים למעט האמור בסעיף החריגים בפרק ב' לפוליסה.**

**** המחירון מפורסם באתר האינטרנט של AIG שכתובתו: www.aig.co.il**

***** בכפוף להוראות סעיף 3.5 בפרק ב' לפוליסה.**

****** הכיסוי הינו לכל הטכנולוגיות הרפואיות למעט האמור בסעיף הסייגים בפרק ד' לפוליסה.**

מודגש בזאת כי הכיסוי ביחס לשתל המופיע בפרק ד' בפוליסה, הינו בכפוף להוראות חוק השתלת איברים, תשס"ח-2008 ("החוק"), הקובע כי על נטילת האבר והשתלת האיבר להיעשות על פי הדין החל באותה מדינה; וכי אין לחרוג מהוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

מודגש בזאת כי המבטח יהא אחראי אך ורק על-פי תנאי הביטוח המלאים המפורטים בפוליסה, על נספחיה. בכל מקרה של סתירה בין הוראות הגילוי הנאות לבין פוליסת הביטוח, יגברו ויחייבו תנאי הפוליסה לכל דבר ועניין.

AIG SURGERY

כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים ולטכנולוגיות רפואיות לבעלי ביטוח משלים - שב"ן

מבוא

בהסתמך על ההצהרות הכלולות במפרט ובטופס אימות הנתונים, ובהתאם להוראות פוליסה זאת, מסכים המבטח לבטח את המבוטח בגין מקרה הביטוח כהגדרתו בפוליסה זאת, אשר ארע במהלך תקופת הביטוח והכול על פי התנאים הקבועים בפוליסה. אחריות המבטח על פי פוליסה זאת מוגבלת לכיסויים ולסכומים המצוינים במפרט.

1. פרק א' - הגדרות כלליות לכל פרקי הפוליסה

- 1.1 בית חולים** - מוסד רפואי בישראל או בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים אשר ברישיונו היתר לבצע ניתוח או פעולה רפואית או פעולה אחרת כנדרש על פי הענין, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה), בית חולים למחלות נפש או מוסד שיקומי.
- 1.2 בית חולים ציבורי** - מוסד רפואי בישראל או בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות והמאושר לפעול כבית חולים לאישפוז כללי, שהינו בבעלות ממשלתית ו/או רשות מקומית ו/או בבעלות קופת חולים למעט, בית חולים פרטי הנמצא בבעלות קופת חולים. **1.3 בית חולים פרטי** - בית חולים כמוגדר לעיל, שאינו בית חולים ציבורי כמוגדר לעיל. כמו כן יחשב כבית חולים פרטי גם בית חולים ציבורי, אשר במסגרתו ניתן שירות רפואי פרטי (שר"פ) ו/או שירות רפואי נוסף (שר"ן), כולל בית חולים ציבורי בבעלות המדינה או קופ"ח או כל גוף ציבורי אחר אשר מבצע פעילות רפואית פרטית במסגרת מוסדרת.
- 1.4 בעל הפוליסה** - האדם ששמו מצוין במפרט כבעל הפוליסה, ואם לא מצוין שם - המבוטח. **1.5 גיל המבוטח** - גיל המבוטח ביום הצטרפותו כמצוין במפרט לפי העניין.
- 1.6 דמי הביטוח** - הפרמיה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטח בתמורה למתן הכיסוי הביטוחי, על-פי תנאי הפוליסה וכמצוין במפרט.
- 1.7 המבוטח** - האדם המבוטח על פי פוליסה זאת, ואשר שמו מצוין במפרט. **1.8 המבטח** - איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ. **1.9 הפוליסה** - חוזה ביטוח זה, לרבות המפרט, הצהרת הבריאות של המועמד לביטוח, טופס אימות נתונים וכל פרק ותוספת או נספח המצורפים לו. **1.10 השתלה** - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח במקומם, או השתלה של מח עצמות או תאי אב אחרים, שנלקחו מתורם אחר או מגופו של המבוטח, בגוף המבוטח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, או איבר מלאכותי אחר בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כנסינית בישראל. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

- 1.11 טיפול נסיוני** - כל טיפול הדורש אישור וועדת הלסינקי.
- 1.12 חו"ל** - כל מקום מחוץ לגבולות מדינת ישראל, אך למעט מדינות אויב (כפי שייקבעו מעת לעת על-פי הדין) ומבלי לגרוע מן האמור כל אחת מהמדינות ו/או מהשטחים הבאים: קובה, הרפובליקה הדמוקרטית של קונגו, אפגניסטן, עיראק, ליבריה, סודאן, שטחים בניהול ו/או בשליטת הרשות הפלסטינית.
- 1.13 חוק הביטוח** - חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.
- 1.14 חוק הבריאות** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- 1.15 קופת חולים** - כהגדרתה בחוק הבריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת הפוליסה, קופות החולים אשר הוכרו על ידי שר הבריאות ובכלל זה, שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.16 שירותי בריאות נוספים (שב"ן)** - תוכנית אשר אושרה על-ידי שר הבריאות למתן שירותי בריאות נוספים מעבר לשירותי הבריאות הכלולים בסל השירותים והתשלומים של קופת החולים שניתנת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח או על-ידי חברת בת בשליטתה המלאה של קופת החולים.
- 1.17 מדד** - מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי שיבוא במקומו.
- 1.18 מדד הבסיס** - המדד שפורסם במועד תחילת הביטוח ביחס לדמי הביטוח; והמדד שפורסם במועד שבו צריכים להשתלם תגמולי הביטוח על-פי תנאי פוליסה זאת ביחס לתגמולי הביטוח.
- 1.19 מועד תחילת הביטוח** - המועד הרשום במפרט כתאריך תחילת הביטוח.
- 1.20 מקרה הביטוח** - אירוע כהגדרתו בפרקי הפוליסה, המקנה זכאות לתגמולי ביטוח ו/או לתשלומים מהמבטח בכפוף לתנאים ולסייגים הספציפיים בכל פרק ולתנאים ולסייגים הכלליים בפוליסה.
- 1.21 מחירון - AIG Surgery** - עלות שכר כוללת של רופא מנתח ורופא מרדים פרטיים בגין ביצוע כל ניתוח, כמופיע ברשימת הניתוחים הפרטיים של **AIG Surgery**, כפי שיעודכן מעת לעת, המתפרסמת באתר המבטח: www.aig.co.il, והמהווה חלק בלתי נפרד מפוליסה זאת.
- 1.22 מפרט** - נספח שמצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, וכולל את מספר הפוליסה, פרטים אישיים של בעל הפוליסה, המבוטח/ים, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח, דמי הביטוח וכיו"ב.
- 1.23 ניתוח** - פעולה פולשנית – חדירתית (**Procedure Invasive**) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צינתור, אנגיוגרפיה, וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.24 ישראל** - מדינת ישראל לרבות השטחים ביהודה ושומרון שבשליטתה.
- 1.25 רופא** - רופא בעל רישיון כדין בתוקף, העוסק ברפואה קובנבנציונאלית על פי חוקי המדינה שבה הוא עובד.
- 1.26 רופא מומחה** - רופא אשר הוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחום הרפואי הרלוונטי ושמך כולל ברשימת המומחים על פי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), תשל"ג - 1973.
- 1.27 רופא מנתח** - רופא שהוסמך כדין על-ידי הגורמים המוסמכים כרופא מנתח.
- 1.28 רופא מרדים** - רופא שהוסמך כדין על-ידי הגורמים המוסמכים כרופא מרדים.
- 1.29 שאר** - ילד של המבוטח עד גיל 18 שנים.

1.30 תאונה - חבלה גופנית שנגרמה למבוטח, עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע אלימות פתאומי, חד-פעמי בלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על-ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה, הישירה והמיידית למקרה הביטוח.

למען הסר ספק, מובהר כי אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או התקף לב ו/או אירוע מוחי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה לא ייחשבו כתאונה, לפי פוליסה זאת.

1.31 תגמולי הביטוח - הסכומים המצויינים במפרט ו/או במחירון **AIG Surgery** ו/או בפוליסה והמגיעים למבוטח, לאחר קרות מקרה הביטוח, בכפוף לתנאים ולסייגים של הפוליסה ובמגבלות התקרות המצויינות במפרט.

1.32 תקופת אכשרה - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח ממועד תחילת הביטוח ותסתיים בתום התקופה שצויינה בכל פרק, במידה וקיימת תקופה כנ"ל. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורך המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. **מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת תקופת הביטוח.**

1.33 תקופת הביטוח - התקופה אשר תחילתה במועד תחילת הביטוח ולמשך כל חיי המבוטח כמצוין במפרט, אלא אם כן בוטלה הפוליסה או הגיעה לידי סיום קודם לכן כקבוע בתנאי הפוליסה.

1.34 תחליף ניתוח - טיפול רפואי לרבות באמצעות מכשיר רפואי שקיבל אישור על ידי הרשות המוסמכת לכך בישראל, המבוצע בישראל בבית חולים ציבורי או בבית חולים פרטי או במרפאה (כהגדרתה בפרק ב') או כמכון רפואי (כהגדרתו בפרק ב') על ידי רופא מומחה שמטרתו לטפל בבעיה רפואית מוגדרת ומתועדת במסמכים רפואיים, להשגת מטרה דומה לזו שהייתה מושגת באמצעות ניתוח אלקטיבי (כהגדרתו בפרק ב').

2. פרק ב' - ניתוחים בישראל או בחו"ל

הכיסוי הביטוחי על-פי פרק זה מהווה כיסוי משלים לכיסוי הוצאות ניתוח והוצאות נלוות מעבר לזכאות המבוטח על פי חוק הבריאות או השב"ן בקופת החולים בה הינו חבר, בהתאם לתנאים המפורטים להלן בפרק זה.

2.1 הגדרות לצורכי פרק הניתוחים

הגדרות אלו הינן בנוסף להגדרות הכלליות המפורטות בפרק א', אשר גם הן יחולו על פרק זה. במקרה של סתירה בין הגדרה המופיעה בפרק א' לפוליסה להגדרה המופיעה בפרק זה, אזי לצורכי פרק זה בלבד, תגבר ההגדרה כנוסחה בפרק זה.

2.1.1 אשפוז - שהותו של המבוטח בבית חולים על-פי הוראה מפורשת של רופא מומחה, להוציא שהייה בחדר מיון לצורך ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי פוליסה זאת. יובהר כי שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום) תחשב כאשפוז לכל דבר.

2.1.2 מכון רפואי/מרפאה - מוסד רפואי המוכר על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל, ואשר מבוצעים בו, בין השאר, תחליפי ניתוח כהגדרתם בפרק א' לעיל, באישור הרשויות המוסמכות כאמור.

2.1.3 ניתוח אלקטיבי - ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח

הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה (לרבות מרפאה או מרפאת חוץ של בית החולים).

2.1.4 ניתוח חירום - ניתוח בלתי צפוי שבוצע במבוטח בדחיפות, לאחר שהות בחדר מיון של בית חולים.

2.1.5 ניתוח אמבולטורי - ניתוח אלקטיבי או ניתוח חירום כהגדרתם לעיל, שבוצע ללא אשפוזו של המבוטח בבית חולים פרטי או ציבורי או במכון רפואי/מרפאה.

2.2 מקרה הביטוח

מצבו הבריאותי של המבוטח, המצריך אחד או יותר מבין ההליכים המפורטים להלן:

2.2.1 ניתוח אלקטיבי כמוגדר לעיל, שבוצע בישראל או בחו"ל בבית חולים ציבורי או בבית חולים פרטי.

2.2.2 ניתוח אמבולטורי כמוגדר לעיל, שבוצע בישראל.

2.2.3 תחליף ניתוח כמוגדר לעיל, שבוצע בישראל.

2.3 הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה ביטוח, על-פי פרק זה, ישלם המבטח למבוטח, תגמולי ביטוח בגין **התייעצות לפני ניתוח, עלות שכר כוללת של רופא מנתח ורופא מרדים פרטיים** בגין ניתוח או תחליף ניתוח שבוצע/ו בו, כקבוע במחירון **AIG Surgery**, ובכפוף לתנאים ולסעיפים הספציפיים הקבועים בפוליסה כדלקמן:

2.3.1 התייעצות לפני ניתוח: כיסוי הוצאות התייעצות מוקדמת אחת (לפני ניתוח) עם הרופא המנתח הפרטי אשר יבצע או ביצע בפועל את הניתוח במבוטח. בגובה עלות התייעצות כנ"ל במחירון שר"פ הדסה י-ם, כפי שיעודכן מעת לעת אך בכל מקרה לא יותר מהתשלום אשר שולם על-ידי המבוטח בפועל, **וזאת מעבר לכיסוי הניתן על-ידי השב"ן בו חבר המבוטח.**

2.3.2 התייעצות נוספת לפני ניתוח פרטי: מבוטח אשר נקבע לו על-ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי צורך בביצוע ניתוח המכוסה על-פי תנאי פוליסה זו, יהיה זכאי לקבלת חוות דעת שנייה מרופא מומחה נוסף בתחום זה בשאלת הצורך בניתוח. חוות הדעת השנייה תינתן על-ידי רופא מומחה או מנהל או סגן מנהל מחלקה/יחידה בבית חולים. המבטח יכסה עלות גובה התייעצות זאת עד לגובה 150% מגובה עלות התייעצות עם רופא מומחה בשר"פ הדסה י-ם, כפי שתהיה מעת לעת אך בכל מקרה לא יותר מהתשלום אשר שולם על-ידי המבוטח בפועל וזאת מעבר לכיסוי הניתן על-ידי השב"ן בו חבר המבוטח.

2.3.3 עלות שכר כוללת של רופא מנתח ורופא מרדים פרטיים כקבוע במחירון AIG Surgery כמפורט להלן:

2.3.3.1 שיפוי בגין ניתוח אלקטיבי - בגין ניתוח אלקטיבי אשר בוצע בבית

חולים פרטי בישראל ו/או בחו"ל, ישולמו למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של עד 100% מתגמולי הביטוח כמופיע במחירון **AIG Surgery בקיזוז הסכום המרבי** שקיבל המבוטח בגין הניתוח הנ"ל כעלות שכר כוללת של רופא מנתח ורופא מרדים פרטיים מקופת החולים בה חבר המבוטח או מהשב"ן של קופת החולים בה הוא חבר. במידה וקופת החולים ו/או השב"ן סירבו להשתתף בכיסוי עלויות הניתוח, יכוסה הניתוח כולו על ידי המבטח עד לגובה מחירון **AIG Surgery** בגין עלות שכר כוללת של רופא מנתח ומרדים פרטיים בגין אותו ניתוח, אך לא יותר מהסך ששולם על ידי המבוטח בפועל.

2.3.3.2 פיצוי בגין ניתוח אלקטיבי - בנוסף לאמור בסעיף 2.3.3.1 לעיל, בגין

ניתוח אלקטיבי, אשר בוצע בבית חולים ציבורי בישראל או בחו"ל ו/או שבוצע בבית חולים פרטי בישראל או בחו"ל, יהיה זכאי המבוטח לפיצוי בגובה 10% ממחירון **AIG Surgery**.

2.3.3.3. על מנת למנוע כל ספק אפשרי יודגש כי למבוטח זכאות לבצע כל ניתוח אלקטיבי המכוסה על פי פוליסה זו גם בחו"ל.

2.3.3.4. במקרה כנ"ל המבטח ישפה את המבוטח עד לגובה עלות שכר כוללת של רופא מנתח ומרדים פרטיים כקבוע במחירון - **AIG Surgery** בקיזוז הסכום לו זכאי המבוטח לשיפוי מקופת החולים בה הוא חבר או על ידי השב"ן של קופת החולים בה הוא חבר, ובהעדר השתתפות קופת החולים ו/או השב"ן יכוסה הניתוח כולו על ידי המבטח עד לגובה מחירון **AIG Surgery** בגין עלות שכר כוללת של רופא מנתח ומרדים פרטיים בגין אותו ניתוח, אך לא יותר מהסך ששולם על ידי המבוטח בפועל.

2.3.4 השתתפות עצמית בגין ניתוחים בבית חולים פרטי בישראל המבוצעים על ידי רופא בהסכם עם השב"ן - חוייב המבוטח בתשלום השתתפות עצמית על ידי השב"ן של קופת החולים בה הוא חבר בגין ניתוח שבוצע בבית חולים פרטי בישראל על-ידי רופא מנתח ו/או רופא מרדים אשר הינם בהסכם עם השב"ן, ישופה המבוטח שיפוי מלא בגין סכום השתתפות זה עבור הניתוח.

2.3.5 עלויות אשפוז - מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, יכסה המבטח וישפה את המבוטח בין בדרך של תשלום ישיר לבית החולים ובין כשיפוי למבוטח את עלויות האישפוז בבית חולים בחדר של 2 מיטות לפחות, בעת ביצוע הניתוח ולתקופה שלא תעלה על 30 ימים. תגמולי הביטוח לפי סעיף 2.3.5 יהיו עד לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח בתכנית בעלת כיסוי ביטוחי לניתוחים מ"השקל הראשון" (לרבות הוצאות בגין הניתוח, שתלים, הוצאות נלוות על פי הוראות רופא או בית החולים). שפוי המבוטח עפ"י סעיף זה מותנה בכך שהמבוטח יפנה תחילה לקופה בה הוא חבר ו/או לשב"ן בו הוא חבר על מנת לממש את מלוא זכאותו בגין עלויות האישפוז כקבוע בסעיף זה.

2.3.6 תחליף ניתוח - בגין תחליף ניתוח ישולמו למבוטח תגמולי ביטוח והוא ישופה בשיעור שלא יעלה על סכום תגמולי הביטוח לו היה זכאי, על דעת רופא מנתח מומחה בתחום הרלוונטי, בגין ניתוח אלקטיבי, אותו הוא מחליף, אך לא יותר מהקבוע עבורו במחירון **AIG Surgery**, מוסכם כי בכל מקרה סכום השיפוי בגין סעיף זה לא יעלה על סך 150,000 ₪ למשך כל תקופת הביטוח.

2.3.6.1 על אף הקבוע בסעיף 2.3.6 לעיל, לאחר חמש שנים רצופות מתחילת תקופת הביטוח, תחודש תקרת השיפוי הקבועה בסעיף הנ"ל. למען הסר ספק יובהר, כי לא ניתן לצבור סכומי שיפוי שלא נוצלו בתקופת ביטוח אחת (5 שנים) לתקופת ביטוח אחרת.

2.3.6.2 יודגש, על מנת למנוע כל ספק אפשרי, כי במידה והמבוטח יאה זכאי לתשלום בגין תחליף ניתוח על ידי קופת החולים בה הוא חבר ו/או על ידי השב"ן של קופת החולים בה הוא חבר, ישופה כאמור בסעיף 2.3.6 לעיל, בניכוי הסכום לו הינו זכאי על ידי קופתו או על ידי השב"ן של קופתו.

2.3.7 מספר ניתוחים - בוצעו במבוטח מספר ניתוחים במסגרת מקרה ביטוח אחד (ואף במהלך כניסה אחת לחדר ניתוח), ישולמו למבוטח תגמולי ביטוח כדלקמן: 100% מתגמולי ביטוח בגין הניתוח המזכה את המבוטח בתגמולי ביטוח הגבוהים ביותר מבין הניתוחים שעבר, כקבוע בסעיף 2.3.3.1 לעיל, וגם 100% מתגמולי ביטוח בגין כל ניתוח נוסף המזכה את המבוטח בתגמולי ביטוח, כקבוע בסעיף 2.3.3.1 לעיל.

**מודגש כי האמור לעיל יחול אך ורק, כאשר כל ניתוח מבוצע על ידי מנתח אחר
בין באותו תחום ובין בתחום אחר.**

בוצעו הניתוחים שדלעיל על ידי אותו מנתח, יהיו תגמולי הביטוח בגין ניתוחים אלה בשיעור כדלהלן: 100% מתגמולי ביטוח בגין הניתוח הראשון המזכה את המבוטח בתגמולי הביטוח הגבוהים ביותר מבין הניתוחים שעבר, ככקובע בסעיף 2.3.3.1 לעיל וגם 50% מתגמולי הביטוח בגין כל ניתוח נוסף שבוצע בשיעור הקבוע בסעיף 2.3.3.1 לעיל.

תגמולי הביטוח על פי סעיף 2.3.7 זה, לא יעלו בכל מקרה על הסכום אשר שולם על ידי המבוטח בפועל. למען הסר ספק, ביצוע ניתוח מסוג מסוים בשני איברים זוגיים, ייחשב כביצוע של שני ניתוחים.

2.3.8 ניתוח שאינו כלול במחירון - AIG Surgery - בגין ניתוח המכוסה לפי פוליסה

זאת ואשר מחירו אינו כלול במחירון - AIG Surgery, ישולמו למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור לו היה זכאי המבוטח בגין ביצוע ניתוח מקביל או דומה לו, מבחינת ההליך הרפואי, וזאת בכפוף להוראות הפוליסה. ההחלטה בדבר הניתוח המקביל או הדומה לניתוח או תחליף הניתוח שבוצע בפועל במבוטח מבחינת ההליך הרפואי, והכלול במחירון - AIG Surgery, תקבע על-ידי רופא מנתח מטעם המבוטח.

2.3.9 מובהר בזאת במידה והשב"ן של קופת החולים בה חבר המבוטח נמנע ממימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח, על פי פוליסה זו בלבד, לרבות בשל הפסקת חברותו של המבוטח בשב"ן, תכסה פוליסה זאת בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על-ידי המבוטח בתכנית בעלת כיסוי לניתוחים מ"השקל הראשון" בקיזוז הסכום לו זכאי היה המבוטח מהשב"ן של קופת החולים בה הוא חבר אילו השב"ן של קופת החולים בה הוא חבר היה משתתף במימון ההוצאות כאמור. האמור לעיל יחול גם במידה ובעת קרות מקרה הביטוח יתברר כי המבוטח לא עמד בכללי הגילוי בכפוף לחוק הביטוח בכל הנוגע להיותו תושב או חבר בשב"ן. מוסכם כי במקרה זה יעשה הקיזוז עפ"י שב"ן קופת חולים מכבי - "מגן זהב".

2.3.10 במידה והשב"ן של קופת החולים בה חבר המבוטח נמנע ממימון ההוצאות, בשל נסיבות הנוגעות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ישולמו למבוטח תגמולי הביטוח, בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על-ידי המבוטח בתכנית בעלת כיסוי לניתוחים מ"השקל הראשון", כלומר ללא תלות בזכויות הניתנות למבוטח במסגרת תכנית השב"ן לרבות ההוצאות בגין הניתוח.

2.4 חריגים נוספים ומיוחדים לפרק ב' - פרק הניתוחים

מבלי לגרוע מהחריגים הכלליים הקבועים בפרק ה', המבוטח לא ישלם תגמולי ביטוח או תשלומים אחרים כלשהם בגין מקרה ביטוח על-פי פרק זה, שנגרם במישרין או בעקיפין, על-ידי או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות או שהוא אחד מאלה:

2.4.1 השתלה/ות להגדרתה בפרק א', של איברים בישראל או בחו"ל.

2.4.2 ניתוחים קוסמטיים או אסתטיים, לרבות ניתוחי שדיים מכל סוג שהוא (למעט שיחזור שד לאחר ניתוח כריתה), ניתוחי עפעפיים מסוג בלפרופלסטי או דומיהם, ניתוחים לתיקון קוצר ראייה, ניתוחים להרזייה מכל סוג שהוא, ניתוחים הקשורים בפוריות או עקרות, ניתוחים לטיפול בעובר וניתוחים הקשורים בלידה, למעט הפסקת הריון בשל צורך רפואי וניתוח קיסרי.

2.4.3 בדיקה/ות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפותרמי, זריקה, הזלפה/ות ופעולות הדמיה כגון MRI-CT, כאשר אלה אינם חלק ממהלך הניתוח או תחליף הניתוח.

2.4.4 ניתוחי שיניים וחניכיים ו/או ניתוחים דנטאליים אחרים מכל מין וסוג או כל ניתוח אחר המבוצע על ידי רופא שיניים, למעט ניתוחי פה ולסת שאינם קשורים בטיפול שיניים, על סוגיהם השונים. למען הסר ספק, לא יכוסו ניתוחים להרמת הסינוס הכונה להשתלה דנטאלית ו/או ניתוחים דנטאליים אחרים מכל מין וסוג וכל ניתוח הנעשה על-ידי רופא שיניים או על ידי מנתח פה ולסת, למעט ניתוחי פה ולסת שאינם קשורים בטיפול שיניים כאמור לעיל, על סוגיהם השונים.

3. פרק ג' - פיצוי או שיפוי בגין שירותים רפואיים נלווים לניתוח

3.1 פיצוי חד פעמי בגין הדבקות ב AIDS

המבטח ישלם תשלום חד פעמי בסך 471,000 ₪ למבוטח אשר כתוצאה מעירוי דם או מוצריו, אשר ניתנו לו במהלך ניתוח המכוסה על-פי הפוליסה שבוצע בישראל, במשך תקופת הביטוח, חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש - איידס (וזאת על אף האמור בסעיף 5.12 בפרק ה' לפוליסה).

3.2 פיצוי חד פעמי בגין הדבקות בצהבת הפטיסיס B או C

המבטח ישלם תשלום חד פעמי בסך 63,000 ₪ למבוטח אשר כתוצאה מעירוי דם או מוצריו, אשר ניתנו לו במהלך ניתוח המכוסה על-פי פוליסה שבוצע בישראל, במשך תקופת הביטוח, נדבק בצהבת מסוג B או C.

3.3 פיצוי חד פעמי במקרה מוות כתוצאה ישירה מניתוח

מקרה הביטוח - מותו של המבוטח כתוצאה ישירה מניתוח המכוסה בפוליסה, במהלך תקופה שמשכה 7 ימים ממועד הניתוח בפועל או מוות של המבוטח שאירע בתקופה של עד 12 חודשים לאחר הניתוח בפועל, בה שהה המבוטח באישפוז רצוף. **תנאי הכרחי לתשלום המבטח בגין מקרה הביטוח הינו ביצוע הניתוח במבוטח בפועל וכן כי גיל המבוטח בקרות מקרה הביטוח מעל 21 ומתחת לגיל 67 שנה**

לענין כיסוי זה בלבד - בוצעו במבוטח מספר ניתוחים במעמד אחד, יראו בכל ההליכים הנזכרים להלן ניתוח יחיד, אשר מוות בגינו ייחשב מקרה ביטוח אחד. סכום הביטוח - ארע מקרה הביטוח כקבוע בסעיף זה, יפצה המבטח את יורשיו החוקיים על פי דין של המבוטח בסכום חד פעמי בסך 89,000 ש"ח.

3.4 אבדן כושר עבודה כתוצאה מסיבוכי ניתוח

מקרה הביטוח - מקרה של אבדן מוחלט של כושר עבודה הנגרם למבוטח כתוצאה ישירה ובלעדית מסיבוכי הניתוח בלבד **(ולא כתוצאה מהמחלה או מהמצב הרפואי שבגינו נותח)** המכוסה בפוליסה ולא בגין המצב הרפואי ו/או טיפולים הקשורים בו, אשר נמשך למעלה מ-60 ימים (להלן - "תקופת המתנה") ובתנאי שהמבוטח מעל גיל 21 ומתחת לגיל 67 ושהיה כשיר לעבוד עבודה מלאה עובר ליום ביצוע הניתוח ו/או 6 חודשים בטרם בוצע הניתוח. לענין סעיף זה "אבדן מוחלט של כושר עבודה" - אי יכולתו של המבוטח לעבוד ב- 75% ומעלה מהיקף עבודתו או עיסוקו (באופן קבוע או זמני) טרם ביצוע הניתוח המכוסה על-פי הפוליסה.

3.4.2 מבוטח אשר לא עבד בעת קרות מקרה הביטוח ייחשב באבדן מוחלט של כושר עבודה, אם כתוצאה ממקרה הביטוח הוא מרותק לביתו באופן מלא.

3.4.3 בוצעו במבוטח מספר ניתוחים במעמד אחד, יראו בכל ההליכים הנזכרים להלן ניתוח יחיד ויהוו מקרה ביטוח אחד.

3.4.4 סכום הביטוח - ארע מקרה הביטוח כקבוע בסעיף 3.4.1, יפצה המבטח את המבוטח בסכום של 2,100 ₪ למשך 12 חודשים, החל מהמועד בו תמה תקופת ההמתנה, ועד למועד בו חדל המבוטח להיות במצב של אובדן מוחלט של כושר עבודה, או חלוף 12 חודשים, לפי המוקדם מביניהם.

3.5. השגחה, שיקום והחלמה לאחר ניתוח קשה

3.5.1 מקרה הביטוח - ביצוע ניתוח במבוטח המכוסה על-פי פוליסה והכולל פתיחת בית חזה ו/או ניתוח מוח ו/או ניתוח ריאות ו/או ניתוח אורטופדי מורכב כגון החלפת פרק ירך, דיסקטומיה, למינקטומיה, עקמת (סקוליוזיס), החלפת מפרקים למיניהם ו/או כל ניתוח אחר (להלן בסעיף זה - **"ניתוח אחר"**) שבוצע במבוטח ושביגו היה המבוטח מאושפז 5 ימים ברציפות לפחות. **למען הסר ספק, מודגש בזאת כי ביחס לניתוח אחר, לא יישא המבטח בהוצאות כקבוע בסעיפים 3.5.2-3.5.5 להלן, ביחס ל-5 הימים הראשונים בהם היה המבוטח מאושפז.**

3.5.2 אם לאחר מקרה הביטוח כקבוע בסעיף 3.5.1, היה המבוטח זקוק להשגחה ו/או לשיקום ו/או להחלמה, יישא המבטח בהוצאות אלו כקבוע להלן:

3.5.3 השגחה/טיפול - על-ידי אח/ות או מטפל/ת, הזכאות תקום למבוטח מייד עם תום האשפוז כמוגדר בפרק ב' לעיל, בגין מקרה הביטוח כקבוע בסעיף זה ושבו של המבוטח לביתו. המבטח ישפה את המבוטח עד ל-6 שעות טיפול יומי בסכום שלא יעלה על 188 ₪ ליום למשך תקופה שלא תעלה על 30 ימים, **בגין הוצאות שהוצאו בפועל על-ידי המבוטח.**

3.5.4 פיזיותרפיה שיקומית - בגין מקרה הביטוח כקבוע בסעיף זה ישפה המבטח את המבוטח עד סך של 188 ₪ ליום למשך תקופה שלא תעלה על 60 ימים בתנאי כי ניתנה הוראה מטעם הרופא המנתח שביצע את הניתוח על הצורך בטיפול זה, והכל **בגין הוצאות שהוצאו בפועל על-ידי המבוטח.**

3.5.5 החלמה - ארע מקרה הביטוח כקבוע בסעיף זה, ישפה המבטח את המבוטח עבור הוצאות החלמה, במוסד להחלמה או בבית מלון, **שהוציא המבוטח בפועל** בסכום שאינו עולה על סך של 736 ₪ ליום החלמה ולמשך תקופה שלא תעלה על 14 ימים רצופים למקרה ביטוח. כיסוי זה יינתן בגין החלמה אחת בלבד במהלך 360 הימים שלאחר קרות מקרה הביטוח בגין מקרה הביטוח כקבוע בסעיף זה.

4. פרק ד' - כיסוי הוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות בישראל בעת ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח

4.1 הגדרות:

הגדרות אלו הינן בנוסף להגדרות הכלליות המפורטות בפרק א', אשר גם הן יחולו על פרק זה. במקרה של סתירה בין הגדרה המופיעה בפרק א' לפוליסה להגדרה המופיעה בפרק זה, אזי לצורכי פרק זה בלבד, תגבר ההגדרה כנוסחה בפרק זה.

4.1.1 טכנולוגיות רפואיות - הליך או הליכים, אמצעי או אמצעים לאבחון ו/או לטיפול רפואי בגין תאונה כהגדרתה בפרק א' לעיל ו/או מחלה פעילה כהגדרתה להלן, המוכרים בעת ביצועם, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים כטכנולוגיות שגרתיות ומקובלות או טכנולוגיות מתקדמות וחדשניות, בין אם טכנולוגיות אלה כלולות בסל שירותי הבריאות כהגדרתו בחוק הבריאות ובין אם לא, בין אם הינם קיימים כיום ובין אם יהיו קיימים בעתיד. טכנולוגיות כנ"ל יכללו, בין היתר, אביזר/ים רפואי/ים

ים מסוגים שונים לרבות עזרים ניתוחיים ואחרים, שתל/ים כהגדרתו להלן. ערכות (קיימים) ייחודיות של אביזרים לשימוש במהלך ניתוח (בין מתכלים ובין אחרים), בין אם הינם מושתלים בגוף המבוטח במהלך ניתוח ובין אם לאו (כגון **PERCLOSE** או **HEART PORT** וכיוצא), ובדיקות פתולוגיות מיוחדות לקביעת אופן הטיפול לאחר ביצוע ניתוח. כן, יכללו במסגרת הגדרה זו פעולות הדמיה מסוגים שונים, לרבות, הדמיה/יות וירטואלי/יות הבאה/ות כאבחון או כטיפול כהכנה לניתוח או במהלכו או לאחריו כגון: **US, PET, C.T, MRI**. מסכם כי השימוש בטכנולוגיות כמתואר לעיל, מטרתו להציל חיים או להאריך חיים או לשפר באופן משמעותי את איכות ההליך הניתוחי המתבצע במבוטח במהלך הניתוח או כהכנה או לאחריו כתוצאה מתאונה כהגדרתה בפרק א' ו/או כתוצאה ממחלה פעילה כהגדרתה להלן, שהמבוטח נזקק בגינו לשימוש בטכנולוגיות הרפואיות הנ"ל אשר ביצוען ייעודי להכנה לניתוח, במהלכו או 4.1.2 תרופה - חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי אשר מטרתו לרפא או לטפל או להקל על הסימפטומים הרפואיים, אשר מופיע ברשימת התרופות המאושרות לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, ארצות הברית ו/או באיחוד האירופי.

4.1.3 שתל - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או אביזר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח (כגון: עדשה, פרק ירך, סטנט וכו') למעט תותבת שיניים שתל דנטלי ושתל במהלך ההשתלה.

4.1.4 מחלה פעילה - כל אירוע מחלתי בין אם הינו חדש ובלתי צפוי ובין אם הינו מחלה כרונית מתמשכת אשר פרצה ואשר דורשת טיפול רפואי.

4.2 מקרה הביטוח:

מצבו הרפואי של המבוטח עקב תאונה או מחלה המחייב ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח כמוגדר בפרק א' אשר בוצעו בישראל, תוך שימוש בטכנולוגיות רפואיות כמוגדר בסעיף 4.1.1 לעיל, ובתנאי כי רופא מומחה בתחום הרלוונטי קבע, עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך בשימוש בטכנולוגיות הרפואיות הנ"ל.

4.3 התחייבות המבטח:

4.3.1 בקרות מקרה הביטוח, על- פי פרק זה, ישפה המבטח את המבוטח עד לתקרת סכום השיפוי המרבי בסך של 366,000 ₪ בגין טכנולוגיות רפואיות, למשך כל תקופת הביטוח כמפורט להלן, אך לא יותר מסכומי השיפוי המרביים שנקבעו לכל פעולה הכלולה כמקרה הביטוח כמפורט להלן:

4.3.1.1 **לשתל** עד לסך של 26,200 ₪ לכל אביזר אך לא יותר מסך של 157,000 ₪ למשך כל תקופת הביטוח.

4.3.1.2 **להדמיה או לבדיקה/ות** עד לסך של 15,700 ₪ לכל פעולה/בדיקה ולא יותר מסך של 105,000 ₪ למשך כל תקופת הביטוח.

4.3.1.3 **לכל הליך או פעולה אחרים** המוגדר לעיל כטכנולוגיה רפואית, סך של 15,700 ₪ לכל פעולה ולא יותר מסך של 105,000 ₪ למשך כל תקופת הביטוח.

4.3.2 על אף הקבוע בסעיפים 4.3.1.1-4.3.1.3 לעיל, לאחר חמש שנים רצופות מתחילת תקופת הביטוח, יחודשו תקרות השיפוי הקבועות בסעיפים הנ"ל. למען הסר ספק יובהר, כי לא ניתן לצבור סכומי שיפוי שלא נוצלו בתקופת ביטוח אחת (5 שנים) לתקופת ביטוח אחרת.

- בנוסף לסייגים הכלליים הקבועים בפרק ה' שלהלן, יחולו על פרק זה הסייגים הבאים:
- 4.4.1 הטכנולוגיה הרפואית אינה מהווה תרופה מכל מין וסוג שהוא כמוגדר לעיל, לרבות טיפולים כימותרפיים, בין אם הנה כלולה בסל הבריאות כהגדרתו בחוק הבריאות ובין אם לאו. מובהר כי שתל המפריש תרופה לא יוגדר כתרופה עפ"י פרק זה.
- 4.4.2 הטכנולוגיה הרפואית אינה כוללת איבר טבעי או מלאכותי מכל מין וסוג שהוא, המשמש בהליכי השתלה אשר אינה מכוסה על פי פוליסה זו.
- 4.4.3 טכנולוגיה הרפואית אינה קשורה בהפריה או בהריון או בלידה או בשמירת הריון או בלידה מוקדמת או בטיפול בעובר או בפג.
- 4.4.4 אין לטכנולוגיה הרפואית מטרה קוסמטית או אסתטית.
- 4.4.5 הטכנולוגיה הרפואית אינה קשורה למצב נפשי או למחלת נפש או למצב פסיכטי או לטיפול פסיכיאטרי או לטיפול פסיכולוגי.
- 4.4.6 לטכנולוגיה הרפואית אין קשר לטיפול גריאטרי.
- 4.4.7 הטכנולוגיה הרפואית אינה מהווה טיפול ניסיוני או מחקרי והשימוש בה אושר על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל.

5. פרק ה' - סייגים כלליים לחבות המבטח

סייג לאחריות המבטח

המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או השירותים האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים רפואיים ו/או על-ידי מעשה או מחדל של הנ"ל.

המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח או תשלומים אחרים כלשהם בגין תביעה על-פי פוליסה זאת, בגין מקרה ביטוח שנגרם במישרין או בעקיפין, על-ידי או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:

5.1 מצב רפואי קודם.

המבטח לא יהא אחראי על פי פוליסה זאת 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. לענין זה "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של איבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד תחילת הביטוח או ההצטרפות לביטוח לפי העניין, חריג זה יהא מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח במועד תחילת הביטוח כדלקמן:

5.1.1 פחות מ- 65 שנים - החריג יהא בתוקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת ממועד תחילת הביטוח.

5.1.2 65 שנים או יותר - החריג יהא תקף לתקופה, שלא תעלה על חצי שנה ממועד תחילת הביטוח.

5.2 על אף האמור לעיל בסעיף 5.1, אם המבוטח הצהיר על מצב הבריאות האמור והמציא למבטח, על-פי בקשת המבטח, את המידע הנוגע למצבו הרפואי ולאחר קבלת המידע כאמור נתן המבטח את הסכמתו בכתב לצרפו לביטוח זה, לא יחול האמור בסעיף 5.1 לעיל, והכל בהתאם לתנאים שקבע המבטח.

5.3 מקרה הביטוח ארע לפני מועד תחילת הביטוח ו/או במהלך תקופת האכשרה או מקרה הביטוח ארע לאחר תום תקופת הביטוח.

- 5.4 איבוד לדעת או ניסיון לכך, טירוף הדעת, שימוש באלכוהול, שימוש בסמים, שימוש בתרופות שלא נרשמו על-ידי רופא מוסמך או שימוש בתרופות מדף שלא בהתאם להוראות ולהנחיות השימוש בהן, או חבלה גופנית שהמבוטח גרם לעצמו במתכוון.
- 5.5 מום או מחלה מולדים בכפוף לסעיף 5.1 לעיל, למעט אם המבוטח התקבל לביטוח על אף המום ו/או המחלה המולדים בנסיבות האמורות בסעיף 5.2 לעיל.
- 5.6 סיבוכי הריון ו/או לידה ו/או פרויון ו/או עקרות למעט ניתוח קיסרי.
- 5.7 טיסת המבוטח בכלי טייס כלשהו, פרט לטיסת המבוטח כנוסע במטוס אזרחי בעל רשיון להובלת נוסעים.
- 5.8 טיפולים ניסיוניים כמוגדר בסעיף 1.11 או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות.
- 5.9 פעילותו של המבוטח כספורטאי רשום בקבוצת ספורט, עיסוקו של המבוטח בענף ספורט כלשהו בצורה מקצוענית, השתתפות בתחרויות למיניהן.
- 5.10 ספורט אתגרי, כדוגמת טיפוס הרים בעזרת מדריכים ו/או חבלים, גלישת מצוקים, סקי מים, רכיבה על אופנוע ים, ספורט חורף הכולל גלישה או החלקה על שלג או קרח, צניחה, גלישה או דאייה באוויר, צלילה, בנג'י, אגרוף, האבקות וכל סוגי קרב מגע למינהם, צייד, רכיבה על סוסים.
- 5.11 השתתפות בפעילות של כוחות הביטחון, לרבות צבא, משטרה, וחברות אבטחה אזרחיות, לרבות בתרגילים או באימונים מכל סוג שהוא.
- 5.12 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) על כל צורותיו, לרבות תוצאה חיובית בבדיקת H.I.V או מצבים הנובעים ממחלה זו, למעט האמור בסעיף 3.1 לעיל.
- 5.13 חומר גרעיני, קרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, חומרים כימיים או ביולוגיים.
- 5.14 נסיבות בהן המבוטח העמיד עצמו בסכנה במודע, אלא אם כן, נעשה הדבר לצורך הצלת נפשות.

6. פרק ו' - תנאים כלליים לפוליסה

- 6.1 **תוקף הפוליסה:** פוליסה זאת תיכנס לתוקפה במועד המצוין במפרט. למעט אם נקבע אחרת במפרט, הפוליסה תישאר בתוקפה כל עוד לא הגיעה לידי סיום או בוטלה בהתאם להוראות הפוליסה ו/או על-פי הדין. ביחס לשאר, הכיסוי הביטוחי על-פי הפוליסה יגיע לידי סיום, כאשר:
- 6.1.1 השאר יגיע ל-18 שנים. למען הסר ספק מובהר בזאת, כי אדם שחדל להיות שאר כהגדרתו בפוליסה זאת לא יחשב כמבוטח.
- 6.1.2 על אף האמור בסעיף 6.1.1 לעיל, מובהר בזאת כי מי שחדל להיות שאר כהגדרתו בפוליסה או שאר שהגיע לגיל 18 שנים במהלך תקופת הביטוח יהיה זכאי להמשיך ולהיות מבוטח בפוליסה זו ללא צורך בתקופת אכשרה, חיתום והצהרת בריאות, אם בחר בכך. המשכיות הביטוח כאמור תעשה כנגד בקשת השאר בכתב למבטח תוך 30 יום, מיום הגיעו לגיל 18 שנים או מיום שחדל להיות שאר כהגדרתו בפוליסה, לפי המוקדם.
- 6.1.3 מוסכם כי המבטח ישלח למבוטח ו/או לבעל הפוליסה הודעה בכתב לפחות 30 יום בטרם תסתיים תקופת הביטוח עבור השאר.

6.2 חובת גילוי

- 6.2.1 הביטוח על פי הפוליסה נעשה על יסוד הידיעות וההצהרות בעל פה ו/או בכתב שנמסרו למבטח בעת רכישת הפוליסה, על-ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח,

או מטעם מי מהם, לפי העניין ובמיוחד, אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, מודגש כי חברותו של המבוטח בשב"ן של קופת החולים בה הוא חבר במועד תחילת תקופת הביטוח הינה מהותית. על בעל הפוליסה ו/או המבוטח ו/או מי מטעמם להשיב תשובה מלאה וכנה לכל שאלות המבטח בעניין שיש בו להשפיע על נכונותו של מבטח סביר להתקשר בחוזה הביטוח באופן כללי או להתקשר בחוזה הביטוח בתנאים שבו (להלן בסעיף זה – "עניין מהותי"). הסתרה בכוונת מרמה מצד בעל הפוליסה ו/או המבוטח או מי מטעמם של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

6.2.2 ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא היתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, תוך שלושים ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את חוזה הביטוח בהודעה בכתב למבוטח.

6.2.3 בוטל חוזה הביטוח על-ידי המבטח כאמור בסעיף 6.2.2 לעיל, זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר הביטול, ככל ששולמו, זולת אם פעלו המבוטח ו/או בעל הפוליסה בכוונת מרמה.

6.2.4 **קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל הביטוח על-פי סעיף 6.2.2 לעיל, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא יחיס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים. ואולם, המבטח יהיה פטור כליל מתשלום גמולי ביטוח אם התשובה ניתנה בכוונת מרמה או אם מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה כאמור, יהיה זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.**

6.2.5 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיפים 6.2.2-6.2.4 במקרים המפורטים להלן, אלא אם התשובה שלא היתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

6.2.5.1 **אם המבטח ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת חוזה הביטוח או שהמבטח גרם לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה;**

6.2.5.2 **אם 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.**

7. דמי ביטוח

7.1 מועד פרעון דמי הביטוח יהיה בראשית כל חודש על פי המועד בו נקבע תשלומם על ידי המבטח.

7.2 אם תשלום דמי הביטוח נעשה על ידי הוראת קבע לבנק (שירות שיקים או כרטיס אשראי), רק זיכוי חשבון המבטח בבנק או בחברת האשראי בפועל יהווה את תשלום דמי הביטוח.

7.3 לדמי הביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית על-פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה, תשכ"א-1961 מיום הוצר הפיגור ועד פרעון בפועל של דמי הביטוח אצל המבטח.

8. שינוי דמי ביטוח ותנאי הביטוח

- 8.1** דמי הביטוח על פי פוליסה זו יקבעו בהתאם לגיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח. דמי הביטוח ישתנו בהתאם לטבלת דמי הביטוח המצורפת לפוליסה זו ומגיל 75 יהיו קבועים, הכל בכפוף לסעיף 12 להלן.
- 8.2** המבטח יהא זכאי לשנות את דמי הביטוח ואת התנאים של פוליסה זו לכל המבטחים בפוליסה זו, לרבות בשל שינוי בתנאי השב"ן והכיסויים להם זכאי המבוטח בגינם. שינוי זה יהא תקף בתנאי שהממונה על שוק ההון, הביטוח והחסכון אישר את השינוי והוא יכנס לתוקף 60 יום לאחר שהודיע המבטח בכתב למבוטח על כך.
- 8.3** שינוי דמי הביטוח כאמור בסעיף 8.2 לעיל, יהיה לכלל המבטחים בתכנית ולא יתחשב בשינוי שחל במצב בריאותו של המבוטח (אם חל שינוי כנ"ל) במשך התקופה שקדמה לשינוי כאמור.
- 8.4** היתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי אדם שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברה מעת ששילמה את תגמולי הביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מהאדם השלישי שיפוי מעל תגמולי הביטוח שקיבל על-פי פוליסה זו. קיבל המבוטח מהאדם השלישי שיפוי שהיה מגיע לחברה על-פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעבר לחברה, עליו לפצותה בשל כך. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותה של החברה כאמור.
- 8.5** בוטחו מקרי הביטוח, כולם או מקצתם, אצל יותר ממבטח אחד לתקופות חופפות, על המבוטח להודיע על כך למבטחים בכתב מיד לאחר שנעשה ביטוח הכפל או לאחר שנודע לו עליו. היה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות השיפוי המשולמות על-פי ביטוח זה מאת מבטח אחר או על-ידי ביטוח אחר, יהיה המבטח אחראי כלפי החברה, יחד ולחוד עם המבטח האחר, לגבי סכום הביטוח החופף ויחולו הוראות סעיף 59 לחוק הביטוח.

9. תקופת אכשרה

המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח על פי פוליסה זאת בגין מקרה ביטוח אשר קרה במהלך 90 הימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח, למעט מקרה ביטוח אשר התעורר ו/או ארע עקב תאונה שהתרחשה לאחר מועד תחילת הביטוח.

10. תביעות

- 10.1** למען הסר ספק, מובהר בזאת כי תנאי מקדים למימוש הזכאות מתוקף פוליסה זו, הוא מיצוי מירב הזכויות המוקנות למבוטח במסגרת חברתו בשב"ן.
- 10.2** בוצעו במבוטח ניתוח ו/או תחליף ניתוח כהגדרתם לעיל, בבית חולים, מרפאה או מכון רפואי בישראל או בחו"ל, לפי העניין, ימציא המבוטח למבטח סיכום מחלה מבית החולים או המרפאה או המכון הרפואי, לפי העניין, המתאר את סוג הניתוח ו/או תחליף הניתוח שבוצע/ במבוטח וכן את כל האישורים הקשורים במימון הניתוח על ידי קופת החולים או השב"ן של קופת החולים בה חבר המבוטח, אשר שולמו על ידם, בחלקם כקבוע, בסעיף 10.4 להלן. המבטח ישלם למבוטח בתוך 30 ימים, מיום המצאת המסמכים כאמור וכל מסמך אחר אשר

יהיה דרוש למבטח באופן סביר לבירור חבותו, תגמולי ביטוח בהתאם לסוג הניתוח ו/או תחליף הניתוח שבוצע, כאמור בסעיף 2.3 לעיל.

10.3 בוצע במבטח ניתוח אלקטיבי אשר מומן בחלקו או במלואו על ידי קופת החולים בה הוא חבר ו/או על ידי השב"ן של קופת החולים בה המבטח חבר, ימציא למבטח אישור על הסכום אשר שולם לו על ידי קופת החולים ו/או השב"ן של קופת החולים בה המבטח חבר, ויפוצה כקבוע בתנאי פוליסה זו. שילם המבטח בגין ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו השתתפות עצמית בלבד, ישופה על ידי המבטח כקבוע בתנאי פוליסה זו בסכום ההשתתפות העצמית אשר שולמה על ידו וזאת כנגד הצגת קבלה מקורית על ביצוע התשלום. **בכל מקרה לא ישולמו למבטח בגין עלות שכר כוללת של רופא מנתח ורופא מרדים פרטיים סכום העולה על הקבוע במחירון AIG Surgery בגין ניתוח ו/או תחליף ניתוח שבוצע על פי פוליסה זו.**

10.4 המבטח ימסור למבטח את כל המידע והמסמכים הדרושים למבטח לבירור חבותו, ובכל מקרה בו ידרש להמציא קבלות כבסיס לשיפוי, יהיו קבלות אלה קבלות מקור בלבד. אם אין למבטח המסמכים הנ"ל עליו לעזור למבטח ככל שיוכל להשיגם.

10.5 המבטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבטח ואשר דרוש לבירור זכויותיו וחובותיו של המבטח על-פי הפוליסה.

10.6 המבטח זכאי לנהל על-חשבונו כל חקירה, לבדוק את המבטח על חשבונו על-ידי רופא אחד או יותר מטעמו, הכל כפי שייקבע על ידו וכפי שיימצא לנכון על-ידי המבטח.

10.7 המבטח או בעל הפוליסה חייבים בתשלום מלאו דמי הביטוח עד לאישור התביעה על-ידי המבטח.

11. ביטול הפוליסה

11.1 פוליסה זו אינה ניתנת לביטול על ידי המבטח אלא במקרים הבאים:

11.1.1 המבטח ו/או בעל הפוליסה ו/או המשלם אינו/ים משלם/ים או לא שילמו דמי ביטוח בהתאם להוראות פוליסה זאת. במקרה כנ"ל יבוטל הביטוח על פי הוראת חוק הביטוח.

11.1.2 העלים המבטח מהמבטח עובדה מהותית, כקבוע בחוק הביטוח.

11.1.3 המבטח רשאי לבטל את הפוליסה בהתאם להוראות חוק הביטוח. הודעת הביטול תישלח בדואר רשום.

11.2 בעל הפוליסה יהיה רשאי לבטל את הביטוח, עבור כל אחד מהמבטחים בכל עת, בהודעה בכתב למבטח. הביטול ייכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי המבטח. במקרה כזה, ישיב המבטח לבעל הפוליסה את דמי הביטוח אשר שולמו על-ידו בגין התקופה שלאחר מועד הביטול, ככל ששולמו למעט אם היה פטור המבטח מכוח חוק הביטוח מהשבת דמי הביטוח. **11.3** בוטלה הפוליסה כאמור בסעיף 11.2 לעיל יהיה בן/בת הזוג של המבטח רשאי/ים להמשיך את הביטוח בתנאי שהודיעו על כך בכתב למבטח לא יאוחר מ-90 ימים מיום ההודעה על ביטול הפוליסה.

11.4 החזר דמי הביטוח כאמור בסעיף 11.2 לעיל, ייערך תוך 30 ימים מיום ביטול הפוליסה. לסכום ההחזר יתווספו הפרשי הצמדה וריבית בהתאם להוראות חוק פסיקת ריבית והצמדה, התשכ"א-1961 מיום ביטול הפוליסה ועד ליום החזרת דמי הביטוח.

12. תנאי הצמדה למדד

דמי הביטוח, תגמולי הביטוח והתשלומים האחרים שהמבטח חייב לשלם בהתאם לפרקים ב', ג' ו-ד' לפי פוליסה זאת יהיו צמודים לשיעור עליית המדד, למן המדד הבסיסי הידוע במועד תחילת הביטוח ועד למדד שיפורסם לאחרונה לפני מועד תשלום כל סכום מדמי הביטוח במועדים המצוינים במפרט או תשלום תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו. על תגמולי הביטוח והתשלומים האחרים שהמבטח חייב לשלם בהתאם לפרקים ב', ג' ו-ד' לפי פוליסה זאת, יתווספו הפרשי הצמדה כמשמעותם בחוק פסיקת רבית והצמדה, תשכ"א - 1961, מיום קרות מקרה הביטוח ורבית צמודה בשיעור שנקבע בסעיף 1 לחוק האמור מתום 30 ימים מיום מסירת התביעה למבטח.

13. מסים והיטלים

בעל הפוליסה או המבוטח או המשלם, חייבים בתשלום כל המסים הממשלתיים והאחרים החלים על ביטוח זה או המוטלים על דמי הביטוח ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים, בין אם מסים אלה קיימים ביום כניסת הביטוח לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר.

14. חוק חוזה הביטוח

הוראות חוק הביטוח יחולו על פוליסה זאת.

15. שיפוט

מוסכם ומובהר כי כל תובענה בגין ו/או בקשר לפוליסה זו תוגש ותידון אך ורק בערכאות משפטיות מוסמכות בישראל ותידון לפי החוק הישראלי בלבד, וכל בית משפט אחר יהא חסר סמכות לדון בתובענה על-פי ו/או בקשר לפוליסה זו.

16. התיישנות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זאת היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

17. הודעות

- 17.1** הודעה של המבטח לבעל הפוליסה או 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 כמענו האחרון הידוע למבטח המען המצוין במפרט.
- 17.2** הודעה של המבוטח או בעל הפוליסה אל המבטח תישלח או תימסר בכתב למשרדי המבטח על פי כתובתו המופיעה על גבי הפוליסה, או כל כתובת אחרת שהמבטח יודיע עליה למבוטח או לבעל הפוליסה בכתב.
- 17.3** כל מסמך שנשלח בדואר רשום לכתובת המבוטח או בעל הפוליסה או למבטח, כמפורט לעיל, ייראה כאילו נמסר למענו בתום 7 ימים מיום שנשלח.

18. הוראות בנוגע לחיילים המשרתים בצה"ל

הכיסוי הביטוחי במסגרת הפוליסה כפוף בעת השרות הצבאי להוראות הצבא המשתנות מעת לעת.

19. פרק ז' - הרחבה לברות ביטוח

אם נרכש וצוינה במפרט הפוליסה הרחבה "לברות ביטוח", תחול ההרחבה כדלקמן:
נסתיימה או בוטלה חברותו של המבוטח בשב"ן של קופת החולים בה הוא חבר מסיבה כלשהי או במקרה בו המבוטח עבר לתכנית שב"ן בקופת חולים אחרת-בעד התקופה שבה המבוטח נמצא בתקופת אכשרה במסגרת תוכנית השב"ן של קופת החולים שאליה עבר (אם קיימת) -יהא המבוטח רשאי לפנות למבטח בתוך 60 יום ממועד הודעת קופת החולים על ביטול תכנית השב"ן או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם (להלן - "**מועד הפסקת השב"ן**") בבקשה בכתב להצטרף לפוליסה לכיסוי ביטוחי לניתוחים "מהשקל הראשון", כלומר ללא תלות בזכויות הניתנות למבוטח במסגרת תכנית השב"ן (להלן - "**פוליסת המשך**"), ובכפוף לתשלום דמי ביטוח מלאים כנהוג אצל המבטח באותה עת. נתקבלה הודעה כאמור מהמבוטח בכפוף לאמור לעיל יצורף המבוטח לפוליסת המשך ללא כל תקופת אכשרה וללא הצהרת בריאות חדשה, כאשר תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהא למפרע החל מהמועד שבו הביטול בשב"ן נכנס לתוקף או החל מתחילת תקופת האכשרה בשב"ן, במקרה של מעבר בין קופות חולים, הכל על פי הענין.

גילוי נאות - ביטוח נוסף לפיצוי בגין השתלות בישראל ובחו"ל

כיסוי זה הינו ביטוח נוסף לזה הכלול בפוליסה הבסיסית (להלן: "הפוליסה") ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, ככל שכיסוי זה נרכש וצוין ברשימה המצורפת לפוליסה (להלן: "הרשימה")

חלק א'		
נושא	סעיף	תנאים
כללי	שם הפוליסה	פיצוי להשתלות - ביטוח נוסף לפיצוי בגין הרשמה להשתלות ו/או בצוע השתלות בישראל ובחו"ל
	כיסויים בפוליסה	א. תשלום פיצוי של 50% מסכום הביטוח המפורט בטבלת ההשתלות* בגין קבלת אישור רשמי בפועל של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על רישום המבוטח כמי שקיים לגביו הצורך בהשתלת האיברי/ים ("אישור רישום"): לב, ריאה, אונת ריאה, לבלב, אונת כבד, כליה, מעי וכל שילוב בניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח. ההשתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל. ב. תשלום פיצוי של 100% מסכום הביטוח המפורט בטבלת ההשתלות* בעת קיום התנאים הבאים במצטבר: 1. קבלת אישור רישום. 2. ביצוע השתלה בפועל בהתאם לדין החל במדינה בה בוצעה ההשתלה ובהתאם לחוק השתלת איברים.
	משך תקופת הביטוח	החל ממועד תחילת תקופת הביטוח כמצוין במפרט הפוליסה ולמשך כל החיים. לשאר (ילד של המבוטח עד גיל 18) - החל ממועד תחילת תקופת הביטוח כמצוין במפרט הפוליסה ועד המועד בו יחדל להיות שאר כאמור (לשאר זכות להמשיך את הביטוח ברצף זכויות בהתאם להוראות סעיף 8 לסעיף זה).
	תנאים לחידוש אוטומטי	אין
	תקופת אכשרה	90 יום למעט תאונה
	תקופת המתנה	אין
	השתתפות עצמית	אין

נושא	סעיף	תנאים
שינוי תנאים	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	כעבור 60 יום מהיום בו הודיע המבטח לבעל הפוליסה או למבוטח בכתב על השינוי ובתנאי שהממונה על שוק ההון, הפיקוח והחיסכון אישר את השינוי.
דמי הביטוח	גובה דמי הביטוח	עפ"י המצוין במפרט המצורף. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כמפורט בפוליסה.
	מבנה דמי הביטוח	דמי הביטוח על פי פוליסה זו יקבעו בהתאם לגיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח. דמי הביטוח ישתנו בהתאם לטבלת דמי הביטוח המצורפת לפוליסה זו ומגיל 75 יהיו קבועים. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כמפורט בפוליסה.
	שינוי דמי הביטוח במהלך תקופת הביטוח	כעבור 60 יום מהיום בו הודיע המבטח לבעל הפוליסה או למבוטח בכתב על השינוי ובתנאי שהממונה על שוק ההון, הפיקוח והחיסכון אישר את השינוי.
תנאי ביטול	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	רשאי לבטל בכל עת בהודעה לחברה.
	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	המבטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל אחד מן המקרים הבאים: א. המבוטח ו/או בעל הפוליסה ו/או המשלם אינו/ם משלם/ים או לא שילמו דמי ביטוח. ב. ביטול הפוליסה אליה מצורף ביטוח נוסף זה ג. המבוטח העלים מהמבטח עובדות מהותיות, כקבוע בחוק חוזה הביטוח, תשמ"א - 1981 ("חוק הביטוח"). ד. בהתאם להוראות חוק הביטוח.
חריגים	החרגה בגין מצב רפואי קיים	כן, כמפורט בסעיף 7.1 בכיסוי. בנוסף - חריגים ספציפיים יופיעו במפרט.
	סייגים לחבות המבטח	הסייגים מפורטים, בין היתר, בסעיף 7.2 בפוליסה.

חלק ב'					
פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיצוז תגמול מביטוח אחר
קבלת אישור רישום	תגמולי ביטוח בשיעור של 50% מתגמולי הביטוח כמופיע בטבלת ההשתלוח*	פיצוי	לא	ביטוח מוסף	לא
קיום התנאים הבאים במצטבר: 1. קבלת אישור רישום. 2. ביצוע השתלה בפועל בהתאם לדין החל במדינה בה בוצעה ההשתלה ובהתאם לחוק השתלת איברים	תגמולי ביטוח בשיעור של 100% מתגמולי הביטוח כמופיע בטבלת ההשתלוח*	פיצוי	לא	ביטוח מוסף	לא
הגדרות					
בביטוחי בריאות קיימים מספר סוגי כיסויים:					
1. 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).					
2. ביטוח משלים - ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או השב"ן.					
3. ביטוח מוסף - ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.					

הסכומים המפורסמים בספר הפוליסה הם לפי מדד נובמבר 2011, 523.5864 נק'.
* טבלת ההשתלוח:

סכום הפיצוי בשקלים	האיבר המושל
600,000	לב
600,000	ריאה
300,000	אונת ריאה
500,000	לבלב
300,000	אונת כבד
300,000	כליה
500,000	מעיי
100,000	מח עצמות מתורם אחר
השתלוח שבוצעו בישראל בלבד:	
1000 ₪ לכל יום אישפוז עד לתקרה של 50,000 ₪	מח עצם עצמי**
1000 ₪ לכל יום אישפוז עד לתקרה של 25,000 ₪	תאי גזע מדם טבורי**
1000 ₪ לכל יום אישפוז עד לתקרה של 25,000 ₪	תאים מדם פריפרי**

** הפיצוי יושלם אך ורק בגין ימי אשפוז של המבוטח בבית חולים בישראל בקשר עם ביצוע ההשתלה האמורה, ובכל מקרה לא יותר מהסך המרבי הקבוע בטבלה דלעיל בגין ההשתלה.

מודגש בזאת כי הכיסוי בכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008 ("החוק"), הקובע, בין השאר, כי על נטילת האיבר והשתלתו להיעשות על פי הדין החל באותה מדינה; ואין לחרוג מהוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

מודגש בזאת כי המבטח יהא אחראי אך ורק על פי תנאי הביטוח המלאים המפורטים בפוליסה, על נספחיה. בכל מקרה של סתירה בין הוראות הגילוי הנאות לבין פוליסת הביטוח, יגברו ויחייבו תנאי הפוליסה לכל דבר ועניין.

פיצוי להשתלות - ביטוח נוסף לפיצוי בגין הרשמה להשתלות ו/או בצוע השתלות בישראל ובחו"ל

1. **כיסוי זה הינו ביטוח נוסף לזה הכלול בפוליסה הבסיסית (להלן: "הפוליסה") ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, ככל שכיסוי זה נרכש וצוין ברשימה המצורפת לפוליסה (להלן: "הרשימה").**

2. הגדרות

2.1 **המבוטח:** האדם המבוטח על פי הפוליסה ואשר שמו מופיע ברשימה כמבוטח, לרבות כן/בת הזוג ו/או ילדי המבוטח אם צורפו לביטוח וגילם כמועד הצירוף היה מעל שנה ולא עלה על 18 שנה ואשר שמם מופיע ברשימה כמבוטחים.

2.2 **המבטח:** איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ.

2.3 **יחידת פיצוי:** סכום פיצוי בגין מקרה בטוח בהתאם לאיבר/ים כמפורט בסעיף 5 להלן.

2.4 **ישראל:** מדינת ישראל לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.

2.5 **חו"ל:** כל מדינה מחוץ לישראל למעט מדינות אויב ו/או שטחים בניהול ו/או בשליטת הרשות הפלסטינאית.

2.6 **חוק השתלת איברים:** חוק השתלת איברים התשס"ח-2008

2.7 **השתלה:**

אחת מאלה:

2.7.1 כריתת כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, אונת ריאה, לב, מעי, כליה, לבלב, כבד, אונת כבד וכל שילוב בניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח.

ההשתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

מובהר כי למעט השתלת לב כאמור לעיל, השתלת איבר מלאכותי או איבר שנלקח מבעל חיים של אחד האיברים הכלולים בטבלה, אינה נכללת בהגדרת "השתלה" לצורך פוליסה זו.

2.7.2 השתלת מח עצמות ו/או תאי גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי שמקורם במבוטח עצמו, ואשר כולם בוצעו בישראל בלבד.

כיסוי זה מקנה פיצוי אך ורק להשתלות המתבצעות על פי הוראות חוק השתלת איברים ובכפוף לתנאי כיסוי זה.

2.8 **שאר** - ילד של המבוטח עד גיל 18 שנים.

3. חובת גילוי

- 3.1 ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, תוך שלושים ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל כיסוי זה בהודעה בכתב למבוטח.
- 3.2 ביטל המבטח את הכיסוי הזה מכוח סעיף זה, זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.
- 3.3 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל כיסוי זה מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והמבטח פטור כליל בכל אחת מאלה:
- 3.3.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
- 3.3.2 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.
- 3.4 על אף האמור לעיל, המבטח לא יאזכר לתרופות האמורות בסעיפים 3.1-3.3 במקרים המפורטים להלן:
- 3.4.1 אם ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת חוזה הביטוח או שהמבטח גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;
- 3.4.2 אם העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

4. מקרה הביטוח - כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים להלן, אשר ארעו למבוטח, במהלך תקופת הביטוח:

- 4.1 קבלת אישור רשמי בפועל של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על רישום המבוטח כמי שקיים לגביו הצורך בהשתלת איבר/ים (להלן: "אישור רישום").
- 4.2 קיום התנאים הבאים במצטבר:
- 4.2.1 קבלת אישור רישום, כהגדרתו בסעיף 4.1 לעיל.
- 4.2.2 ביצוע ההשתלה, כהגדרתה לעיל, בפועל בהתאם לדין החל במדינה בה בוצעה ההשתלה ובהתאם לחוק השתלת איברים.

5. סכום הביטוח

פיצוי כמפורט בטבלה שלהלן (להלן: "הטבלה"):

סכום הפיצוי בשקלים	האיבר המושגל
600,000	לב
600,000	ריאה
300,000	אונת ריאה
500,000	לבלב
300,000	אונת כבד
300,000	כליה
500,000	מעיי
100,000	מח עצמות מתורם אחר
השתלות שבוצעו בישראל בלבד:	
1000 ₪ לכל יום אישפוז עד לתקרה של 50,000 ₪	מח עצם עצמיי**
1000 ₪ לכל יום אישפוז עד לתקרה של 25,000 ₪	תאי גזע מדם טבורי**
1000 ₪ לכל יום אישפוז עד לתקרה של 25,000 ₪	תאים מדם פריפרי**

* הפיצוי ישולם אך ורק בגין ימי אשפוז של המבוטח בבית חולים בישראל בקשר עם ביצוע ההשתלה האמורה, ובכל מקרה לא יותר מהסך המרבי הקבוע בטבלה דלעיל בגין ההשתלה.

6. הכיסוי הביטוחי

6.1 קרה מקרה הביטוח כאמור בסעיף 4.1 לעיל, ונתקבל אישור רישום, כאמור לעיל, יפצה המבטח את המבוטח בסך השווה ל-50% מסכום הביטוח הקבוע בטבלה, בהתאם לאיבר שנרשם להשתלה בפועל.

נרשם המבוטח במרכז הלאומי להשתלות בגין שתי השתלות או יותר, יפוצה המבוטח בגין האיבר בגינו נרשם המקנה את הפיצוי הגבוה יותר ובשיעור כדי 50% מהסכום הקבוע בטבלה בגין אותו איבר.

יודגש כי אם נרשם המבוטח בגין השתלה או השתלות וקיבל בגין פיצוי כאמור לעיל, לא יקבל כל פיצוי נוסף אם יירשם לאחר מכן להשתלה נוספת כל עוד לא בוצעה בפועל השתלה בגינה קיבל את הפיצוי. במקרה כזה הפיצוי ששולם בגין ההשתלה שלא בוצעה יהווה פיצוי גם בגין ההשתלה הנוספת.

6.2 בוצעה בפועל השתלה של אחד האיברים שנרשמו בו זמנית ובמשותף, והמבטח השלים את התשלום עבור ביצוע ההשתלה בפועל של אחד מהם, אם יוכח למבטח כי מבחינה רפואית ניתן יהא בעתיד לבצע את ההשתלה הנוספת בפועל, וכי המבוטח עומד בקריטריונים לבצוע ההשתלה הנוספת הנ"ל, ישלם המבטח למבוטח בגין האיבר השני שנרשם 50% מסכום הביטוח הקבוע בגינו בטבלה וזאת בהתאם לקבוע בסעיף 4.1 לעיל. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, אם רופא/י המבטח לא יאשר/ו את הראיות הרפואיות הנוגעות לאפשרות ביצוע ההשתלה בעתיד, תועבר ההחלטה לרופא מומחה בתחום הרלוונטי אשר יבחר במשותף על ידי המבטח והמבוטח והחלטתו תחייב את שניהם. לא הצליחו הצדדים להגיע להסכמה בנוגע לזהות הרופא המומחה, ימונה הנ"ל ע"י יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל והחלטתו תחייב את שניהם. בוצעה ו/או בוצעו ההשתלה/ות לאחר מכן בפועל, יושלם הפיצוי בהתאם לקבוע בסעיף 6.3 שלהלן.

6.3 **פוצה המבוטח בגין מקרה ביטוח בהתאם למפורט בסעיף 6.1 לעיל, ולאחר מכן ביצוע המבוטח את ההשתלה בפועל, כמפורט בסעיף 4.2.2 לעיל, יושלם סכום הפיצוי שקיבל, כאמור, עד לסך הקבוע בטבלה.**

6.4 **פיצוי בגין השתלה אשר בוצעה בפועל המכוסה על פי סעיף 4.2 לכיסוי זה, ובהתאם לתנאים הבאים:**

6.4.1 בוצעה השתלה בפועל של אחד האיברים הכלולים בטבלה והמבוטח לא פוצה על פי סעיף 6.1 לעיל, יפצה המבטח את המבוטח בסך הקבוע בטבלה לאחר שיוכח ביצוע ההשתלה בפועל, ובתנאי שההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים ולפי הדין במדינה בה ההשתלה בוצעה.

6.4.2 בוצעה בפועל במעמד אחד, השתלה של שני איברים או יותר והמבוטח לא פוצה על פי סעיף 6.1 לעיל, יפצה המבטח את המבוטח בגין האיבר המושתל שמקנה את הפיצוי הגבוה יותר הקבוע בטבלה לאחר שיוכח ביצוע ההשתלה לאיבר זה בפועל, ובתנאי שההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים ולפי הדין במדינה בה ההשתלה בוצעה.

6.4.3 בוצעה במבוטח בישראל השתלת מח עצם עצמית או דם טבורי או השתלת דם פריפרי שמקורם במבוטח עצמו, הוא יפוצה לקבוע בטבלה, אך ורק לאחר ביצוע ההשתלה בפועל ולא יחול עליו סעיף 4.1 אם אכן קיים רישום להשתלות אלה.

6.5 השתלת לב מלאכותי בוצעה במבוטח בשלב בו הפסיקה פרוצדורה זו להיות מוגדרת בישראל כנסיונית

השתלת לב מלאכותי, כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

למרות האמור לעיל, במקרה כנ"ל, ובמידה והמבוטח לא פוצה בעת הרישום, יפוצה המבוטח כדי 50%. במידה ופוצה בעת הרישום לא יהא זכאי לכל סכום נוסף.

אם לאחר השתלת הלב המלאכותי יושתל במבוטח לב שנלקח מגופו של אדם אחר בהתאם לחוק השתלת איברים ועל פי הדין במדינה בה בוצעה ההשתלה, יושלם הסכום כקבוע בטבלה.

השתלה חוזרת 6.6

על מנת למנוע כל ספק אפשרי מודגש בזאת כי לא ישולם על פי כיסוי זה בגין השתלה חוזרת לאיבר ששולם בגינו פיצוי בגובה 100%.

השתלה נוספת 6.7

היה המבוטח זקוק במהלך תקופת הביטוח, להשתלה של איבר נוסף, המוגדר בכיסוי זה, יהא זכאי לפיצוי כקבוע בתנאי כיסוי זה.

להדגיש, כי יפוצו על פי כיסוי זה אך ורק השתלות איברים שצויין לגביהן סכום פיצוי 6.8

בטבלה, וכי בכל מקרה לא יעלה סך הפיצוי לאיבר על פי כיסוי זה על הסכום הקבוע בטבלה לכל איבר ואיבר.

7. חריגים

7.1 חריג מצב רפואי קודם

7.1.1 "מצב רפואי קודם" - 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 ב- 6 החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

7.1.2 סייג בשל מצב רפואי קודם - המבטח יהא פטור מתשלום תגמולי ביטוח על פי סעיף 5 לכיסוי זה בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של "מצב רפואי קודם", ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

7.1.3 תוקף הסייג

7.1.3.1 לתקופה של שנה אחת מיום תחילת הביטוח למבוטח, שגילו במועד תחילת הביטוח למבוטח, פחות מ- 65 שנים.

7.1.3.2 לתקופה של חצי שנה מיום תחילת הביטוח למבוטח, למבוטח שגילו 65 שנים או יותר.

7.1.4 על אף האמור לעיל, סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט ברשימה לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה ברשימה לצד אותו מצב רפואי מסוים. כאשר אין מצוינת התקופה לצד אותו מצב רפואי מסוים, יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.

7.1.5 על אף האמור לעיל, סייג בשל מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש ברשימה את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

7.2 חריגים כלליים

כל החריגים הקיימים בפוליסה הבסיסית אליה צורף כיסוי זה יחולו גם על כיסוי זה. ובנוסף מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח ו/או תשלומים אחרים כלשהם בגין תביעה על-פי כיסוי זה, בגין מקרה ביטוח שנגרם במישרין או בעקיפין, על-ידי או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:

7.2.1 מקרה הביטוח ארע לפני מועד תחילת הביטוח שעל פי כיסוי זה ו/או במהלך תקופת האכשרה או מקרה הביטוח ארע לאחר תום תקופת הביטוח.

- 7.2.2 איבוד לדעת או ניסיון לכך, טירוף הדעת, שימוש באלכוהול, שימוש בסמים, שימוש בתרופות שלא נרשמו על-ידי רופא מוסמך או שימוש בתרופות מדף שלא בהתאם להוראות ולהנחיות השימוש בהן, או חבלה גופנית שהמבוטח גרם לעצמו במתכוון.
- 7.2.3 מום או מחלה מולדים בכפוף לסעיף 7.1 לעיל, למעט אם המבוטח התקבל לביטוח על אף המום ו/או המחלה המולדים בנסיבות האמורות בסעיף 7.1.5 לעיל.
- 7.2.4 סיבוכי הריון ו/או לידה ו/או פריון ו/או עקרות למעט ניתוח קיסרי.
- 7.2.5 טיסת המבוטח בכלי טייס כלשהו, פרט לטיסת המבוטח כנוסע במטוס אזרחי בעל רשיון להובלת נוסעים.
- 7.2.6 טיפולים ניסיוניים, הדורשים אישור וועדת הלסינקי, או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות.
- 7.2.7 פעילותו של המבוטח כספורטאי רשום בקבוצת ספורט, עיסוקו של המבוטח בענף ספורט כלשהו בצורה מקצוענית, השתתפות בתחרויות למיניהן.
- 7.2.8 ספורט אתגרי, כדוגמת טיפוס הרים בעזרת מדריכים ו/או חבלים, גלישת מצוקים, סקי מים, רכיבה על אופנוע ים, ספורט חורף הכולל גלישה או החלקה על שלג או קרח, צניחה, גלישה או דאייה באוויר, צלילה, בנג'י, אגרוף, האבקות וכל סוגי קרב מגע למיניהם, צייד, רכיבה על סוסים.
- 7.2.9 השתתפות בפעילות של כוחות הביטחון, לרבות צבא, משטרה, וחברות אבטחה אזרחיות, לרבות בתרגילים או באימונים מכל סוג שהוא.
- 7.2.10 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) על כל צורותיו, לרבות תוצאה חיובית בבדיקת H.I.V או מצבים הנובעים ממחלה זו,
- 7.2.11 חומר גרעיני, קרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, חומרים כימיים או ביולוגיים.
- 7.2.12 נסיבות בהן המבוטח העמיד עצמו בסכנה במודע, אלא אם כן, נעשה הדבר לצורך הצלת נפשות.
- 7.2.13 פטירת המבוטח תוך 30 יום מיום קרות מקרה הביטוח.

8. תוקף הכיסוי:

כיסוי זה יכנס לתוקפו במועד המצוין ברשימה ובכפוף לקיום פוליסה תקפה. למעט אם נקבע אחרת ברשימה, הכיסוי יישאר בתוקפו כל עוד לא הגיע לידי סיום ו/או בוטל בהתאם להוראות הכיסוי, ו/או הרשימה ו/או הפוליסה ו/או על-פי הדין. ביחס לשאר, הכיסוי הביטוחי על-פי הפוליסה יגיע לידי סיום, כאשר **השאר יגיע לגיל 18 שנים. למען הסר ספק מובהר בזאת, כי אדם שחדל להיות שאר כהגדרתו בכיסוי זה לא יחשב כמבוטח.**

- 8.1 על אף האמור לעיל, מובהר בזאת כי מי שחדל להיות שאר כהגדרתו בכיסוי או שאר שהגיע לגיל 18 שנים במהלך תקופת הביטוח יהיה זכאי להמשיך ולהיות מבוטח על פי כיסוי זה ללא צורך בתקופת אכשרה, חיתום והצהרת בריאות, אם בחר בכך. המשכיות הביטוח כאמור תעשה כנגד בקשת השאר בכתב למבטח תוך 30 יום, מיום הגיעו לגיל 18 שנים או מיום שחדל להיות שאר כהגדרתו בכיסוי, לפי המוקדם.
- 8.2 מוסכם כי המבטח ישלח למבוטח ו/או לבעל הפוליסה הודעה בכתב לפחות 60 יום בטרם תסתיים תקופת הביטוח עבור השאר.
- 8.3 דמי הביטוח לשאר ייבחר להמשיך להיות מבוטח כאמור בסעיף 8.1 לעיל, יהיו בהתאם לנהוג אצל המבטח באותה עת.

9. שינוי דמי הביטוח ותנאי הביטוח

המבטח זכאי לשנות את דמי הביטוח ותנאי הביטוח לכלל המבוטחים בביטוח זה. שינוי כזה יאה תקף בתנאי שהממונה על שוק ההון, הביטוח והחיסכון אישר את השינוי והוא יכנס לתוקף 60 יום לאחר שהודיע המבטח בכתב למבוטח על כך.

10. תקופת אכשרה:
המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח על פי כיסוי זה בגין מקרה ביטוח אשר קרה במהלך 90 הימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח שעל פי כיסוי זה, למעט מקרה ביטוח אשר התעורר ו/או ארע עקב תאונה שהתרחשה לאחר מועד תחילת הביטוח.

11. הצמדה
דמי הביטוח לכיסוי זה ויחידת סכום הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן בכפוף לתנאי ההצמדה של הפוליסה.

12. תביעות
לאחר קרות מקרה הביטוח יפצה המבטח את המבוטח על פי התחייבויותיו על פי כיסוי זה עבור ההשתלה/ות.

12.1 על המבוטח להודיע מיד למבטח על הצורך בהשתלה ולמסור לו את כל המסמכים הרפואיים והאחרים שיידרשו על ידיו לבירור חבותו.

12.2 המבטח יהיה זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה באופן סביר, לבדוק את המבוטח ע"י רופא אחד או יותר מטעמו. הכל כפי שייקבע על ידו וכפי שימצא לנכון.

12.3 בנוסף ומבלי לגרוע מהאמור לעיל, כתנאי לקבלת פיצוי על פי הכיסוי, על המבוטח להמציא אישור רישום, ואם בצע את ההשתלה בפועל יהא עליו למסור למבטח את כל הפרטים הקשורים לתביעתו וכן את כל המסמכים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו לרבות מסמכים ואישורים המעידים על כך שביצוע ההשתלה עומד בהוראות "חוק השתלת איברים" ובהתאם לדין במדינה בה בוצעה ההשתלה.

13. התיישנות
תקופת התיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

14. ביטול הביטוח
תוקף כיסוי זה יפוג מאליו:
14.1.1 עם ביטול הפוליסה אליה מצורף כיסוי זה.
14.1.2 בתום תקופת הביטוח של הפוליסה אליה מצורף.
14.2 לגבי השאר - בהגיע השאר לגיל 18 כמפורט בסעיף 8 לעיל.

15. תחילת הכיסוי
בכל מקרה בו התוסף כיסוי זה לפוליסה בכל עת שהיא לאחר עריכתה, הוא ייכנס לתוקף מיום הוספתו לפוליסה ובכפוף לאמור בסעיף "תוקף הפוליסה" שבתנאים הכלליים של הפוליסה. מבלי לפגוע מכלליות האמור לעיל, יש למנות ביחס לכיסוי זה את מספר השנים בקשר לסעיף "חובת הגילוי" שבתנאים הכלליים של הפוליסה, רק מיום הוספתו לפוליסה.

גילוי נאות - ביטוח נוסף לשיפוי בגין תרופות מיוחדות, אשר אינן בסל שירותי הבריאות

כיסוי זה הינו ביטוח נוסף לזה הכלול בפוליסה הבסיסית (להלן: "הפוליסה") ומאוהו חלק בלתי נפרד ממנה, ככל שכיסוי זה נרכש וצוין ברשימה המצורפת לפוליסה (להלן: "הרשימה").

חלק א'		
נושא	סעיף	תנאים
כללי	שם הפוליסה	תרופות מיוחדות - כיסוי ייחודי ומקיף
	הכיסויים בפוליסה	1. רכישת תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, וכלולה ברשימת התרופות המאושרות. 2. רכישת תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, אינה כלולה ברשימת התרופות המאושרות, ובתנאי שההתוויה הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אושרה ע"י הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות. 3. רכישת תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אך להתוויה רפואית השונה מזו הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי שההתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח אושרה ע"י הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות. 4. רכישת תרופת OFF LABEL , כהגדרתה בכיסוי זה, בגין כל מחלה. 5. רכישת תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות המוכרת כתרופת יתום כהגדרתה בכיסוי זה, להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח.
	משך תקופת הביטוח	החל ממועד תחילת תקופת הביטוח כמצוין במפרט הפוליסה ולמשך כל החיים. לשאר (ילד של המבוטח עד גיל 18) - החל ממועד תחילת תקופת הביטוח כמצוין במפרט הפוליסה ועד המועד בו יחדל להיות שאר כאמור (לשאר זכות להמשיך את הביטוח ברצף זכויות בהתאם להוראות סעיף 6.1.2 לפוליסה הבסיסית).
	תנאים לחידוש אוטומטי	אין
	תקופת אכשרה	אין
תקופת המתנה	אין	
השתתפות עצמית	300 ₪ לחודש בגין תרופה שעלותה החודשית הינו עד 5,000 ₪ בחודש.	

שינוי תנאים	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	כעבור 60 יום מהיום בו הודיע המבטח לבעל הפוליסה בכתב על השינוי ובתנאי שהמפקח על הביטוח אישר את השינוי.
דמי הביטוח	גובה דמי הביטוח	עפ"י המצוין במפרט המצורף לכיסוי זה. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כמפורט בפוליסה.
	מבנה דמי הביטוח	<ul style="list-style-type: none"> • עד גיל 75 - דמי ביטוח משתנים בהתאם לגיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח ועפ"י טבלת דמי הביטוח המצורפת לפוליסה הבסיסית. • מגיל 75 - דמי ביטוח קבועים. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כמפורט בפוליסה.
	שינוי דמי הביטוח במהלך תקופת הביטוח	כעבור 60 יום מהיום בו הודיע המבטח לבעל הפוליסה בכתב על השינוי ובתנאי שהמפקח על הביטוח אישר את השינוי.

תנאי ביטול	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	בכל עת בהודעה למבטח על פי המצוין בסעיף 11.2 לפוליסה הבסיסית.
	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	המבטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל אחד מהמקרים הבאים: א. המבוטח ו/או בעל הפוליסה ו/או המשלם אינו משלם או לא שילם דמי ביטוח. ב. ביטול הפוליסה הבסיסית אליה מצורף כיסוי זה. ג. המבוטח העלים מהמבטח עובדות מהותיות, כקבוע בחוק חוזה הביטוח, תשמ"א - 1981 (" חוק הביטוח "). ד. בהתאם להוראות חוק הביטוח.
חריגים	החרגה בגין מצב רפואי קיים	כן, כמפורט בסעיפים 5.1 לפוליסה הבסיסית ובסעיף 8 לכיסוי זה. בנוסף - חריגים ספציפיים יופיעו במפרט.
	סיווגים לחבות המבטח	הסיווגים מפורטים, בין היתר, בסעיף 5 לפוליסה הבסיסית, וסעיף 7 לכיסוי זה.

חלק ב'					
פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמול מביטוח אחר
תרופות הנכללות בכיסוי	רכישת תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, וכלולה ברשימת התרופות המאושרות. רכישת תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, אינה כלולה ברשימת התרופות המאושרות, ובתנאי שההתוויה הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אושרה ע"י הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות. רכישת תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אך להתוויה רפואית השונה מזו הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי שההתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח אושרה ע"י הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות. רכישת תרופת OFF LABEL , כהגדרתה בכיסוי זה, בגין כל מחלה. רכישת תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות המוכרת כתרופת יתום כהגדרתה בכיסוי זה, להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן
סכום ביטוח מרבי לכל תקופת הביטוח	עד 1,500,000 ₪ סכום ביטוח מרבי, יתחדש אחת ל-5 שנים, למעט לתרופות Off Label , כמפורט בסעיף 6.2 לכיסוי זה. לתרופות Off Label כמפורט בסעיף 6.2 לכיסוי זה - עד 50,000 ₪ לחודש למשך 10 חודשים קלנדאריים רצופים לכל תקופת הביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן
כיסוי לשירות או טיפול רפואי הכרוך במתן התרופה	עד 150 ₪ ליום, לתקופה של עד 60 יום במצטבר.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן

הגדרות

בביטוחי בריאות קיימים מספר סוגי כיסויים:

1. **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).
2. **ביטוח משלים** - ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או השב"ן.
3. **ביטוח מוסף** - ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.

הסכומים המפורסמים בספר הפוליסה הם לפי מדד דצמבר 2012, 532.145 נק'.

מודגש בזאת כי המבטח יהא אחראי אך ורק על פי תנאי הביטוח המלאים המפורטים בפוליסה, על נספחיה. בכל מקרה של סתירה בין הוראות חוברת זו לבין פוליסת הביטוח, יגברו ויחייבו תנאי הפוליסה לכל דבר ועניין.

תרופות מיוחדות

ביטוח נוסף לשיפוי בגין תרופות מיוחדות, אשר אינן בסל שירותי הבריאות

- 1. כיסוי זה הינו ביטוח נוסף לזה הכלול בפוליסה הבסיסית (להלן: "הפוליסה") ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, ככל שכיסוי זה נרכש וצוין ברשימה המצורפת לפוליסה (להלן: "המפרט").**
- 2. הגדרות:**

נוסף להגדרות הכלליות בפוליסה, אשר יחולו במלואן גם על ביטוח נוסף זה, יתווספו ההגדרות הבאות:

2.1 תרופה - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ו/או לשם החלמתו של המבוטח ו/או לשם מניעת החמרת מצבו הרפואי של המבוטח (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) ו/או למניעת הישנות מצבו הרפואי של המבוטח, כתוצאה ממחלה או תאונה, ואשר נכלל ברשימת התרופות המאושרות ע"י הרשויות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.

2.2 טיפול תרופתי - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך, שלא במהלך ניתוח ו/או אישפוז בבית חולים כהגדרתו בפוליסה, למעט טיפול הניתן במסגרת אישפוז יום.

2.3 רשימת התרופות המאושרות - רשימת התרופות המאושרות הרשומות על פי פקודת הרוקחים [נוסח חדש], תשמ"א - 1981 (להלן: "פקודת הרוקחים") ו/או על פי תקנות הרוקחים (תכשירים), תשמ"ו - 1986 (להלן: "תקנות הרוקחים"), או על פי כל הוראת דין אשר תבוא במקומן, המתפרסמת על ידי הרשות המוסמכת בישראל, כפי שתעודכן מעת לעת.

2.4 המדינות המוכרות - ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד ו/או כל אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או מדינות שהיו במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA) לפני מאי 2004.

2.5 סל שירותי הבריאות - כל השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופת החולים, כהגדרתה בפוליסה, לחבריה. השירותים הניתנים הן על פי חוק הבריאות, כהגדרתו בפוליסה והן על פי מחויבות אחרת של קופת החולים לכלל חבריה. למעט, מחויבות קופת החולים לחבריה אשר בוטחו במסגרת שירותי בריאות נוספים (שב"ן).

2.6 מרשם - מסמך, החתום על ידי רופא מומחה, כהגדרתו בפוליסה, על פי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי, קבע את אופן השימוש בתרופה, את מינונה ואת משך הטיפול בה.

2.7 בית מרקחת - מוסד המורשה על פי כל דין לשווק ולמכור תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השירות").

2.8 מחיר מירבי מאושר - הסכום המאושר, מעת לעת, לגבייה בגין תרופה, על ידי הרשויות המוסמכות בישראל.

2.9 השתתפות עצמית חודשית למרשם - סכום חלקו של המבוטח בהוצאה החודשית בגין רכישת תרופת מרשם. מובהר בזאת כי מחויבות המבטח לתשלום בגין זה, תהא לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית על ידי המבוטח.

2.10 תרופת OFF LABEL - תרופה, שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואושרה לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות, אך להתוויה רפואית שונה מזו הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

2.10.1 פרסומי ה-FDA

- American Hospital Formulary Service Drug Information 2.10.2
- US Pharmacopoeia - Drug Information 2.10.3
- Drugex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות להלן): 2.10.4
- 2.10.4.1 עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa.
- 2.10.4.2 חוזק הראיות (Strength Of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B.
- 2.10.4.3 יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa.
- 2.10.5 תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
- NCCN 2.10.5.1
- ASCO 2.10.5.2
- NICE 2.10.5.3
- ESMO Minimal Recommendation 2.10.5.4
- 2.10.5.5 שלושה פרסומים מדעיים, מקובלים מהעיתונות הרפואית, שלא הוזכרו לעיל, המוכיחים את יעילותה של התרופה למחלתו של המבוטח. על מנת למנוע כל ספק אפשרי יודגש כי על הפרסומים המדעיים שדלעיל, לעמוד בשני התנאים הבאים במצטבר:
- 2.10.5.5.1 הפרסומים עברו ועמדו ב"ביקורת עמיתים" (Peer reviewed) שמשמעותה אישור הפרסום על ידי סוקרים, הקובעים האם הפרסום ראוי לכמה מדעית.
- 2.10.5.5.2 הפרסום נעשה בעיתונות רפואית שמשמעותה כתבי עת מדעיים ומקובלים ולא בעתונות יומית או בידיעון כלשהו או כזה המתפרסם באמצעות גופים או עמותות הנוגעות לתחום רפואי מסוים.
- 2.11 תרופת יתום** - תרופה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או במצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") של חולים המשתייכים לאחת מאלה:
- 2.11.1 חולים במחלה יתומה שמספרם פחות מ- 200,000 בני אדם בארה"ב.
- 2.11.2 חולים במחלה יתומה שמספרם עולה על 200,000 בני אדם בארה"ב, אך אין ציפיה סבירה שעלות פיתוח התרופה תכוסה ע"י מכירות התרופה בארה"ב לבדה.
- 2.11.3 חולים במחלה יתומה שמספרם לא יותר מ 5 מתוך 10,000 בני אדם באיחוד האירופאי.
- 2.11.4 חולים במחלה יתומה אשר מסיבות כלכליות כנראה לא תפוחנה תרופה ללא תמריצים באיחוד האירופאי.
- קביעת התרופה כתרופה למחלה יתומה תעשה במועד הבקשה לרכישה תרופה מסוג זה ותתבסס על קביעת ה-FDA האמריקאי ו/או ע"י ועדת מוצרים יתומים (COMP) Committee for Orphan Medicinal Products מטעם EMEA. **תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם, לא תחשב תרופת יתום.**
- 2.12 תרופה ניסיונית** - אחת מאלה:
- 2.12.1 תרופה אשר טרם אושרה לשימוש כלשהו על ידי הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות.
- 2.12.2 תרופה אשר טרם אושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול בהתוויה הרפואית הנדרשת למבוטח.

2.12.3 תרופה הנמצאת בשלבי מחקר ובהליכי ניסוי קליני בבני אדם, ללא קשר לרמת הצלחת הניסוי או לשלב הימצאו.

לעניין זה, יובהר כי תרופה Off Label ו/או תרופת יתום כהגדרתן לעיל, לא תיחשב תרופה ניסיונית.

מודגש על מנת למנוע כל ספק אפשרי, כי אם קיים שוני בין ההגדרה הכללית בפוליסה לבין ההגדרה בכיסוי זה, תחול על כיסוי זה אך ורק ההגדרה הקבועה בכיסוי זה.

3. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, הנזקק לטיפול תרופתי, על-פי מרשם. תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח על פי תנאי כסוי זה בכל אחד מאלה:

3.1 רכישת תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, וכלולה ברשימת התרופות המאושרות.

3.2 רכישת תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, אינה כלולה ברשימת התרופות המאושרות, ובתנאי שההתוויה הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אושרה ע"י הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות.

3.3 רכישת תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אך להתוויה רפואית השונה מזו הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי שההתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח אושרה ע"י הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות.

3.4 רכישת תרופת OFF LABEL, כהגדרתה לעיל, בגין כל מחלה.

3.5 רכישת תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות המוכרת כתרופת יתום כהגדרתה לעיל, להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח.

התנאי לקיום מקרה הביטוח הינו כי התרופה איננה תרופה ניסיונית, כהגדרתה לעיל, או תרופה מתחום הרפואה משלימה.

4. הכיסוי הביטוחי

חבות המבטח ותגמולי הביטוח בכל אחד מאלה:

4.1 המבטח ישפה את המבוטח בגין מקרה ביטוח, כהגדרתו לעיל, אשר ארע למבוטח בעת היות כיסוי זה בתוקף, עבור הוצאותיו לרכישת תרופות כנגד קבלות מקוריות, עד תקרת סכום הביטוח המרבי.

4.2 המבטח ישלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה, לכיסוי המינון הנדרש בכל פעם, ובניכוי הסכום שבו השתתפו קופת חולים ו/או השב"ן של קופתו, אם השתתפו, ובניכוי השתתפות עצמית למרשם אשר גובהה הנו על פי סוג התרופה כמפורט בסעיף 5 להלן, עד תקרת סכום הביטוח המרבי.

4.3 המבטח ישפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא בפועל, כנגד קבלות מקוריות ו/או ישלם ישירות לנותני השירות עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך בנטילת התרופה, כאמור לעיל, עד 150 ₪ ליום, ולתקופה שלא תעלה על 60 יום במצטבר.

יובהר, כי הכיסוי על פי סעיף זה יינתן אך ורק בגין נטילת תרופות, אשר המבטח שיפה את המבוטח עבור רכישתן.

4.4 המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידי מרשם. למען הסר ספק, מובהר כי קבלת אישור כאמור הינה תנאי מהותי לאחריות המבטח על פי כיסוי נוסף זה.

4.5 למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם ינתן לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם. אולם אם ניתן למבוטח מרשם לטיפול תרופתי לתקופה פחותה משלושה חודשים יהא המבוטח רשאי להמציא מרשם לחודשיים נוספים, תחומים בידי רופא שאינו רופא מומחה, לפי בחירתו, ובתנאי שאחת לשלושה חודשים ימציא המבוטח מרשם מרופא מומחה. יודגש, כי גם על פי מרשם שניתן לשלושה חודשים ההשתתפות העצמית תנוכה מידי חודש.

5. השתתפות עצמית

- 5.1 בגין תרופות כמפורט בסעיף 3 תשלום השתתפות עצמית בסך 300 ₪ למרשם.
- 5.2 על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, בגין תרופה שעלותה החודשית, על פי מחירה המרבי המאושר, עולה על 5000 ₪, לא תשלום השתתפות עצמית.
- 5.3 **יובהר, כי ההשתתפות העצמית למרשם הינה חודשית ותחול על כל חודש בנפרד.**

6. סכומי הביטוח

- 6.1 סכום הביטוח המרבי שישלם המבטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על-פי סעיף 3 לעיל יהא עד לסך 1,500,000 ₪ לתקופה של חמש שנים. לאחר חמש שנים רצופות מתחילת תקופת הביטוח יחודש סכום זה, לתקופה של חמש שנים נוספות וכך הלאה. סכום זה יחודש אך ורק כאמור בסעיף 6.5 להלן.
- 6.2 **סכום הביטוח המרבי שישלם המבטח מתוך הסך המרבי הקבוע בסעיף 6.1 לעיל, בגין תביעה ו/או תביעות לתרופת OFF LABEL המכוסה על פי סעיף 2.10.5.5, המכיר ב-3 פרסומים מדעיים מקובלים שלא הוזכרו בפרסומים המפורטים בסעיפים 2.10.1 - 2.10.5.4 (כולל), יהא עד לסך של 50,000 ₪ לחודש ולתקופה שלא תעלה על 10 חודשים קלנדאריים רצופים, ועד גבול אחריות כולל של 500,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.**
- 6.3 סכום הביטוח המרבי יתחדש אחת לחמש שנים. בתרופת OFF LABEL חידוש זה יחול אך ורק לגבי התרופות המפורטות בסעיפים 2.10.1 - 2.10.5.4. לא יחודשו סכומי ביטוח לגבי תרופת LABEL OFF על פי סעיף 2.10.5.5.
- 6.4 חידוש סכומי הביטוח ייעשה באופן הבא:
- 6.4.1 מבוטח, אשר בגין תביעתו ו/או תביעותיו על פי כיסוי זה, קיבל מהמבטח את סכום הביטוח המרבי במלואו, יהיה זכאי לסכום ביטוח מרבי נוסף כמפורט בסעיף 6.5 עם חידוש סכום הביטוח כאמור, בכפוף לאמור בסעיף 6.3.
- 6.4.2 מבוטח, אשר בגין תביעתו ו/או תביעותיו על פי כיסוי זה, קיבל מהמבטח חלק מסכום הביטוח המרבי, יהיה זכאי לסכום ביטוח מרבי מלא כמפורט בסעיף עם חידוש סכום הביטוח כאמור, אשר יחליף את יתרת סכום הביטוח שנותרה לאחר תשלומי המבטח. יודגש כי סעיף זה יחול אך ורק לגבי הסכומים המתחדשים בלבד, כקבוע בסעיף 6.5 ובכפוף לאמור בסעיף 6.3.
- 6.5 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על-פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על-פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל. במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה על-פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל.

7. חובת גילוי

- 7.1 ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, תוך שלושים ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל כיסוי זה בהודעה בכתב למבוטח.
- 7.2 ביטל המבטח את הכיסוי הזה מכוח סעיף זה, זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.
- 7.3 **קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל כיסוי זה מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והמבטח פטור כליל בכל אחת מאלה:**
- 7.3.1 **התשובה ניתנה בכוונת מרמה.**

- 7.3.2 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.
- 7.4 על אף האמור לעיל, המבטח לא יהא זכאי לתרופות האמורות בסעיפים 7.1-7.2 במקרים המפורטים להלן:
- 7.4.1 אם ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת חוזה הביטוח או שהמבטח גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;
- 7.4.2 אם העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.
8. חריג מצב רפואי קודם
- 8.1 "מצב רפואי קודם" - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח טרם מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים ב-6 החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 8.2 סייג בשל מצב רפואי קודם - המבטח יהא פטור מתשלום תגמולי ביטוח לכיסוי זה בשל מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של "מצב רפואי קודם", ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 8.3 תוקף הסייג
- 8.3.1 לתקופה של שנה אחת מיום תחילת הביטוח לכיסוי זה למבוטח, שגילו במועד תחילת הביטוח, פחות מ-65 שנים.
- 8.3.2 לתקופה של חצי שנה מיום תחילת הביטוח לכיסוי זה, למבוטח שגילו 65 שנים או יותר.
- 8.4 על אף האמור לעיל, סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט במפרט לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה במפרט לצד אותו מצב רפואי מסוים. כאשר אין מצוינת התקופה לצד אותו מצב רפואי מסוים, יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.
- 8.5 על אף האמור לעיל, סייג בשל מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש ברשימה את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.
9. חריגים נוספים ומיוחדים לכיסוי זה
- מבלי לגרוע מהחריגים הכלליים הקבועים בפוליסה, המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח או תשלומים אחרים כלשהם בגין מקרה ביטוח על-פי כיסוי זה, במקרים הבאים:
- 9.1 תרופות ניסיוניות.
- 9.2 תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה שבוצעו בבית חולים, או במהלך אשפוז בבית חולים כמוגדר בפוליסה (למעט באשפוז יום).
- 9.3 תרופה לטיפול קוסמטיים ו/או אסתטיים.
- 9.4 תרופה לטיפול במחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים.
- 9.5 תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.
- 9.6 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 9.7 מקרה ביטוח הנובע מאלכוהוליזם ו/או התמכרות לסמים אסורים על-פי החוק ו/או שימוש בהם.
- 9.8 טיפול ו/או שרות רפואי הנדרש עקב מום ו/או מחלה מלידה לרבות מחלות תורשתיות ו/או מצב רפואי קודם בהתאם לאמור בסעיף 8 על כל סעיפי המשנה שלו.

- 9.9 טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה משלימה, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.
- 9.10 טיפול תרופתי למבטח הנושא או ישא נוגדנים למחלת הכשל החיסוני הנרכש או צהבת לסוגיה השונים.
- מובהר ומודגש בזאת כי השיפוי יהיה אך ורק בגין עלות התרופה, ולא יינתן שיפוי עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, למעט האמור בסעיף 4.3 לעיל.

10. תביעות

- בנוסף לקבוע בסעיף תביעות בפוליסה יחולו על פי כיסוי זה התנאים שלהלן:**
- המבטח ישלם למבטח את תגמולי הביטוח לפי ביטוח נוסף זה או יעבירם ישירות לנותן השירות שבהסכם אם נתקיימו כל אלה:
- 10.1 המבטח הודיע מראש (בטרם רכישת התרופה) ובכתב, למבטח על מקרה הביטוח וקיבל אישור מהמבטח לחבותו על-פי כיסוי זה. תנאי זה הינו תנאי מהותי לאחריות המבטח. קרה מקרה הביטוח ועקב מצב חירום רפואי נבצר מהמבטח להודיע מראש למבטח, יודיע המבטח למבטח בכתב, סמוך ככל האפשר למקרה הביטוח. במקרה זה ישלם המבטח תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותו.
- 10.2 המבטח חתם על כתב וויתור סודיות רפואית ומסר למבטח את כל הפרטים והמסמכים המקוריים הרפואיים הסבירים והאחרים הדרושים למבטח לברור תביעתו.
- 10.3 המבטח המציא למבטח קבלות מקוריות המאשרות ביצוע התשלום בפועל על ידו.
- 10.4 המבטח יהא זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה המאשרת באופן סביר ולבדוק את המבטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמו, כפי שימצא לנכון.
- 10.5 המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבטח במסגרת כיסוי זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק ישיר ו/או עקיף שיגרם למבטח עקב בחירתו של המבטח ו/או הפנייתו על ידי המבטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל.
- 10.6 המבטח לא ישפה מבטח המצוי מחוץ לגבולות מדינת ישראל למעלה מ-180 ימים ברציפות לאחר קרות מקרה הביטוח, כל עוד שוהה המבטח בחו"ל. מובהר בזאת, כי אם חזר המבטח ארצה והוכיח זכאותו לתגמולי ביטוח כאמור, המבטח ימשיך לשלם בהתאם להוראות כיסוי זה.
- 10.7 במקרה של הפסקת הזכאות לתגמולי הביטוח, על המבטח להודיע על כך מיידית למבטח בכתב רשום ו/או בכל דרך אחרת. תשלומים שקיבל מבטח שלא כדין, יוחזרו למבטח.

11. ביטול הביטוח

- בנוסף לקבוע בפוליסה, תוקף כיסוי זה יפוג מאליו, בקרות אחד המקרים להלן, הקודם מביניהם:
- 11.1 עם ביטול הפוליסה אליה מצורף כיסוי זה.
- 11.2 עם הפסקת תשלום דמי הביטוח, בהתאם לאמור בסעיף 11 לתנאי הפוליסה על כל סעיפי המשנה שלו.

12. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

- 12.1 כיסוי זה כפוף לכל תנאי הפוליסה אליה צורף.
- 12.2 כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטייה מהאמור בפוליסה יחייב לעניין כיסוי זה רק אם נכלל במפורש בכיסוי זה.
- 12.3 במקרה של סתירה בין האמור בכיסוי זה ובין האמור בנספחים אחרים של הפוליסה ו/או האמור בתנאים הכלליים של הפוליסה, יחייב לעניין כיסוי זה, האמור בו.

כיסוי אמבולטורי - שירותי רפואה מתקדמים ("הכיסוי")

כיסוי זה הינו ביטוח נוסף לזה הכלול בפוליסה הבסיסית (להלן: "הפוליסה") ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, ככל שכיסוי זה נרכש וצוין ברשימה המצורפת לפוליסה (להלן: "הרשימה").

א. הגדרות:

1. בנוסף להגדרות הכלולות בפוליסה הבסיסית אשר יחולו במלואן על הכיסוי, יתווספו להגדרות הנ"ל ההגדרות הבאות אשר רלוונטיות לכיסוי זה בלבד:

- 1.1 **החברה ו/או המבטחת** - איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2 **הספק ו/או נותן השירות** - פמי פרימיום בע"מ, ו/או מי מטעמה.
- 1.3 **המבוטח** - האדם אשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמבוטח. בכיסוי זה והינו זכאי לקבלת שירותים על פי הוראות הכיסוי ואשר שולמו בגינם דמי הביטוח במלואם וכסדרם.
- 1.4 **מוקד השירות** - קו טלפון שיפעיל הספק עבור המבוטחים, באמצעותו יווסתו פניות המבוטחים לנותן השירות לשם קבלת השירותים על-פי הכיסוי. מספר הטלפון של מוקד השירות הוא: 03-5688588. הקו יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר שעת סיום צום יום כיפורים. הספק רשאי לשנות את מספר הטלפון של מוקד השירות, בתיאום ובאישור המבטחת, ובלבד שימסור על כך הודעה מראש ובכתב למבוטחים.
- 1.5 **השירות או השירותים** - השירותים הכלולים במפורש ברשימה שבסעיף ב' להלן, בהתאם לתיאור המפורט בצידם שינתנו למבוטח על פי הוראות הכיסוי.
- 1.6 **נותן שירות שבהסכם** - רופא, רופא מומחה, מרפאה וכל גוף אחר המספק שירות לו זכאי המבוטח על פי הכיסוי ועמו התקשר הספק למתן השירותים למבוטחים ובלבד שהינו צד להסכם התקשרות עם הספק במועד פניית המבוטח למוקד לצורך קבלת השירות.
- 1.7 **נותן שירות אחר** - רופא, רופא מומחה, מרפאה וכל גוף אחר שאינו בהסכם עם הספק.
- 1.8 **רופא מומחה שבהסכם** - רופא מומחה עימו התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכיסוי, ובלבד שהיה צד להסכם עם הספק במועד פניית המבוטח לצורך קבלת השירות.
- 1.9 **רופא מומחה אחר** - רופא מומחה אשר אינו רופא מומחה שבהסכם.
- 1.10 **יועצת הנקה** - מי שהוסמכה ע"י IBCLC (ארגון ההנקה הבינלאומי) - לרבות המורשים להסמיך בשמם, בישראל.
- 1.11 **המועד הקובע** - מועד כניסתו לתוקף של הכיסוי, לגבי המבוטח, על פי רישומי המבטחת. רישומי המבטחת יהוו ראייה חלוטה לאמור בהם.
- 1.12 **תקופת אכשרה** - תקופה זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח במועד הקובע ותסתיים בתום המועד הנקוב לגבי כל שירות. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד כל עוד הכיסוי הינו בתוקף ותחול מחדש בכל פעם בה צורך המבוטח לכיסוי מחדש, בתקופות שירות בלתי רצופות. **המבוטח לא יהיה זכאי לשירותים לפני תום תקופת האכשרה.**
- 1.13 **סכום השיפוי המרבי** - הסכום המרבי שישלם הספק למבוטח בגין השירותים בהם זכאי המבוטח להחזרים בהתאם למפורט בכיסוי.
- 1.14 **השתתפות עצמית** - סכומים בהם מחויב המבוטח לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים על פי הכיסוי, כמפורט בפרקי השירות השונים.
- 1.15 **שנה או שנת ביטוח** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה מתחילה במועד הקובע.

- 1.16 דמי הביטוח** - הסכומים שעל המבוטח לשלם מידי חודש, בגין נספח זה, כנקוב בדף פרטי הביטוח, וזאת כתנאי לקבלת השירותים מהספק על פי הכיסוי.
- 1.17 המשלם** - האדם, חבר בני אדם או תאגיד, המתקשר עם החברה על פי הפוליסה לצורך תשלום דמי הביטוח.
- 1.18 המפקח** - הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.
- 1.19 מרפאת הסדר** - מרפאה עמה התקשר הספק בהסכם עם מתן השירותים המפורטים בכיסוי **ובלבד שהינה צד להסכם עם הספק במועד פניית המבוטח לצורך קבלת השירות.**

ב. השירותים:

- 1.** המבוטח יהא זכאי לקבל את השירותים הכלולים בכיסוי זה **ושירותים אלו בלבד**, כמפורט להלן:
- 1.1** התייעצות עם רופא מומחה.
- 1.2** בדיקות רפואיות אבחנתיות.
- 1.3** שירותי רפואה מונעת:
- 1.3.1 בדיקת סקר לגילוי מחלת סרטן.
- 1.3.2 בדיקת סקר מנהלים.
- 1.4** שירותי סל הריון.
- 1.5** שירותי "מקסימום בריאות".

ג. פירוט השירותים:

- 1.** **התייעצות עם רופא מומחה:**
- 1.1** המבוטח יהא זכאי ל-4 התייעצויות בשנת ביטוח עם רופאים מומחים. **למעט התייעצות עם רופא משפחה, רופא נשים בטיפול בבעיות שגרתיות ולהתייעצות לצורך מתן חוות דעת משפטית.**
- 1.2** בחר המבוטח לפנות לרופא מומחה שבהסכם ישלם המבוטח דמי השתתפות עצמית בסך של 90 ₪ בגין כל התייעצות.
- 1.3** בחר המבוטח לפנות לרופא מומחה אחר, ישפה הספק את המבוטח בגין התייעצות עד לסכום השיפוי המרבי ובכפוף לתשלום דמי השתתפות עצמית כדלהלן:
- 1.3.1 **בגין התייעצות ראשונה בשנת הביטוח** - יהיה זכאי המבוטח להחזר של 80% מההוצאות הממשיות שהוצאו על-ידי המבוטח בפועל בגין התייעצות ולא יותר מ- 750 ₪ להתייעצות.
- 1.3.2 **בגין ההתייעצות השנייה, השלישית והרביעית בשנת הביטוח** - יהיה זכאי המבוטח להחזר של 80% מההוצאות הממשיות שהוצאו על-ידי המבוטח בפועל בגין ההתייעצות ולא יותר מ- 450 ₪ להתייעצות.
- 1.4** **מובהר כי דין התייעצות חוזרת כדן התייעצות מן המניין על-פי סעיף 1.1. לעיל.**
- 1.5** **המבוטח יהיה זכאי לקבלת השירותים על פי סעיף זה, לאחר תקופת אכשרה בת 3 חודשים מהמועד הקובע.**

2. בדיקות רפואיות אבחנתיות:

- 2.1** מבוטח שניתנה לו הפנייה בכתב מהרופא לקבלת בדיקות רפואיות אבחנתיות הכלולות ברשימה שלהלן (אחת או יותר), יהיה זכאי לקבלן באמצעות נותן שירות שבהסכם או לשיפוי בגינו, על פי המפורט להלן:
- 2.2** רשימת הבדיקות הרפואיות האבחנתיות כוללת את הבדיקות שלהלן, **ובדיקות אלו בלבד:**

- 2.2.1 בדיקות רנטגן.
- 2.2.2 הדמיה באמצעות **P.E.T C.T**.
- 2.2.3 הדמיה באמצעות אולטרסאונד.
- 2.2.4 הדמיה באמצעות **C.T**.
- 2.2.5 הדמיה באמצעות טומוגרפיה ממוחשבת **M.R.I**.
- 2.2.6 צנתור וירטואלי.
- 2.2.7 קולונוסקופיה וירטואלית.
- 2.2.8 גלולה להראיית המעי הדק.
- 2.3** בדיקת צנתור וירטואלי כאמור בסעיף 2.2.6 תאפשר למבוטח רק במידה ורופא מטפל הפנה את המבוטח לביצוע הצנתור.
- 2.4** בחר המבוטח לפנות למרפאת הסדר לביצוע הבדיקה, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בגובה 20% מסכום השיפוי המרבי בגין הבדיקה אצל נותן שירות שבהסכם, כפי שמפורט להלן בסעיפים 2.5.1, 2.5.2.
- 2.5** בחר המבוטח לפנות לנותן שירות שלא בהסכם לצורך ביצוע הבדיקה, ישפה הספק את המבוטח בגובה 80% מההוצאות שהוצאו על-ידי המבוטח בפועל, בגין הבדיקה ולא יותר מסכום השיפוי המרבי לבדיקה כמפורט להלן:
- 2.5.1 סכום השיפוי המרבי בגין הבדיקות הכלולות בסעיפים 2.2.1-2.2.7 הינו 4,000 ₪ לכל בדיקה אך לא יותר מסכום השיפוי המרבי לשנה לכל הבדיקות האבחנתיות, כאמור בסעיף 2.6. להלן.
- 2.5.2 סכום השיפוי המרבי בגין הבדיקה הכלולה בסעיף 2.2.8 הינו 4,500 ₪ לבדיקה אך לא יותר מסכום השיפוי המרבי לשנה לכל הבדיקות האבחנתיות, כאמור בסעיף 2.6 להלן.
- 2.6** סכום השיפוי המרבי לשנה למבוטח לכל הבדיקות האבחנתיות הינו **11,000 ₪**. ביצע המבוטח את הבדיקה במרפאת הסדר, עלותה לצורך קביעת סכום השיפוי המרבי לשנה תהיה בהתאם לסכום השיפוי המרבי לבדיקה כפי שמפורט לעיל בסעיפים 2.5.1-2.5.2, בקיזוז סכום ההשתתפות העצמית.
- 2.7 המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף זה, לאחר תקופת אכשרה בת 3 חודשים מהמועד הקובע.**

3. שירותי רפואה מונעת:

- 3.1** בדיקות סקר לגילוי סרטן ("הסקר לגילוי סרטן"):
- 3.1.1 המבוטח זכאי לבצע בדיקת סקר תקופתית **אחת ל-3 שנים**, אשר כוללת את הבדיקות המפורטות ברשימה הסגורה שלהלן:
- 3.1.1.1 מיפוי גורמי סיכון אישיים לפתח סוגי סרטן שונים (בליווי שאלון מובנה).
- 3.1.1.2 בדיקת רופא מומחה בתחום (בין היתר בדיקת חלל הפה, עור, ערמונית, בלוטת התריס, אשכים ועוד).
- 3.1.1.3 מתן יעוץ אישי להפחתת גורמי הסיכון.
- 3.1.1.4 בדיקת שד ע"י כירורג.
- 3.1.1.5 בדיקת ממוגרפיה.
- 3.1.1.6 בדיקת דם בשתן.
- 3.1.1.7 בדיקה גינקולוגית.
- 3.1.1.8 בדיקת צוואר הרחם **PAP**.
- 3.1.1.9 בדיקת אולטרסאונד וגינאלי.

3.1.1.10 בדיקת פולימורפיזם בגן של **APC** מ-**DNA** שמופק מדם פריפרי לגילוי מוקדם של סרטן מעי גס וחלחולת.

3.1.1.11 בדיקת **PSA** לגילוי מוקדם של סרטן הערמונית.

3.1.2 בחר המבוטח לבצע את הסקר לגילוי הסרטן באמצעות ספק שבהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך של 350 ₪ עבור הסקר, כאמור.

3.1.3 בחר המבוטח לבצע את הסקר לגילוי הסרטן אצל נותן שירות שאינו בהסכם, ישפה הספק את המבוטח בגין הסקר כאמור, בגובה 50% מההוצאות הממשיות שהוצאו בגינו ולא יותר מ- 400 ₪.

3.1.4 בסיום הבדיקות המפורטות לעיל יינתן למבוטח תיק מודפס הכולל המלצות וסיכום הניתן ע"י רופא.

3.1.5 הבדיקות המפורטות בסעיף 3.1.1 לעיל יבוצעו אצל נותן שירות אחד ובמועד אחד, ככל הניתן, וחריגה מכך מחייבת את אישור הספק מראש.

3.1.6 המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף זה, לאחר תקופת אכשרה בת 3 חודשים מהמועד הקובע.

3.2 בדיקת סקר מנהלים ("סקר מנהלים")

3.2.1 המבוטח זכאי לבצע בדיקת סקר מנהלים **אחת לשנתיים** אשר כוללת בתוכה את הבדיקות המפורטות ברשימה הסגורה שלהלן בלבד:

3.2.1.1 בדיקת רופא מקיפה.

3.2.1.2 בדיקות דם ומעבדה הכוללות ספירת דם, אלקטרוליטים, תפקודי כבד וכליות, שומנים בדם (כולסטרול וטריגליצרידים).

3.2.1.3 בדיקת לחץ דם, בדיקת גובה ומשקל, בדיקת דם בצואה, בדיקת בלוטת הפרוסטטה, בדיקת ראייה ושמיעה, לחץ תוך עיני.

3.2.1.4 בדיקת תפקודי ריאה, צילום חזה.

3.2.1.5 בדיקת לב - א.ק.ג, בדיקת לב במאמץ ופענוח קרדיולוג מומחה - ארגומטריה.

3.2.2 בחר המבוטח לבצע את הבדיקות באמצעות נותן השירות שבהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך של 150 ₪ עבור סקר המנהלים.

3.2.3 בחר המבוטח לבצע את סקר המנהלים אצל נותן שירות שאינו בהסכם, ישפה הספק את המבוטח בגין הסקר כאמור, בגובה 50% מההוצאות הממשיות שהוצאו בגינו ולא יותר מ- 500 ₪.

3.2.4 בסיום הבדיקות המפורטות בסעיף 3.2.1 לעיל יינתן למבוטח תיק מודפס הכולל המלצות להמשך טיפול וסיכום ע"י רופא.

3.2.5 הבדיקות יבוצעו אצל נותן שירות אחד ובמועד אחד, ככל הניתן, וחריגה מכך מחייבת אישור מראש ע"י הספק.

3.2.6 המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף זה, לאחר תקופת אכשרה בת 12 חודשים מהמועד הקובע.

4. שירותי סל הריון:

4.1 בדיקות הריון - המבוטחת תהיה זכאית לקבלת החזר מאת הספק, כנגד מסירת קבלות מקוריות או נאמן למקור, בגין ביצוע בדיקות הריון, בסכומים ובתנאים המפורטים להלן:

4.1.1 רשימת הבדיקות הרפואיות שבגינם תהיה זכאית המבוטחת להחזר כוללת את הבדיקות שלהלן, **ובדיקות אלו בלבד:**

4.1.1.1 סקירת מערכות ראשונה.

4.1.1.2 סקירת מערכות שניה.

- 4.1.1.3 בדיקת שקיפות עורפית.
- 4.1.1.4 בדיקת מי שפיר.
- 4.1.1.5 בדיקת סיסני שלייה.
- 4.1.1.6 בדיקות דם לא פולשניות (NIPT).
- 4.1.2 סכום ההחזר המרבי בגין ביצוע הבדיקות המפורטות בסעיף 4.1.1 הינו 80% מההוצאות שהוצאו על-ידי המבוטחת בפועל בגין כל בדיקה ולא יותר מסכום השיפוי המרבי לבדיקה כמפורט להלן:
- 4.1.2.1 סכום ההחזר המרבי בגין ביצוע **בדיקת סקירת מערכות ראשונה או שניה** - הינו ₪1,000 לכל בדיקה.
- 4.1.2.2 סכום ההחזר המרבי בגין ביצוע **בדיקת שקיפות עורפית** הינו 450 ₪ לבדיקה.
- 4.1.2.3 סכום ההחזר המרבי בגין ביצוע **בדיקת מי שפיר או בדיקת סיסני שלייה** או בדיקות דם לא פולשניות (NIPT) הינו 700 ₪ לכל בדיקה.
- 4.1.3 על אף האמור לעיל, סכום ההחזר המרבי בגין כל בדיקות ההיריון כמפורט בסעיפים 4.1.1.1 עד 4.1.1.5 לא יעלה על 2,500 ₪ לכל תקופת ההיריון.**
- 4.2 בדיקות גנטיות:**
- 4.2.1 המבוטחת תהא זכאית להחזר הוצאות שהוצאו על ידה בפועל עבור בדיקות גנטיות עד לסכום מרבי בסך 100 ₪ לכל בדיקה ולא יותר מ-500 ₪ לכלל הבדיקות הגנטיות בתקופת הריון.
- 4.2.2 במקרה בו הומלץ למבוטח (זכר) לבצע בדיקות גנטיות כהשלמה לבדיקות שביצעה אשתו המבוטחת, יהיו זכאים שני בני הזוג המבוטחים לסכום מרבי בסך של 100 ₪ לבדיקה ולא יותר מ-1,000 ₪ לשניהם לכל תקופת הריון.
- 4.2.2 יובהר כי, הזכאות לקבלת השירות למבוטח (זכר) כאמור בסעיף 4.2.2 הינו בכפוף לכך שלשני בני הזוג קיים כיסוי תקף הכולל את השירותים המפורטים בכיסוי זה.
- 4.3 בית החלמה (מלונית) לאחר לידה -**
- 4.3.1 המבוטחת תהא זכאית להחזר בגובה 200 ₪ ליום ועד לתקרה של 7 ימי שהייה בגין ההוצאות שהוצאו על ידה בפועל בגין שימוש בשירותי בית החלמה (מלונית) לאחר הלידה כנגד מסירת קבלה מקורית או נאמן למקור לספק.
- 4.3.2 השירותים המפורטים בסעיף זה, יינתנו פעם אחת בלבד לכל תקופת הריון.
- 4.3.3 למען הסר ספק, הזכאות לשירותים על פי סעיף זה, הינה לאישה מבוטחת בלבד (ולא למבוטח שהינו זכר).
- 4.4 שמירת דם טבורי -**
- המבוטחת תהא זכאית להחזר הוצאות שהוצאו על ידה בפועל עבור מימון איסוף ושימור דם טבורי עד לסכום מרבי בסך 550 ₪ אחת לכל תקופת הריון.
- 4.5 קורס הכנה ללידה:**
- המבוטחת תהא זכאית להחזר הוצאות שהוצאו על ידה בפועל עבור מימון קורס הכנה ללידה עד לסכום ביטוח מרבי בסך 280 ₪ אחת לכל תקופת הריון.
- 4.6 יועצת הנקה:**
- המבוטחת זכאית במהלך השנה ממועד הלידה ל-12 מפגשים עם יועצת הנקה על פי המפורט להלן:
- 4.6.1 בחרה המבוטחת לפנות ליועצת הנקה שבהסכם, תשלם המבוטחת השתתפות עצמית בסך של 40 ₪ בגין כל התייעצות.
- 4.6.2 בחרה המבוטחת לפנות ליועצת הנקה שאינה בהסכם, ישפה הספק את

המבוטחת בגין כל פגישת התייעצות בגובה 50% מההוצאות הממשיות שהוצאו על-ידה בפועל ולא יותר מ-50 ₪ לכל התייעצות.

- 4.6.3 השירותים המפורטים בסעיף זה, יינתנו פעם אחת בלבד לכל תקופת היריון.
- 4.7 המבוטחת תהא זכאית לקבלת השירותים המפורטים בסעיפים 4.1-4.6 רק לאחר תקופת אכשרה של 12 חודשים מן המועד הקובע.**
- 4.8 למען הסר ספק, הזכאות לשירותים על פי סעיף זה למעט סעיף 4.2, הינה לאישה מבוטחת בלבד (ולא למבוטח שהינו זכר).**

5. שירותי "מקסימום בריאות":

- 5.1** המבוטח זכאי לשירות מידע אובייקטיבי למימוש זכויות באמצעות מוקד השירות, בנושאים הבאים:
- 5.1.1 מתן מידע לגבי כיסויים הקיימים במסגרת קופת החולים בה חבר המבוטח בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.
- 5.1.2 מתן מידע לגבי הכיסויים הקיימים במסגרת שירותי הבריאות הנוספים של קופת החולים בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.
- 5.1.3 מתן מידע לגבי הכיסויים הקיימים במסגרת הזכויות המגיעות מביטוח לאומי בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.
- 5.2** למען הסר ספק, הייעוץ הניתן אינו יעוץ משפטי.
- 5.3** השירות יינתן במסגרת מוקד ייעודי של הספק בלבד והמבוטח לא יהיה זכאי לשירותים אלו אצל נותן שירות אחר ו/או לשיפוי או כל תשלום אחר בגינן.
- 5.4** השירות על פי סעיף זה יינתן ללא הגבלה של מספר הפניות מצד המבוטח ואינו כרוך בתשלום דמי השתתפות עצמית. השירותים המפורטים בסעיף זה אינם כפופים לתקופת אכשרה.

ד. אופן קבלת השירותים:

- 1.** בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על פי הכיסוי, על המבוטח לפנות תחילה למוקד השירות ולפעול בהתאם להוראות המפורטות בכיסוי שלהלן.
- 2. קבלת אישור הספק מראש ובכתב לקבלת השירותים או לשיפוי בגינם טרם ביצוע השירותים בפועל הינה תנאי מהותי לאחריות הספק על-פי כיסוי זה.**
- 3.** נזקק המבוטח לשירותים על-פי כיסוי זה, יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו, מספר תעודת הזהות, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו, ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי בגינו נזקק המבוטח לשירות, ככל שיתבקש.
- 4.** מוקד השירות יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר שעת סיום צום יום כיפורים. הספק רשאי לשנות את מספר הטלפון של מוקד השירות, בתיאום ובאישור החברה, ובלבד שימסור על כך הודעה מראש בכתב למבוטח.
- 5. לשם מתן השירות ימסור המבוטח לספק ו/או למוקד השירות ו/או לנותן שירות, לפי העניין, את מלוא המידע הרפואי הידוע לו, כפי שיידרש על ידי הספק ו/או מוקד השירות ו/או נותן השירות, לפי העניין.**
- 6.** השירותים המפורטים בכיסוי זה, יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
- 7.** על המבוטח להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו.
- 8.** עם סיום כל טיפול, יחתום המבוטח על ספח ביקורת המאשר את קבלת השירות.
- 9. השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד או השטחים המוחזקים אשר נמצאים בשליטת ישראל.**
- 10.** במקרה של קבלת שירות אצל נותן השירות שבהסכם יחולו ההוראות הבאות:

- 10.1** המבוטח יהא זכאי לבחור את נותן השירות ממנו יקבל את השירות מתוך רשימה של נותני שירות בהסכם כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו למוקד השירות. רשימת נותני השירותים שבהסכם תשתנה מעת לעת.
- 10.2** מוקד השירות, יתאם את מועד השירות עם נותן השירות שבהסכם תוך 2 ימי עסקים מקבלת פניית המבוטח למוקד. במקרה של סדרת טיפולים, מועדי יתר הטיפולים (למעט הטיפול הראשון) יתואמו ע"י המבוטח מול נותן השירות שבהסכם.
- 11.** השירותים על-פי הכיסוי יינתנו בשעות הפעילות הרגילות וללוח העבודה של נותן השירות שבהסכם.
- 12.** במקרה שמבוטח יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על-פי הכיסוי, יודיע על כך המבוטח למוקד השירות באופן מיידי ולא פחות מ- 12 שעות טרם מועד הטיפול. למען הסר ספק, מובהר כי על המבוטח להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות שבהסכם.
- 13.** מחויבות הספק, בטיפולו בפניה של מבוטח לקבלת השירות אצל נותן שירות שבהסכם, תסתיים במוקדם מבין שני האירועים המפורטים להלן:
- 13.1 הפנית המבוטח לנותן השירות בפועל.
- 13.2 ביטול הפנייה לקבלת השירות על ידי הודעת המבוטח למוקד השירות.
- 14.** במקרים בהם בחר המבוטח לקבל שירותים באופן של קבלת החזר בגין הוצאות בפועל אצל נותן שירות אחר, יחולו גם ההוראות שלהלן:
- 14.1** כל תשלום אשר לו מהספק לפי הכיסוי, ישולם למבוטח, לאחר אישור התביעה, תוך 30 יום ממועד מסירת חשבונית במקור או נאמן למקור לספק. חשבונית המבטיחה שתועבר לספק מהווה תנאי להעברת התשלום למבוטח.
- 14.2** תצלום או העתק, של חשבונית המס גם אם אושרה כתואמת למקור, לא תוכר כבסיס לתשלומים על-פי הכיסוי.
- 14.3** הספק ישפה את המבוטח אך ורק בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. למען הסר ספק לא יינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות לטיפולים עתידיים.
- 14.4** אחריות לתאום וביצוע השירותים תהא על המבוטח בלבד.

ה. אחריות

- 1.** האחריות בגין השירותים הניתנים על ידי נותן השירות, בין בהסדר ובין שלא בהסדר, תחול על נותן השירות, והחברה לא תהיה אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- 1.1 איכות הבדיקות, ההתייעצויות והפרוצדורות הרפואיות נשוא כיסוי זה.
- 1.2 רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק, לגוף או לרכוש, או הפסד, אבדן או תוצאה אחרת מכלמין/אוסוג שהוא שייגרם למבוטח/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים, אם בשל מעשה או בשל מחדל של נותן השירות, אם בשל נזק ישיר או נזק עקיף.
- 1.3 הוצאות שהוציא המבוטח עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכיסוי זה.
- 1.4 מבלי לגרוע מן האמור לעיל, מובהר, למען הסר ספק, כי החברה אינה המעסיקה של הספק ו/או של נותן השירות ולא תהא אחראית כלפי מבוטח או מאן דהוא אחר בגין מעשים ו/או מחדלים של הספק ו/או נותן השירות, בכל מקרה ובכל עניין לרבות אי מתן השירותים נשוא כיסוי זה.
- 2.** במקרה שפעילות הספק או חלק משמעותי ממנה תפגע על ידי מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק, פטור הספק מלתת את השירותים על פי כיסוי זה והחברה ו/או הספק לא יהיו אחראים לכל נזק כתוצאה מכך.

1. תוקפו של הכיסוי

1. הכיסוי יהא בתוקף במשך תקופת תוקפה של פוליסת הביטוח וכל עוד משולמים דמי הביטוח.
2. בוטלה פוליסת הביטוח מכל סיבה שהיא או שהפוליסה הגיעה לידי סיום, יסתיים הכיסוי.
3. לא שולמו דמי ביטוח במועדם ו/או במלואם, תהא המבטחת זכאית לבטל את הכיסוי, בהודעה מראש לבעל הפוליסה.
4. **בנוסף לאמור בסעיפים 3-1 לעיל, ומבלי לגרוע מזכויות החברה על פי כל דין או על פי כל הוראה אחרת בכיסוי, תהא רשאית החברה לבטל כיסוי זה לכלל המנויים, בכל עת, לפני תום תקופת הביטוח, במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין המבטחת לבין הספק בקשר עם מתן השירותים נשוא הכיסוי, לאחר שהודיעה על כך בכתב לבעל הפוליסה.**
5. בעל הפוליסה רשאי בכל עת לבטל את זכאותו של המבוטח לשירותים על-פי הכיסוי בהודעה בכתב למבטחת, והביטול ייכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי המבטחת או במועד הנקוב בהודעה, לפי המאוחר.
6. מובהר, כי במועד ביטולו או סיום תוקפו של הכיסוי, מכל סיבה שהיא, תפקע כל זכות של המבוטח לקבלת השירותים על-פי הכיסוי, למעט במקרה שהמבוטח פנה למוקד השירות לקבלת השירותים לפני ביטולו או סיום תוקפו של הכיסוי אך טרם קיבל את השירות הפועל, ולמעט במקרה שהמבוטח התחיל בקבלת השירות נשוא הכיסוי לפני סיום תקפו אך לא השלימו.

2. 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.

3. ח. שונות

1. הזכות לקבלת השירותים על-פי כיסוי זה הינה אישית, ואין המבוטח רשאי להעבירה לאחר.
2. כל התשלומים הנקובים בכיסוי כוללים מע"מ כחוק. באם יחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.
3. במקרה של מספר מבוטחים בפוליסה המבוטחים הזכאים לקבלת השירותים נשוא כיסוי זה, הודעות שנשלחו למבוטח הראשי כהגדרתו בפוליסה, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב לחברה, ייחשבו כהודעות שנמסרו לכל המבוטחים בפוליסה.
4. המבוטח הראשי כאמור ו/או המבוטח מתחייבים להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתם, ולא תישמע מפייהם הטענה כי הודעה כלשהיא לא הגיעה אליהם, אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שנמסרה.
5. כל הודעה ו/או הצהרה לחברה תימסר בכתב.

4. ט. תנאי הצמדה למדד

1. כל הסכומים הנקובים בכיסוי זה ו/או בדף פרטי הביטוח ולרבות דמי ביטוח, סכומי השתתפות עצמית, סכומי השיפוי יהיו צמודים למדד. חישוב הצמדה יעשה בהתאם ליחס שבין המדד החדש ובין המדד הבסיסי.
2. המדד הבסיסי - מצד אפריל 2013, 534.3944 נק'.

3. המדד החדש יהיה כמפורט להלן:

- 3.1 בכל הנוגע לתשלום דמי הביטוח - המדד החדש יהיה המדד האחרון הידוע בראשון לכל חודש שבו מבוצע תשלום דמי הביטוח.
- 3.2 לגבי כל סכום אחר הנקוב בכיסוי זה - המדד החדש יהיה המדד האחרון הידוע במועד ביצוע התשלום על ידי הספק ו/או המבוטח, לפי העניין, ובלבד שלא יפחת מהמדד הבסיסי.

י. מקום השיפוט וברירת דין

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



70 מיליון מבוטחים בעולם
יודעים שהכל בקונטרול

aig.co.il | 1-800-400-400



איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ, הסיבים 25, קריית מטלון, ת.ד. 535 פתח-תקוה 4910001
מכירות טל': 1-800-400-400 או מטלפון נייד *2840 | שירות טל': 03-9272300 פקס: 03-9272424
תביעות טל': 03-9272400 פקס: 03-9272442