AIG MediCare

AIG®

AIG MEDICARE
פוליסת בריאות מהשקל הראשון

תוכן הפוליסה	עמודים
תנאים כלליים לביטוח בריאות	2-16
גילוי נאות ניתוחים בישראל, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות אגב ניתוח כיסוי משקל ראשון	17-20
ניתוחים בישראל, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות אגב ניתוח כיסוי משקל ראשון	21-23
גילוי נאות ביטוח להשתלות	24-27
ביטוח להשתלות	28-31
גילוי נאות - תרופות שאינן מכוסות בסל התרופות	32-35
תרופות שאינן מכוסות בסל התרופות	36-40
אמבולטורי	41-50

תנאים כלליים לביטוח בריאות

איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "**המבטח**") מסכימה לבטח את המבוטח על פי פוליסה זאת, בהסתמך על ההצהרות הכלולות במפרט המהווים חלק בלתי נפרד מפוליסה זו, בכפוף לתשלום דמי הביטוח, ובהתאם להוראות פוליסה זו.
אחריות המבטח על פי פוליסה זו הינה על פי תנאים כלליים אלה, בהתאם לתנאים ולכיסויים המפורטים בה ובתוכניות הביטוח שצורפו לה ולסכומים המצוינים במפרט ובתנאים הכלליים, בגין מקרה ביטוח כהגדרתו להלן ובכל אחת מתוכניות הביטוח שצורפו לה, אשר ארע במהלך תקופת הביטוח.

פרק א' - הגדרות ותנאים כלליים החלים על פוליסה זו ועל כל תוכניות הביטוח שצורפו לה

1. הגדרות כלליות

בפוליסה זו, בתוכניות הביטוח, ובמפרט יהיו המונחים הבאים מוגדרים כלהלן:

1.1 **אשפוז -** שהותו של המבוטח בבית חולים על-פי הוראה מפורשת של רופא מומחה, 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.

1.2 **בית חולים -** מוסד רפואי 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, שאינו סנטוריום (בית החלמה/הבראה), בית חולים למחלות נפש או מוסד שיקומי.

1.3 **בית חולים פרטי -** אחד מאלה:

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

1.4 **בן / בת זוג** - האדם הנשוי למבוטח, או ידוע בציבור המנהל עימו משק בית משותף, אף אם אינו נשוי לו.

1.5 **בעל הפוליסה** - המבוטח או האדם ששמו מצוין במפרט כבעל הפוליסה.

1.6 **גיל המבוטח** - גיל המבוטח ביום הצטרפותו לביטוח יהא לפי יום הולדתו האחרון טרם מועד תחילת הביטוח או לפי יום הצטרפותו, כמצוין במפרט.

1.7 **דמי הביטוח -** הפרמיה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטח על-פי תנאי הפוליסה.

1.8 **המדד הקובע -** המדד הידוע במועד ביצוע תשלום כלשהו על פי תנאי הפוליסה.

1.9 **המפקח -** המפקח על הביטוח - הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

1.10 **הפוליסה -** חוזה ביטוח זה, שנעשה לפי תכנית בסיס או תוכנית בסיס ותכנית נוספת, בצירוף לתנאים כלליים אלו, לרבות חוזה ביטוח שנעשה לפי חבילה, הכולל תנאים כלליים המתייחסים לכל תוכניות הביטוח ו/או הנספחים שצורפו לו - מפרט, הצהרת הבריאות של המועמד לביטוח, וכל תוכנית ביטוח המצורפים לו.

1.11 **השתתפות עצמית** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח על פי תנאי הפוליסה ו/או תוכניות הביטוח.
יובהר כי, תגמולי הביטוח שישלם המבטח הינם בעבור הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות העצמית המפורטת בתנאי הפוליסה ו/או בתוכניות הביטוח, אם פורטה.

1.12 **חדר ניתוח** - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל, לפי הענין, לביצוע הניתוח הרלוונטי, ואישורו תקף במדינה בה הוא מופעל, בהתאם לדין החל באותה מדינה.

1.13 **חו"ל -** כל מקום מחוץ לגבולות מדינת ישראל.
יובהר, לא יינתן כיסוי ביטוחי על פי פוליסה זו במדינות אויב ו/או ברצועת עזה ו/או בשטחים שבשליטת ישראל באזור יהודה ושומרון ו/או בשטחים בשליטה ו/או בניהול הרשות הפלסטינית ו/או במדינה מוחרגת הנקובה במפרט הפוליסה ו/או

באתר המבטח (www.aig.co.il) כמדינה מוחרגת. רשימת המדינות המוחרגות עשויה להתעדכן מעת לעת.

1.14 **חוק הביטוח -** חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.

1.15 **חוק הבריאות -** חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

1.16 **טיפול נסיוני -** כל טיפול הדורש אישור וועדת הלסינקי ו/או טיפול שלא הוכר לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח באף אחת מהמדינות המוכרות.

1.17 **ישראל -** מדינת ישראל, לרבות השטחים ביהודה ושומרון שבשליטתה.

1.18 **מבוטח -** האדם המבוטח על פי פוליסה זאת, אשר שמו מצוין במפרט. .

1.19 **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.

1.20 **מדד הבסיס -** המדד האחרון הידוע במועד תחילת הביטוח.

1.21 **מוטב -** הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח בקרות מקרה ביטוח.
בהיעדר קביעת מוטב מפורשת על ידי המבוטח, יהיה המוטב המבוטח, ולאחר מותו - יורשיו החוקיים.

1.22 **מועד החידוש -** הראשון ביוני, אחת לשנתיים, לאחר מועד החידוש הראשון.

1.23 **מועד תחילת הביטוח -** המועד הרשום במפרט כתאריך תחילת הביטוח.

1.24 **מחירון המבטח -** מחירון, המתייחס לעלות שכר כוללת של רופא מנתח פרטי ורופא מרדים פרטי בגין ביצוע כל ניתוח, כמופיע ברשימת הניתוחים הפרטיים של המבטח, כפי שיעודכן מעת לעת ועל פי הדין, המפורסמים באתר המבטח: www.aig.co.il, **והמהווה חלק בלתי נפרד מפוליסה זאת**.

1.25 **מנתח -** רופא מומחה, המורשה על פי הסמכתו לנתח, והסמכתו תקפה במדינה בה הוא משמש כמנתח, בהתאם לדין החל באותה מדינה.

1.26 **מפרט -** דף פרטי הביטוח המצורף כנספח לפוליסה **ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה**, וכולל את מספר הפוליסה, פרטי בעל הפוליסה, המבוטח/ים, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח, דמי הביטוח, העתק הצהרת הבריאות שמסר בעל הפוליסה/ המבוטח לחברה, תנאי קבלת המבוטחים לביטוח וכיו"ב.

1.27 **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 בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

1.28 **מקרה הביטוח -** אירוע, כמוגדר בכל תוכנית ביטוח, המקנה זכאות לתגמולי ביטוח ו/או לתשלומים מהמבטח בכפוף לתנאים ולסייגים בפוליסה, לרבות בתוכניות הביטוח המצורפות לה.

1.29 **מרפאה כירורגית פרטית -** מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, 1940, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות

1.30 **ניתוח -** פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;

1.31 **ניתוח אלקטיבי -** ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).

1.32 **סל שירותי הבריאות -** סל שירותי הבריאות מכוח חוק הבריאות וכהגדרתו בחוק הבריאות.

1.33 **ספק שירות בהסכם - רופא, רופא מומחה, בית חולים, מרפאה וכל גוף אחר המספק שירות לו זכאי המבוטח על פי הפוליסה** ועמו התקשר המבטח למתן השירותים למבוטחים **ובלבד שהינו צד להסכם התקשרות עם המבטח במועד פניית המבוטח לצורך קבלת השירות.**

1.34 **עלייה או שינוי בדמי הביטוח -** שינוי בדמי הביטוח שנדרש המבוטח לשלם בגין פוליסה זו ו/או בגין אחת או יותר מתוכניות הביטוח שצורפו לה, ביחס לטבלת דמי הביטוח שפורטה במפרט האחרון שנמסר למבוטח, למעט שינוי הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או בשל מעבר בין קבוצות גיל או בשל סיום הנחה שניתנה לתקופה קצובה, כפי שפורטו בטבלת דמי הביטוח האחרונה שנמסרה למבוטח.
כעלייה בדמי הביטוח ייחשב גם שינוי בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשה כתחליף לעלייה בדמי הביטוח.

1.35 **קופת חולים -** כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

1.36 **רופא -** רופא בעל רשיון כדין, העוסק ברפואה קונבנציונאלית, והסמכתו תקפה במדינה בה הוא משמש כרופא, בהתאם לדין החל באותה מדינה.

1.37 **רופא מומחה -** רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

1.38 **רופא מרדים -** רופא מומחה, המורשה על פי הסמכתו לשמש כרופא מרדים, והסמכתו תקפה במדינה בה הוא משמש כרופא מרדים, בהתאם לדין החל באותה מדינה.

1.39 **שירותי בריאות נוספים (שב"ן) -** תוכנית אשר אושרה על-ידי משרד הבריאות למתן שירותי בריאות נוספים מעבר לשירותי הבריאות הכלולים בסל השירותים והתשלומים של קופת החולים, הניתנת לחבריה על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית מטעם קופת החולים שהוקמה לשם כך.

1.40 **תאונה -** חבלה גופנית שנגרמה למבוטח, עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע 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.

1.41 **תגמולי הביטוח - הסכום שישלם המבטח למוטב, בקרות מקרה ביטוח, בכפוף לתנאים ולסייגים של הפוליסה. הסכומים המצויינים בתנאי הכיסוי הינם הסכומים המירביים המווים את תקרת הכיסוי וגבול האחריות של המבוטח.**

1.42 **תוכנית ביטוח -** פרטי הכיסוי הביטוחי הספציפי ותנאיו, הכלולים בתנאי פוליסה זו, אם צויין במפרט.

1.43 **תוכנית בסיס -** תכנית ביטוח שהמבטח רשאי להנהיגה כתכנית בפני עצמה (ללא תלות ברכישת תכנית אחרת), בצירוף לתנאים כלליים אלו.

1.44 **תוכנית נוספת -** תכנית ביטוח או כתב שירות, שהמבטח רשאי להנהיגם כנלווים לתכנית בסיס (מותנה ברכישת תוכנית בסיס) ולתנאים כלליים אלו.

1.45 **תקופת אכשרה -** תקופה, המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, **ובה המבוטח עדיין אינו זכאי**

לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת תקופת הביטוח.

1.46 **תקופת הביטוח -** התקופה אשר תחילתה במועד תחילת הביטוח ועד למועד חידוש הביטוח. חודש הביטוח לתקופה נוספת במועד החידוש, תימשך תקופת הביטוח עד למועד החידוש הבא, וכן הלאה.

1.47 **תרופה -** חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.

2. פרשנות

2.1 כותרות הסעיפים בפוליסה זו ו/או בתוכניות הביטוח הינן לנוחות הקריאה בלבד, ואינן משמשות לצורכי פרשנות ההסכם. תוכן הסעיפים הוא הקובע.

2.2 האמור בלשון יחיד משמעו גם רבים והאמור בלשון זכר משמעו גם נקבה, אלא אם נקבע במפורש אחרת.

3. חובת גילוי ותוצאותיה

א. חובת הגילוי והתוצאות של אי גילוי, מופיעות בסעיפים 8-6 ו-43 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, המובאים כלשונם להלן:

3.1 חובת גילוי

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

3.1.2 שאלה גורפת הכורכת ענינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם היתה סבירה בעת כריתת החוזה.

3.1.3 הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של ענין שהוא ידע כי הוא ענין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

3.2 תוצאות של אי-גילוי

3.2.1 ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, תוך 30 ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את החוזה (הפוליסה) בהודעה בכתב למבוטח.

3.2.2 ביטל המבטח את החוזה מכח סעיף זה, זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

3.2.3 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל החוזה מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, **והוא פטור כליל בכל אחת מאלה:**

3.2.3.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

3.2.3.2 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.

3.3 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיף 3.2 בפרק זה, בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא היתה מלאה וכנה, ניתנה בכוונת מרמה:

3.3.1 הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה;

3.3.2 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.

3.3.3 על אף האמור לעיל, המבטח לא יהיה זכאי לתרופות האמורות בסעיף 3.2 בפרק זה, לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבוטח או האדם שחייו בוטחו פעל בכוונת מרמה.

ב. חובת הגילוי תחול גם במקרה של שיחת טלפון מוקלטת המחליפה את דרישת הכתב.

פרק ב' - תוקף הפוליסה, תקופת הביטוח וביטול הפוליסה

4. תוקף הפוליסה

4.1 הפוליסה ו/או כל תוכנית ביטוח שצורפה לה, לפי הענין, יכנסו לתוקפם החל מיום תחילת הביטוח כמצוין במפרט בהתייחס לפוליסה ו/או לכל תוכנית ביטוח שצורפה לה, לפי הענין, ובכפוף לתנאים המצטברים הבאים:

4.1.1 ניתנה הסכמת המבטח, על תנאיה וסייגיה, לבטח את המבוטח על פי פוליסה זאת, בהסתמך על ההצהרות הכלולות במפרט, והופקה למבוטח פוליסה זו. יובהר כי הפקת פוליסה מהווה את הסכמת המבטח.

4.1.2 תשלום הסכום הראשון בגין דמי הביטוח המגיעים למבטח על פי הנקוב במפרט לא יהווה תנאי לכניסת הפוליסה לתוקפה. יובהר, כי אם שולמו למבטח כספים על חשבון דמי הביטוח לפני שניתנה הסכמת המבטח, לא תחשב קבלת הכספים האמורים בידי המבטח כהסכמת המבטח לעריכת הביטוח.

מבלי לפגוע באמור לעיל, שולמו דמי ביטוח למבטח, בטרם ניתנה הסכמת המבטח כאמור, ישיב המבטח למבוטח את דמי הביטוח או יודיע על תנאי קבלתו בתוך 90 יום ממועד קבלת דמי הביטוח, ואם פנה המבטח למבוטח בבקשה להשלמת פרטים, יודיע המבטח למבוטח על תנאי קבלתו בתוך 180 יום ממועד קבלת דמי הביטוח. לא השיב או הודיע המבטח למבוטח על הסכמתו / אי הסכמתו במהלך התקופה כאמור לעיל בהתאמה, ייחשב הדבר כאילו הסכים המבטח לקבלת המבוטח לביטוח בתנאים רגילים.

4.1.3 למבטח עומדת הזכות לוודא שמהמועד בו הצהיר המבוטח על מצבו הרפואי לצורך הצטרפותו לפוליסה זו ו/או לכל תוכנית שצורפה לה, לפי הענייין, ועד למועד תחילת הביטוח, לא חל שינוי בבריאותו, או מצבו הגופני של המבוטח, שהיו משפיעים על הסכמתו או תנאי הסכמתו של המבטח אילו ידע עליהם.

4.2 הפוליסה תישאר בתוקפה כל עוד לא נסתיימה תקופת הביטוח או עד שבוטלה בהתאם להוראות הפוליסה ו/או על-פי הדין, לפי המוקדם מביניהם.

5. תקופת הביטוח וחידושה

5.1 תקופת הביטוח בפוליסה ו/או בכל תוכנית ביטוח לביטוח בריאות שצורפה לה, תהיה שנתיים.

5.2 אחת לשנתיים, במועד החידוש, תחודש הפוליסה מאליה, לתקופה של שנתיים נוספות, בין אם באותם תנאים ובין אם בתנאים שונים, ברצף ביטוחי.

5.3 על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, למבוטח שמשך תקופת הביטוח ממועד תחילת הביטוח ועד ל- 1.6.2018 (האחד ביוני שנת אלפיים ושמונה עשרה) קצר משנתיים או ארוך משנתיים, תהיה תקופת הביטוח החל ממועד תחילת הביטוח ועד ל- 1.6.2018 (האחד ביוני שנת אלפיים ושמונה עשרה).
למבוטח שמועד תחילת הביטוח הינו לאחר - 1.6.2018 (האחד ביוני שנת אלפיים ושמונה עשרה), ועד למועד החידוש תקופת הביטוח קצרה משנתיים, תהיה תקופת הביטוח החל ממועד תחילת הביטוח ועד למועד החידוש הקרוב.
מועד החידוש יהיה 1 בחודש יוני בכל שנה זוגית, החל משנת 2018.

5.4 נדרש מבטח לבצע שינוי בתנאים בפוליסה במועד החידוש, והמבטח אינו ממשיך לשווק פוליסה זו למבוטחים חדשים, רשאי המבטח, במועד החידוש שלא לבצע את השינוי, ולחדש לכלל המבוטחים הקיימים בפוליסה את הפוליסה באותם תנאים שהיו בה ערב החידוש. יובהר כי במקרה זה לא יוכל המבטח לשווק פוליסה זו למבוטחים חדשים עד לביצוע השינוי האמור אשר יחול על כלל המבוטחים.

5.5 <u>חידוש הפוליסה בהסכמה מפורשת של המבוטח</u>
על אף האמור בסעיף 5.2 לעיל, לא תחודש מאליה הפוליסה ללא קבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח לחידוש, אם חלה עלייה בדמי הביטוח, של יותר מ- 10 ₪ או יותר מ- 20% מדמי הביטוח (הגבוה מביניהם), ביחס לדמי הביטוח החודשיים ששילם המבוטח ערב חידוש הפוליסה, עבור כל אחת מתוכניות הביטוח שצורפו לפוליסה.
למען הסר ספק, שיעור עליית דמי הביטוח כאמור ייבחן לגבי כל אחת מתוכניות הביטוח שצורפו לפוליסה בנפרד.
"הסכמה מפורשת" לעניין סעיף זה, משמעה גם הסכמה מפורשת של מבוטח לגבי ילד עד גיל 21 של מבוטח באותה תכנית או בן/בת זוגו של מבוטח;

5.6 חידוש הפוליסה ללא הסכמה מפורשת של המבוטח
בהתאם לאמור בסעיף 5.2 לעיל, ועל אף האמור בסעיף 5.5 לעיל, לא תידרש הסכמה מפורשת של המבוטח לחידוש הביטוח, והפוליסה תחודש מאליה, באחד או יותר ממקרים הבאים:

5.6.1 לא חלה עלייה בדמי הביטוח.

5.6.2 חלה עלייה בדמי הביטוח בשיעור נמוך מהשיעור שנקבע בסעיף 5.5 לעיל.

5.6.3 המבוטח הגיש במהלך תקופת הביטוח, הנוכחית או זו שקדמה לה, תביעה למימוש זכויות לפי תנאי הפוליסה.

5.6.4 אם המבטח פירט למבוטח שהצטרף לראשונה לתכנית בתקופה של 120 ימים שקדמו למועד החידוש, באופן מפורש, את השינויים בתנאי הביטוח ודמי הביטוח שיחולו במועד החידוש הקרוב, והמבוטח נתן את הסכמתו להם טרם ההצטרפות.

5.6.5 אם המפקח קבע מראש ובכתב כי לא נדרש לקבל את הסכמת המבוטח לגבי שינוי מסוים שערך המבטח בתכנית.

5.7 הודעות למבוטח לעניין תקופת הביטוח וחידושה

5.7.1 המבטח ישלח למבוטח, לפחות 60 ימים לפני מועד החידוש, אך לא יותר מ- 120 ימים לפני מועד החידוש, הודעה בכתב (להלן: "**הודעה ראשונה**") אשר תכלול את הפרטים הבאים:

5.7.1.1 מועד חידוש הפוליסה;

5.7.1.2 במקרה שבו לא ישונו תנאי הביטוח ודמי הביטוח - עדכון כי הפוליסה תחודש ולא יחולו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;

5.7.1.3 במקרה שישונו תנאי הביטוח בתקופה הנוספת - פירוט של השינויים המהותיים הצפויים;

5.7.1.4 במקרה שישונו דמי הביטוח בתקופה הנוספת - טבלת דמי הביטוח של המבוטח (לרבות הנחות או תוספת לדמי הביטוח שנקבעו למבוטח) שיהיו נהוגים בעד כל תכנית בפוליסה, בתקופת הביטוח הנוספת עבור כל גיל.

5.7.2 מבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח במועד החידוש העתק של תנאי הפוליסה שחודשה, ובלבד שמסר למבוטח את המידע שנדרש לפי סעיף 5.7.1, ופירט למבוטח את האפשרות לקבל את העתק הפוליסה ו/או תוכנית הביטוח שצורפה לה, וכן את האפשרויות של המבוטח לעיין בהם תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

אין באמור כדי לגרוע מחובת המבטח לשלוח למבוטח במועד החידוש מפרט עדכני וטופס גילוי נאות.

5.7.3 יובהר כי ההודעה הראשונה יכולה להישלח במסגרת הדיווח השנתי למבוטח ובלבד שההודעה תוצג באופן בולט ומופרד מהדיווח השנתי.

5.7.4 במקרה שנדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח כאמור בסעיף 5.5, תכלול ההודעה הראשונה, גם את הפרטים הבאים:

5.7.4.1 הודעה כי נדרש לקבל את הסכמתו של המבוטח כתנאי לחידוש הפוליסה לתקופה נוספת;

5.7.4.2 ציון כי קיימת חשיבות לרצף ביטוחי, וכי אי חידוש הפוליסה אצל המבטח יביא לביטול הזכות לרצף הביטוחי;

5.7.4.3 פרטים אודות אופן העברת הסכמת המבוטח למבטח בדבר חידוש הפוליסה.

5.7.5 נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח כאמור בסעיף 5.5, והיא לא התקבלה עד ל- 45 ימים טרם מועד החידוש, ימסור המבטח למבוטח, לפחות 21 ימים לפני מועד החידוש, הודעה נוספת בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח (להלן: "**הודעה שניה**"). ההודעה השניה תכלול פירוט כאמור בסעיף 5.7.4 לעיל, וציון מועד תום תקופת הביטוח אם לא תתקבל הסכמת המבוטח.

5.8 <u>אי חידוש הפוליסה</u>

על אף האמור בסעיף 5.2 לעיל, לא תחודש מאליה פוליסה כאמור, במקרים הבאים:

5.8.1 בכתב שירות - אם נקבעו בו הוראות מפורשות לעניין אי חידוש כתב השירות על ידי המבטח.

5.8.2 פוליסה ששווקה על פי תכנית שהמפקח אישר לגביה מראש ובכתב כי פוליסות לפיה לא יחודשו מאליהן.

5.8.3 נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח כאמור בסעיף 5.5, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד תום תקופת הביטוח, לא תחודש הפוליסה לתקופה נוספת.

6. ביטול הפוליסה

פוליסה זו, לרבות כל תוכניות הביטוח שצורפו לה, תבוטל בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

6.1 <u>ביטול על ידי המבוטח</u>

מבוטח יהא רשאי לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב שתימסר למבטח. ביטל המבוטח את הפוליסה יחולו ההוראות להלן:

6.1.1 הביטול ייכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי המבטח.

6.1.2 המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח או בכל אחריות על פי הפוליסה מיום כניסת הביטול לתוקף.

6.1.3 המבטח ישיב 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.

6.1.4 בוטלה הפוליסה כאמור לעיל יתאפשר לבן/בת הזוג של המבוטח להמשיך את הביטוח, בתנאי שהודעה על כך תימסר בכתב למבטח, לא יאוחר מ-90 ימים מיום ההודעה על ביטול הפוליסה.

6.2 <u>ביטול בשל אי תשלום דמי ביטוח</u>

לא שולמו דמי הביטוח או חלקם במועד, ולא שולמו תוך 15 ימים לאחר שהמבטח דרש מן המבוטח או בעל הפוליסה בכתב לשלמם, רשאי המבטח להודיע לבעל הפוליסה ו/או למבוטח בכתב כי הפוליסה תתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן.

6.3 <u>ביטול בשל אי גילוי נאות</u>

המבטח יהיה רשאי לבטל פוליסה זו כאמור בסעיף 4 לעיל.

6.4 <u>ביטול לאחר חידוש תקופת הביטוח</u>

חודשה הפוליסה שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיפים 5.2 ו-5.6, ונמסרה הודעה מהמבוטח למבטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הפוליסה, על ביטול הפוליסה לגבי אותו מבוטח, תבוטל הפוליסה לגביו במועד חידוש הביטוח ויושבו למבוטח דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו, ככל שנגבו, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

6.5 <u>ביטול בשל היעדר הסכמה מפורשת של המבוטח לאחר חידוש הביטוח</u>

במקרים בהם נדרשת הסכמה מפורשת של המבוטח לחידוש הביטוח, כאמור בסעיף 6.5, תבוטל הפוליסה כאמור בסעיף 5.8.3.

בוטלה הפוליסה כאמור בסעיף זה, והתקבלה אצל המבטח פניית מבוטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח, וזאת תוך 60 ימים מהמועד שבו היתה עתידה להתחדש הפוליסה (להלן: "**מועד אי החידוש**"), יחדש המבטח את הפוליסה לתקופת ביטוח נוספת, למפרע החל ממועד אי החידוש, תוך שמירה על רצף ביטוחי, והמבוטח יהיה חייב בתשלום דמי הביטוח עבור תקופה זו.

פרק ג' - דמי הביטוח, תביעות ותגמולי ביטוח

7. דמי ביטוח

7.1 דמי הביטוח ישולמו למבטח על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח בתשלום חודשי, אשר מועד פרעונו יהיה במועד הגבייה הרלוונטי בהתאם לאמצעי התשלום.

7.2 דמי הביטוח יהיו בהתאם לטבלת דמי הביטוח שבמפרט.

7.3 במקרים בהם תשלום דמי הביטוח נעשה על ידי הוראת קבע לבנק (שירות שיקים או כרטיס אשראי), יהווה זיכוי חשבון המבטח בבנק או בחברת האשראי **בפועל** את תשלום דמי הביטוח.

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

8. שינוי דמי ביטוח ותנאי הביטוח במהלך תקופת הביטוח

8.1 דמי הביטוח בפוליסה זו הינם בהתאם לגיל המבוטח בהתאם לטבלת דמי הביטוח שבמפרט. הוספת מבוטחים לפוליסה, ו/או גריעת מבוטחים מהפוליסה, מכל סיבה שהיא, לרבות הוספת ילד שנולד, פטירה של מבוטח וכיו"ב, תביא לשינוי דמי הביטוח בהתאם לכמות המבוטחים בפוליסה וגילם.

8.2 אין באמור לעיל כדי להוות הסכמה מטעם המבטח לצרף לביטוח מבוטחים נוספים.

8.3 דמי הביטוח ישתנו בהתאם לטבלת דמי הביטוח המצורפת לפוליסה זו, הכל בכפוף להצמדת דמי הביטוח למדד כאמור בסעיף 21 להלן.

8.4 המבטח יהא זכאי לשנות את דמי הביטוח ואת התנאים של פוליסה זו ו/או כל אחת מתוכניות הביטוח שצורפו לה, לכל המבוטחים בפוליסה זו, לרבות בשל שינוי בתנאי השב"ן והכיסויים להם זכאי המבוטח בגינם. שינוי זה יכנס לתוקף 60 יום לאחר שהודיע המבטח בכתב למבוטח על כך ויהיה תקף בתנאי שהמפקח אישר את השינוי.

8.5 שינוי דמי הביטוח כאמור בסעיף 8.4 לעיל, יהיה לכלל המבוטחים בתכנית ולא יתחשב בשינוי שחל במצב בריאותו של המבוטח (אם חל שינוי כנ"ל) במשך התקופה שקדמה לשינוי כאמור.

9. שינוי דמי הביטוח ותנאי הביטוח בתום תקופת הביטוח

שינוי דמי הביטוח ותנאי הביטוח בתום תקופת הביטוח ובעת חידוש תקופת הביטוח יהיה על פי האמור בסעיף 5 לעיל.

10. תביעות

קרה מקרה ביטוח, המכוסה על פי פוליסה זו ו/או תוכניות הביטוח המצורפות לה, על המבוטח ו/או המוטב להודיע על כך למבטח מיד לאחר שנודע לו, מיד לאחר שנודע לו, על קרות המקרה ועל זכותו לתגמולי הביטוח; מתן הודעה מאת אחד מאלה משחרר את השני מחובתו.

המבטח יברר ויישב תביעות בתום לב, בענייניות, ביסודיות, ביעילות, במקצועיות, בשקיפות ובהוגנות.

בעת טיפול בתביעות, המבטח לא יתנה טיפול בתביעה, במעשה של מבוטח שאינו מחויב על פי פוליסה זו או הדין שמכוחם נובעת החובה, למעט התניית קיומה של החובה בהמצאת מידע או מסמכים, כמפורט להלן.

המבטח ישפה או יפצה את המבוטח, בהתאם לתנאי הכיסוי המפורט בפוליסה זו ו/או בתוכניות הביטוח המצורפות לה, או ישלם ישירות לנותן השירות את ההוצאות בגין

השירותים הרפואיים עד לסכום הביטוח המירבי, הכל בהתאם לתנאי הפוליסה, ובלבד שהתמלאו כל התנאים המפורטים להלן:

10.1 המבוטח הודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח סמוך ככל האפשר למועד בו נודע לו על כך ומסר למבטח את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת המסמכים הרפואיים והאחרים, לרבות העתקים מהם, שהמבטח דרש לשם בירור התביעה, ואם אינם ברשותו, עליו לסייע למבטח להשיגם. בין היתר, לבקשת המבטח, יחתום המבוטח ו/או המוטב על כתב ויתור על סודיות רפואית, המאפשר למבטח ו/או למי מטעמו לקבל כל מידע ומסמך הנוגע למבוטח, המצוי בידי כל רופא ו/או מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או גוף רפואי ו/או גוף ציבורי ו/או גוף מוסדים ו/או צבא ההגנה לישראל ו/או כל גוף רלבנטי אחר ו/או עובדי מי מאלו, והכל בכפוף לאמור בסעיף 12.2 להלן.

לא קויימה חובת המבוטח לפי סעיף זה במועדה, וקיומה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין המבטח חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קויימה החובה. הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:

10.1.1 החובה לא קויימה או קויימה באיחור מסיבות מוצדקות;

10.1.2 אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.

10.2 עשה המבוטח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.

10.3 החברה לא תדרוש מהמבוטח מידע או מסמכים שמבוטח סביר אינו יכול להשיגם או אינו רשאי לקבלם, אלא אם כן יש לחברה יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים כאמור נמצאים בידי המבוטח.

10.4 המבוטח קיבל את אישור המבטח מראש לכל אחד מהשירותים הרפואיים.

עם זאת, יובהר כי קבלת אישור המבטח מראש איננה מהווה תנאי לתשלום התביעה. במקרים בהם בוצע טיפול רפואי ללא אישור המבטח מראש, ידון המבטח בתביעה לאחר הטיפול הרפואי ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות פוליסה זו ו/או תוכניות הביטוח המצורפות לה, והוגשו לחברה כל המסמכים כנדרש.

10.5 המבטח רשאי לנהל על חשבונו כל בדיקה ו/או חקירה, לצורך בירור חבותו המיידית ו/או העתידית על פי הפוליסה, הכל כפי שימצא לנכון, ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, עיכוב העלול לסכן את בריאותו של המבוטח. זכותו של המבטח לנהל את החקירות והבדיקות כנקוב לעיל לא תיפגע מחמת מותו, חס וחלילה, של המבוטח.

10.6 בדיקה רפואית - אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופא מטעם המבטח ועל חשבון המבטח, וימסור כל פרט או מסמך רפואי שיידרש ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ובהתאם למצבו הרפואי של המבוטח. יובהר כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית משפט.

10.7 המבוטח המציא למבטח קבלות של נותן השירות המאשרות תשלום בפועל של ההוצאות הנתבעות מהמבטח על ידי המבוטח.

10.8 המבוטח או בעל הפוליסה חייבים בתשלום מלוא דמי הביטוח עד לאישור התביעה על-ידי המבטח.

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

11. תגמולי הביטוח

11.1 המבטח יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם עבור השירותים הרפואיים ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי, כנגד הצגת חשבון מפורט בכתב של השירות שניתן, או לשלמם למבוטח, לאחר שהוצגה בפניו חשבונית מנותן השירות.

11.2 מבוטח זכאי לקבל מהמבטח לפי דרישתו, אישור עקרוני לכיסוי, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.

11.3 תשלומים אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות ישראל, ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.

11.4 סכומים הנקובים במטבע זר ומשולמים בישראל, ישולמו בשקלים, על פי השער להעברות והמחאות (הגבוה) של המטבע הזר הנ"ל בבנק הפועלים בע"מ, ביום הפקת התשלום.

11.5 נפטר המבוטח ונותרה יתרת חוב לספק של שירות רפואי, בגין שירות רפואי שניתן למבוטח לפני פטירתו, ישלם המבטח את יתרת החוב כאמור לנותן השירות הרפואי. אם יתרת החוב שנותרה (בגין שירות רפואי שניתן למבוטח לפני פטירתו) הינה כלפי המבוטח עצמו, שנפטר, ישלם המבטח את יתרת החוב כאמור למוטב ואם המבוטח לא נקב שם של מוטב, ליורשיו החוקיים של המבוטח על פי כל דין.

11.6 המבטח ישלם למבוטח בתוך 30 ימים, מיום המצאת כל המסמכים כאמור וכל מסמך אחר אשר יהיה דרוש למבטח באופן סביר לבירור חבותו, תגמולי ביטוח בהתאם לפוליסה זו ו/או תוכניות הביטוח שצורפו לה.

12. תחלוף (סברוגציה)

12.1 הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות שיפוי מאת צד שלישי לא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח, מששילם למבוטח תגמולי ביטוח וכשיעור התגמולים ששילם.

12.2 המבטח אינו רשאי להשתמש בזכות שעברה אליו לפי סעיף זה באופן שיפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעל לתגמולים שקיבל מהמבטח.

12.3 קיבל המבוטח מן הצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח לפי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצות את המבטח בשל כך.

12.4 המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותה של החברה כאמור.

12.5 הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח הוא תוצאה של מעשה ו/או מחדל שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.

12.6 המבטח, אם יבחר לתבוע צד שלישי, בכוח זכות התחלוף, יודיע על כך למבוטח זמן סביר מראש.

12.7 אם מצא המבטח, במסגרת בירור התביעה כי עשויה לעמוד למבוטח זכות כנגד הצד השלישי שאותו עשוי המבטח לתבוע מכוח זכות התחלוף, יציין זאת בפני המבוטח בכל הודעה שניתנה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו.

12.8 אין באמור בסעיף זה כדי לחייב את המבטח לייצג את המבוטח או להטיל עליו חובת ייעוץ.

13. ביטוח כפל

13.1 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.

13.2 היה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות השיפוי המשולמות על-פי פוליסה זו ו/או תוכניות הביטוח המצורפות לה מאת מבטח אחר או על-ידי ביטוח אחר, יהיה המבטח אחראי כלפי המבוטח, ביחד ולחוד עם המבטח האחר, לגבי סכום הביטוח החופף בהתאם להוראות חוק הביטוח.

פרק ד' - חריגים וסייגים לחבות המבטח

14. כללי

14.1 הסייגים והחריגים המפורטים להלן חלים על פוליסה זו ותוכניות הביטוח המצורפות לה, למעט על תכנית לביטוח ניתוחים בישראל. יובהר כי החריגים והסייגים החלים על תכנית לביטוח ניתוחים בישראל יפורטו במלואם בתנאי התכנית.

14.2 בנוסף לסייגים ולחריגים המפורטים להלן, יחולו גם ההגבלות, הסייגים והחריגים המפורטים בתוכניות הביטוח.

15. חריגים כלליים בפוליסה

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

15.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.

15.2 אלכוהוליזם או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק למעט שימוש בסמים רפואיים בהוראת רופא.

15.3 התאבדות, ניסיון התאבדות או פגיעה עצמית מכוונת.

15.4 נסיבות בהן המבוטח העמיד עצמו בסכנה במודע, אלא אם כן, נעשה הדבר לצורך הצלת נפשות.

15.5 טיסת המבוטח בכלי טייס כלשהו, פרט לטיסת המבוטח כנוסע במטוס אזרחי בעל רשיון להובלת נוסעים.

15.6 מטרות מחקר, או טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות מקרה ביטוח שדורש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצוען; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א - 1980

15.7 פעילותו של המבוטח כספורטאי, לרבות כספורטאי חובב, במסגרת אגודת ספורט רשומה לפי חוק הספורט, התשמ"ח - 1988.

15.8 עיסוקו של המבוטח בענף ספורט כלשהו בצורה מקצוענית ששכר בצידו, הכוללת השתתפות בתחרויות מוסדרות למיניהן ו/או הדרכה ו/או הדגמה פיזית.

15.9 ספורט אתגרי ו/או פעילות אתגרית כדוגמת טיפוס הרים, גלישת מצוקים (סנפלינג), צייד, קרוס קאנטרי, רחיפה, צניחה, צניחה חופשית, דאייה, גלשני רוח עם מצנח, טיסה בכדור פורח, בנג'י, באקיי, פארקור (Parkor), קפיצות בסיס (Base jumping), זורבינג (Zorbing), גלישה, גלישת חולות, רכיבה על אופני כביש בדרכים בין עירוניות ו/או מהירות או בדרך שאינה מיועדת לרוכבי אופניים, מרוצי מכוניות/אופנועים (ספורט מוטורי), רכיבה על אופנוע ים, סקי מים, רפטינג, צלילה, אגרוף, היאבקות וכל סוגי קרב מגע למיניהם, רכיבה על סוסים. ספורט חורף, הכולל גלישה או החלקה על שלג או קרח, רכיבה על אופנוע שלג. רשימת הפעילויות העדכנית מפורטת באתר האינטרנט של המבטח: www.aig.co.il.

15.10 מקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מפעילות כוחות בטחון בעלת אופי צבאי או משטרתי לרבות בתרגילים או באימונים מכל סוג שהוא.

15.11 פעילות מלחמתית או פעולת איבה, הפיכה, מרד, פרעות, מעשה חבלה, שביתה הכרוכה בפעולות אלימות.

15.12 טיפול תרופתי מניעתי בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) על כל צורותיו.

15.13 ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבציונלי או זיהום רדיואקטיבי.

15.14 מקרה ביטוח שאינו נובע מצורך רפואי כדוגמת מקרי ביטוח שנועדו למטרות יופי, אסתטיקה, או תיקון קוצר ראיה, ניתוחי שדיים מכל סוג שהוא (למעט שיחזור שד לאחר ניתוח כריתה)

15.15 עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.

15.16 הטיפול הנדרש הינו טיפול במסגרת רפואה אלטרנטיבית (משלימה) לרבות טיפולים הומיאופתיים, או תרופות אלטרנטיביות, למעט אם קיים כיסוי מפורש בפוליסה זו ו/או בתוכניות הביטוח המצורפות לה, ולמעט מקרים בהם על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, הטיפול הנדרש הינו חלק מהטיפול המקובל על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.

15.17 מקרה ביטוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.

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

16.1 הוראות לעניין סייג מצב רפואי קודם

16.1.1 המבטח יהיה פטור מחבותו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

16.1.2 חריג זה יהא מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח במועד תחילת הביטוח כדלקמן:

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

16.1.2.2 65 שנים או יותר - החריג יהא תקף לתקופה, שלא תעלה על חצי שנה ממועד תחילת הביטוח.

16.1.3 על אף האמור, הודיע המבוטח למבטח במועד הצטרפותו לביטוח על מצב רפואי מסוים, יהיה המבטח רשאי לסייג את חבותו ו/או את היקף הכיסוי בשל מצב רפואי קודם מסוים, וסייג זה יהיה תקף לתקופה שתצוין במפרט הפוליסה לצד אותו מצב רפואי מסוים.

16.1.4 הודיע המבוטח במועד ההצטרפות לביטוח על מצב רפואי מסוים והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים במפרט הפוליסה, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם הנזכר בהודעת המבוטח.

16.2 ביטול הפוליסה והשבת דמי הביטוח בגין המצב רפואי קודם:

16.2.1 פטור מבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות בסעיף 17, ומבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח עבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח.

16.2.2 אין באמור לעיל כדי לפטור את המבוטח מחובת גילוי לפי חוק הביטוח ובהתאם לאמור בפוליסה זו לגבי מצב רפואי קודם, ואין בו כדי להגביל את זכויות המבטח במקרה בו פעל המבוטח שלא על פי חובת הגילוי הנאות ו/או להגביל את התקופה בה רשאי המבטח לבחון את הגילוי הנאות.

פרק ה' - תנאים כלליים

17. סייג לאחריות המבטח

המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או השירותים האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שייגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו, עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים רפואיים ו/או על-ידי מעשה או מחדל של הנ"ל. למען הסר ספק, בחירת הרופא המטפל ו/או ספק השירות הרפואי ו/או אופן הטיפול הרפואי, לרבות טיפול תרופתי ו/או בית החולים שבו יינתן השירות הרפואי, הינם עפ"י בחירת המבוטח.

18. תקופת אכשרה

18.1 תקופת האכשרה חלה על פוליסה זו ותוכניות הביטוח המצורפות לה, למעט על תכנית לביטוח ניתוחים בישראל. יובהר כי תקופת האכשרה על תכנית לביטוח ניתוחים בישראל תפורט במלואה בתנאי התכנית.

18.2 משך תקופת האכשרה הינו 90 הימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח. המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח על פי פוליסה זאת בגין מקרה ביטוח אשר התרחש במהלך תקופה זו, למעט מקרה ביטוח אשר התעורר ו/או ארע עקב תאונה שהתרחשה לאחר מועד תחילת הביטוח.

19. תנאי הצמדה למדד

19.1 דמי הביטוח יהיו צמודים לשיעור עליית המדד למן מדד הבסיס ועד למדד שפורסם לאחרונה לפני מועד תשלום כל תשלום במועדים הנקובים בבמפרט.

19.2 תגמולי הביטוח וההשתתפות העצמית הקבועים בפוליסה ו/או בתוכניות הביטוח יהיו צמודים לשיעור עליית המדד למן מדד הבסיס ועד למדד שפורסם לאחרונה לפני תשלום כל סכום תגמולי ביטוח והשתתפות עצמית.

19.3 על תגמולי הביטוח והתשלומים האחרים שהמבטח חייב לשלמם לפי פוליסה זאת ו/או תוכניות הביטוח, 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.

20. התיישנות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו היא 3 שנים ממועד קרות מקרה הביטוח.

21. מיסים והיטלים

בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על ביטוח זה או המוטלים על דמי ביטוח ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שמבטח חייב לשלמם על פי פוליסה זו, בין אם מסים אלה קיימים ביום כניסת הביטוח לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר.

22. ספקי שירות

המבטח יהיה רשאי לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו, לרבות, אך לא רק, בתי חולים, רופאים מומחים, מנתחים ובתי מרקחת.

23. גבול אחריות החברה מחוץ למדינת ישראל

23.1 אחריות החברה מוגבלת לגבולות מדינת ישראל, למעט כיסויים לשירותים רפואיים בחו"ל כמפורט בפוליסה זו ו/או בתוכניות הביטוח שצורפו לה.

23.2 יובהר כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

23.3 על אף האמור לעיל, במידה ואירע מקרה ביטוח על פי ביטוח זה, בעת שהות המבוטח בחו"ל לתקופה שאינה עולה על 30 יום ברציפות, תהיה למבוטח זכאות לכיסוי בגין אותו מקרה ביטוח על פי תנאי תכנית הביטוח.

24. הוראות בנוגע לחיילים המשרתים בצה"ל

הכיסוי הביטוחי על-פי הפוליסה כפוף בעת השרות הצבאי להוראות צבא ההגנה לישראל, המשתנות מעת לעת.

25. 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.

26. הודעות

26.1 הודעה של המבטח לבעל הפוליסה או למבוטח בכל הקשור לפוליסה תישלח לפי מענו האחרון של המבוטח או בעל הפוליסה הידוע למבטח, בדואר ישראל או בדואר אלקטרוני. בהיעדר הודעה בכתב מטעם המבוטח או בעל הפוליסה על שינוי מענו, ייחשב כמענו האחרון הידוע למבטח המען המצוין במפרט.

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

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

גילוי נאות AIG SURGERY BASIC
ניתוחים בישראל, טיפולים מחליפי ניתוח
והתייעצויות אגב ניתוח כיסוי "משקל ראשון"

חלק א'		
נושא	**סעיף**	**תנאים**
כללי	שם הפוליסה	AIG SURGERY BASIC - ניתוחים בישראל, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות אגב ניתוח כיסוי "משקל ראשון"
	כיסויים בפוליסה	3 התייעצויות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח. שכר מנתח. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית. טיפול מחליף ניתוח.
	משך תקופת הביטוח	שנתיים.
	תנאים לחידוש אוטומטי	אחת לשנתיים, במועד החידוש, תחודש הפוליסה מאליה, לתקופה של שנתיים נוספות, בין אם באותם תנאים ובין אם בתנאים שונים, ברצף ביטוחי.
	תקופת אכשרה	90 יום למעט ניתוחים טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה לגביהם תחול תקופת אכשרה של 12 חודשים.
	תקופת המתנה	אין.
	השתתפות עצמית	אין.
שינוי תנאים	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	אין.
דמי הביטוח	גובה דמי הביטוח	ע"פ המצוין בטבלה מטה ובמפרט 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 66 יהיו קבועים. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כמפורט בפוליסה.
	שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	אין

תנאי ביטול	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	רשאי לבטל בכל עת, ע"פ המצוין בסעיף 6.1 לתנאים הכלליים של הפוליסה.
	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	המבטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל אחד מן המקרים הבאים המפורטים בסעיף 6 לתנאים כלליים: א. בשל אי תשלום דמי ביטוח. ב. בשל אי גילוי נאות ג. חודשה הפוליסה שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיפים 5.2 ו- 5.6, ונמסרה הודעה מהמבוטח למבטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הפוליסה, על ביטול הפוליסה לגבי אותו מבוטח, תבוטל הפוליסה לגביו במועד חידוש הביטוח ויושבו למבוטח דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו, ככל שנגבו, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור. ד. בשל היעדר הסכמה מפורשת של המבוטח לאחר חידוש הביטוח ה. בהתאם להוראות חוק הביטוח.
חריגים	החרגה בגין מצב רפואי קודם	כן, כמפורט בסעיף 17 בתנאים הכלליים בפוליסה. בנוסף- חריגים ספציפיים יופיעו במפרט
	סייגים לחבות המבטח	הסייגים מפורטים, בסעיף 7 לפוליסה

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					
התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח בין אם בוצע לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו	3 התייעצויות בכל שנת ביטוח.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	לא

עלות שכר מנתח	תגמולי ביטוח בשיעור של עד 100% מתגמולי הביטוח כמופיע במחירון AIG Surgery**	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	לא
עלויות ניתוח	כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	לא
תחליף ניתוח*	טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.	שיפוי	לא	ביטוח משלים	כן

הגדרות

1. **ביטוח תחליפי** - בביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבור 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.

*** הכיסוי הינו לכל הניתוחים למעט האמור בסעיף החריגים בסעיף 7 לפוליסה.**

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

פרמיה חודשית:

גיל	פרמיה חודשית בש"ח
0-20	25.3
21-30	54.9
31-40	71.0
41-50	111.1
51-55	166.6
56-60	217.7
61-65	262.6
+66	347.8

הפרמיות נכונות לתקופת הביטוח הנוכחית.

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.

ניתוחים בישראל, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות אגב ניתוח
כיסוי "משקל ראשון"
תוכנית ביטוח לשיפוי הוצאות בגין ניתוחים בישראל, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות אגב ניתוח

1. כללי

1.1 הכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו, כפוף לתנאי הפוליסה אליה צורפה, על תנאיה וסייגיה, ככל שתוכנית זו נרכשה, צויינה במפורש במפרט ושולמו בגינה דמי הביטוח.

1.2 תנאי לכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו הינו כי במועד קרות מקרה הביטוח למבוטח הפוליסה ותוכנית ביטוח זו בתוקפם עבור אותו מבוטח.

1.3 תוכנית ביטוח זו מהווה תוכנית בסיס, כהגדרתה בתנאים הכלליים לפוליסה אליה צורפה.

2. הגדרות מיוחדות לתוכנית ביטוח זו

2.1 בנוסף לאמור בתנאים הכלליים בפוליסה יחולו על הכיסויים בתוכנית ביטוח זו ההגדרות המפורטות להלן.

2.2 במקרה של סתירה בין ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים בפוליסה ובין ההגדרות המפורטות בתוכנית ביטוח זו, להלן, יחול על הכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו האמור בהגדרות המפורטות בתוכנית ביטוח זו להלן.

2.3 ההגדרות:

2.3.1 בית חולים פרטי - אחד מאלה:

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

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

2.3.2 התייעצות - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;

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

2.3.4 מרפאה כירורגית פרטית - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם1, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;

2.3.5 ניתוח - פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;

2.3.6 **קופת חולים -** כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

2.3.7 **רופא מומחה -** רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

2.3.8 **שתל -** כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

2.3.9 **תקופת אכשרה -** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

3. מקרה הביטוח

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

4. הכיסוי הביטוחי

פוליסת ניתוחים בישראל תכלול כיסוי למלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

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

4.2 שכר מנתח.

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

4.4 טיפול מחליף ניתוח; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

5. תגמולי הביטוח

המבטח ישפה את המבוטח בגין הניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח המפורטים בסעיף 3 בהתאם לסוג הניתוח/תחליף הניתוח שבוצעו, ועד לתקרת הסכום הקבוע במחירון המפורסם באתר האינטרנט של החברה וכתובתו: www.aig.co.il.

המבטח ישפה את המבוטח בגין התייעצות רפואית עד תקרה של 770 ₪ להתייעצות.

6. תקופת אכשרה

6.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים.

6.2 על אף האמור בסעיף 6.1, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

7. חריגים לכיסוי

כאמור בתנאים הכלליים, על כיסוי על פי תוכנית ביטוח זו, יחולו החריגים והסייגים המפורטים להלן:

7.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.

7.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית

7.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראיה, למעט הניתוחים הבאים:

7.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.

7.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

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

7.5 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.

7.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א- 1980

7.7 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או הנובע באופן ישיר מפעילות כוחות בטחון בעלת אופי צבאי, לרבות בתרגילים או באימונים צבאיים או טרום צבאיים מכל סוג שהוא.

7.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבציונלי או זיהום רדיואקטיבי;

7.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004

8. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

8.1 תוכנית ביטוח זו כפופה לכל תנאי הפוליסה אליה צורפה.

8.2 כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטיה מהאמור בפוליסה יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו רק אם נכלל במפורש בתוכנית ביטוח זו.

8.3 במקרה של סתירה בין האמור בתוכנית ביטוח זו ובין האמור בתוכניות ביטוח אחרות שצורפו לפוליסה ו/או האמור בתנאים הכלליים של הפוליסה, יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו, האמור בה.

ביטוח להשתלות - גילוי נאות

חלק א'		
נושא	**סעיף**	**תנאים**
כללי	שם הפוליסה	ביטוח להשתלות - תוכנית ביטוח לשיפוי הוצאות בגין השתלה, או פיצוי כספי לאחר ביצוע השתלה.
	כיסויים בפוליסה	א. <u>כיסוי במסלול שיפוי</u> 1) <u>הוצאות טרם ביצוע ההשתלה</u> כמופיע בסעיף 4.1.1 לפוליסה: א. לאחר רישום המבוטח במרכז הלאומי להשתלות בישראל פיצוי כספי בגובה 50,000 ₪. ב. הוצאות רפואיות בגין הערכה רפואית ו/או תפקודית (Evaluation) לפני ביצוע השתלה, עד שתי בדיקות הערכה למקרה ביטוח, ועד תקרת כיסוי בגובה 100,000 ₪. ג. הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם ו/או תאי גזע ו/או דם היקפי ו/או דם טבורי לצורך השתלה בגוף המבוטח, עד תקרת כיסוי בגובה 350,000 ₪ עבור סך כל הבדיקות וההוצאות. ד. הוצאות בדיקות להתאמת האיבר להשתלה עד תקרת כיסוי בגובה 100,000 ₪. ה. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה בישראל עד תקרת כיסוי בגובה 200,000 ₪. ו. הוצאות טיסה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד. אם המבוטח שבוצעה בו ההשתלה בחו"ל הינו קטין, יכסה המבטח זה כרטיסי טיסה ל - 2 מלווים, עד תקרת כיסוי בגובה מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים לרבות היטל נסיעה אם יחול. ז. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 100,000 ₪ להשתלה. ח. הוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, לצורך ביצוע ההשתלה. ט. הוצאות שהייה סבירות בחו"ל למבוטח ולמלווה לתקופה של עד 60 יום עד לביצוע ההשתלה, עד תקרת כיסוי בגובה 1,000 ₪ ליום למלווה ולמבוטח. אם המבוטח שבוצעה בו ההשתלה בחו"ל הינו קטין, תקרת הכיסוי תהיה בגובה 1,500 ₪ ליום לשני מלווים ולמבוטח. 2) <u>הוצאות במהלך ביצוע ההשתלה</u> כמופיע בסעיף 4.1.2 לפוליסה:

		א. הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה. ב. הוצאות אשפוז בבית חולים לצורך ביצוע ההשתלה ולאחריה, לרבות בגין בדיקות רפואיות, בדיקות מעבדה ותרופות במהלך האשפוז. ג. הוצאות בגין איבר מלאכותי שהושתל בגופו של המבוטח, בהתאם להגדרה בתנאי הפוליסה, ולתנאי תוכנית ביטוח זו, עד תקרה בגובה 400,000 ₪. ד. הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במהלך האשפוז לצורך ההשתלה. 3. <u>הוצאות לאחר ביצוע ההשתלה</u> כמופיע בסעיף 4.1.3 לפוליסה: א. הוצאות שהייה סבירות בחו"ל למבוטח ולמלווה לתקופה של עד 120 יום לאחר ביצוע ההשתלה, עד תקרת כיסוי בגובה 1,000 ₪ ליום למלווה ולמבוטח. אם המבוטח שבוצעה בו ההשתלה בחו"ל הינו קטין, תקרת הכיסוי תהיה בגובה 1,500 ₪ ליום לשני מלווים ולמבוטח. ב. הוצאות טיפולי המשך הנובעים מביצוע השתלה, במהלך 6 חודשים לאחר ביצוע ההשתלה, עד תקרת כיסוי בגובה 250,000 ₪. ג. הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר בעת שהותו בחו"ל. ד. גמלת החלמה: 1) לאחר ביצוע השתלה בחו"ל, המכוסה על פי תנאי תוכנית ביטוח זו, יהיה המבוטח זכאי לגמלת החלמה חודשית למשך 24 חודשים, בגובה 7,000 ₪, לכל חודש. 2) לאחר ביצוע השתלה בישראל, המכוסה על פי תנאי תוכנית ביטוח זו, יהיה המבוטח זכאי לגמלת החלמה חודשית למשך 21 חודשים, בגובה 5,000 ₪, לכל חודש. 3) גמלת החלמה על פי סעיף זה לא תשולם למבוטח שבחר בכיסוי במסלול פיצוי. 4) גמלת ההחלמה תשולם ליורשיו החוקיים של המבוטח, אם נפטר המבוטח במהלך תקופת תשלום גמלת ההחלמה. ב. <u>כיסוי במסלול פיצוי</u> - 350,000 ₪ במקום כל הזכאויות בסעיף השפוי כמפורט בסעיף 4.2 לפוליסה.
	משך תקופת הביטוח	שנתיים.

	תנאים לחידוש אוטומטי	אחת לשנתיים, במועד החידוש, תחודש הפוליסה מאליה, לתקופה של שנתיים נוספות, בין אם באותם תנאים ובין אם בתנאים שונים, ברצף ביטוחי.
	תקופת אכשרה	90 יום למעט תאונה.
	תקופת המתנה	אין.
	השתתפות עצמית	אין.
שינוי תנאים	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	אין.
דמי הביטוח	גובה דמי הביטוח	עפ"י המצוין בטבלה מטה ובמפרט 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 66 יהיו קבועים. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כמפורט בפוליסה.
	שינוי דמי הביטוח במהלך תקופת הביטוח	אין.
תנאי ביטול	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	רשאי לבטל בכל עת, ע"פ המצוין בסעיף 6.1 לתנאים הכללים של הפוליסה.
	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	המבטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל אחד מן המקרים הבאים המפורטים בסעיף 6 לתנאים כלליים: א. בשל אי תשלום דמי ביטוח. ב. בשל אי גילוי נאות. ג. חודשה הפוליסה שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיפים 5.2 ו- 5.6, ונמסרה הודעה מהמבוטח למבטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הפוליסה, על ביטול הפוליסה לגבי אותו מבוטח, תבוטל הפוליסה לגביו במועד חידוש הביטוח ויושבו למבוטח דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו, ככל שנגבו, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור. ד. בשל היעדר הסכמה מפורשת של המבוטח לאחר חידוש הביטוח. ה. בהתאם להוראות חוק הביטוח.
חריגים	החרגה בגין מצב רפואי קודם	כן, כמפורט בסעיף 17 בתנאים הכלליים בפוליסה. בנוסף - חריגים ספציפיים יופיעו במפרט.
	סייגים לחבות המבוטח	הסייגים מפורטים בפרק ד' בתנאים הכלליים בפוליסה, ובסעיף 5 בפוליסה.

חלק ב'					
פירוט הכיסויים בפוליסה	**תאור הכיסוי**	**שיפוי או פיצוי**	**צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר**	**ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן**	**קיזוז תגמול מביטוח אחר**
כיסוי במסלול שיפוי	עפ"י הכיסויים המפורטים מעלה	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	לא
כיסוי במסלול פיצוי	350,000 ₪	פיצוי	לא	ביטוח תחליפי	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 מאי 2015, 538.0594 נק'.

הפרמיה החודשית:

גיל	פרמיה חודשית בש"ח
0-20	3.04
21-30	5.67
31-40	7.99
41-50	13.76
51-55	20.83
56-60	26.43
61-65	24.84
+66	21.90

הפרמיות נכונות לתקופת הביטוח הנוכחית.

ברכישת חבילות ביטוח, הפרמיה בפועל תהיה נמוכה יותר

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 חוברת זו לבין פוליסת הביטוח, יגברו ויחייבו תנאי הפוליסה לכל דבר ועניין.

ביטוח להשתלות
תוכנית ביטוח לשיפוי הוצאות בגין השתלה, או פיצוי כספי לאחר ביצוע השתלה

1. כללי

1.1 הכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו, כפוף לתנאי הפוליסה אליה צורפה, על תנאיה וסייגיה, ככל שתוכנית זו נרכשה, צויינה במפורש במפרט ושולמו בגינה דמי הביטוח.

1.2 תנאי לכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו הינו כי במועד קרות מקרה הביטוח למבוטח הפוליסה ותוכנית ביטוח זו בתוקפם עבור אותו מבוטח.

1.3 תוכנית ביטוח זו מהווה תוכנית בסיס, כהגדרתה בתנאים הכלליים לפוליסה אליה צורפה.

2. הגדרות לתוכנית ביטוח זו:

2.1 **הטסה רפואית** - הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס ייעודי, בליווי צוות ו/או ציוד רפואי המותאם למצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שנקבע, על-פי קריטריונים רפואיים מקובלים, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה.

2.2 השתלה - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק ממנו אשר נלקחו מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח במקומם, או השתלה בגוף המבוטח של מח עצמות או תאי גזע או תאי אב אחרים, שהופקו מדם טבורי או שנלקחו מתורם אחר או מגופו של המבוטח.

2.3 במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה מוקדמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

3. מקרה הביטוח

מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב השתלה בישראל או בחו"ל, שאובחן במהלך תקופת הביטוח, ובגינו נתקבל אישור רשמי בפועל של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על רישום המבוטח כמי שמועמד להשתלת איבר/ים (להלן: "אישור רישום").

4. הכיסוי הביטוחי

הכיסוי הביטוחי על פי תוכנית ביטוח זו מאפשר למבוטח, בקרות מקרה הביטוח, <u>לבחור באחד משני מסלולי כיסוי שיפורטו להלן</u>, בהתאם לתנאי הכיסוי המפורטים להלן, ובכפוף לתנאי לכיסוי הביטוחי.

<u>תנאי לכיסוי הביטוחי</u>

בקרות מקרה הביטוח, בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות החוק ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:

- **נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי דין החל באותה מדינה.**
- **מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.**

4.1. כיסוי במסלול שיפוי

סכום השיפוי המירבי שישלם המבטח בגין מקרה ביטוח, בגין כל ההוצאות הכרוכות בביצוע ההשתלה, לרבות ההוצאות המפורטות להלן, לא יעלה על 5,000,000 ₪.
למען הסר ספק, ההוצאות המפורטות להלן, יחושבו כחלק מסכום השיפוי המירבי.

4.1.1. הוצאות טרם ביצוע ההשתלה

בקרות מקרה הביטוח ולאחר רישום המבוטח במרכז הלאומי להשתלות בישראל כמי שמועמד להשתלת איבר/ים כהגדרתה בתנאי הפוליסה ובהתאם לתנאי תוכנית ביטוח זו, יהיה המבוטח זכאי לפיצוי כספי בגובה 50,000 ₪.

בנוסף, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי בגין:

4.1.1.1 הוצאות רפואיות בגין הערכה רפואית ו/או תפקודית (Evaluation) לפני ביצוע השתלה, אם נדרש לכך המבוטח על ידי בית החולים ו/או הרופא המבצע את ההשתלה בפועל, עד שתי בדיקות הערכה למקרה ביטוח, ועד תקרת כיסוי בגובה 100,000 ₪.

4.1.1.2 הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם ו/או תאי גזע ו/או דם היקפי ו/או דם טבורי לצורך השתלה בגוף המבוטח, לרבות רישום במאגרים בחו"ל, או הוצאות בגין הפקת מח עצם להשתלה בגוף המבוטח שמקורו בדם טבורי ו/או דם היקפי של המבוטח עצמו, עד תקרת כיסוי בגובה 350,000 ₪ עבור סך כל הבדיקות וההוצאות.

4.1.1.3 הוצאות בדיקות להתאמת האיבר להשתלה (למעט עבור מח עצם ותאי גזע), קצירתו, שימורו והעברתו של האיבר המיועד להשתלה למקום ביצוע ההשתלה, עד תקרת כיסוי בגובה 100,000 ₪.

4.1.1.4 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה בישראל במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות, עד תקרת כיסוי בגובה 200,000 ₪.

4.1.1.5 הוצאות טיסה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד. אם המבוטח שבוצעה בו ההשתלה בחו"ל הינו קטין, יכסה המבטח על פי הוראות סעיף זה כרטיסי טיסה ל - 2 מלווים, עד תקרת כיסוי בגובה מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים לרבות היטל נסיעה אם יחול.

4.1.1.6 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 100,000 ₪ להשתלה.

4.1.1.7 הוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, לצורך ביצוע ההשתלה.

4.1.1.8 הוצאות שהייה סבירות בחו"ל למבוטח ולמלווה לתקופה של עד 60 יום עד לביצוע ההשתלה, עד תקרת כיסוי בגובה 1,000 ₪ ליום למלווה ולמבוטח. אם המבוטח שבוצעה בו ההשתלה בחו"ל הינו קטין, תקרת הכיסוי תהיה בגובה 1,500 ₪ ליום לשני מלווים ולמבוטח.

4.1.2 הוצאות במהלך ביצוע ההשתלה

4.1.2.1 הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה.

4.1.2.2 הוצאות אשפוז בבית חולים לצורך ביצוע ההשתלה ולאחריה, לרבות בגין בדיקות רפואיות, בדיקות מעבדה ותרופות במהלך האשפוז.

4.1.2.3 הוצאות בגין איבר מלאכותי שהושתל בגופו של המבוטח, בהתאם להגדרה בתנאי הפוליסה, ולתנאי תוכנית ביטוח זו, עד תקרה בגובה 400,000 ₪.

4.1.2.4 הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במהלך האשפוז לצורך ההשתלה.

4.1.3 הוצאות לאחר ביצוע ההשתלה

4.1.3.1 הוצאות שהייה סבירות בחו"ל למבוטח ולמלווה לתקופה של עד 120 יום לאחר ביצוע ההשתלה, עד תקרת כיסוי בגובה 1,000 ₪

ליום למלווה ולמבוטח. אם המבוטח שבוצעה בו ההשתלה בחו"ל הינו קטין, תקרת הכיסוי תהיה בגובה 1,500 ₪ ליום לשני מלווים ולמבוטח.

4.1.3.2 הוצאות טיפולי המשך הנובעים מביצוע השתלה, במהלך 6 חודשים לאחר ביצוע ההשתלה, עד תקרת כיסוי בגובה 250,000 ₪.

4.1.3.3 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר בעת שהותו בחו"ל.

4.1.3.4 גמלת החלמה:

4.1.3.4.1 לאחר ביצוע השתלה בחו"ל, המכוסה על פי תנאי תוכנית ביטוח זו, יהיה המבוטח זכאי לגמלת החלמה חודשית למשך 24 חודשים, בגובה 7,000 ₪, לכל חודש.

4.1.3.4.2 לאחר ביצוע השתלה בישראל, המכוסה על פי תנאי תוכנית ביטוח זו, יהיה המבוטח זכאי לגמלת החלמה חודשית למשך 12 חודשים, בגובה 5,000 ₪, לכל חודש.

4.1.3.4.3 גמלת החלמה על פי סעיף זה לא תשולם למבוטח שבחר בכיסוי במסלול פיצוי, כמפורט בסעיף 3.2 להלן.

4.1.3.4.4 גמלת ההחלמה תשולם ליורשיו החוקיים של המבוטח, אם נפטר המבוטח במהלך תקופת תשלום גמלת ההחלמה.

4.2. כיסוי במסלול פיצוי

בקרות מקרה הביטוח, ולאחר קבלת אישור הרישום, יהיה המבוטח זכאי לפיצוי כספי חד פעמי בגובה 350,000 ₪, בכפוף לתנאים המפורטים להלן:

4.2.1 תשלום הפיצוי יבוצע לאחר ביצוע ההשתלה בפועל, והוכחת ביצועה על פי התנאי לכיסוי הביטוחי המפורט לעיל.

4.2.2 בחר המבוטח בכיסוי במסלול פיצוי על פי סעיף זה, לא יהיה זכאי לכיסויים המפורטים בסעיף הכיסוי במסלול שיפוי, כמפורט בסעיף 3.1 לעיל, כולם או חלקם.

5. 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 תוכנית ביטוח זו, שנגרם במישרין או בעקיפין, על-ידי או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:

5.1 תרופות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח שלא במסגרת האשפוז לצורך השתלה.

5.2 ניתוח ו/או טיפול רפואי שאיננו השתלה כהגדרתה בתנאי הפוליסה.

6. תביעות

בנוסף לאמור בתנאים הכלליים, ובכפוף להם, המבטח ישלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי תוכנית ביטוח זו, או יעבירם ישירות לנותן השירות אם המציא אישור רישום, ואם בצע את ההשתלה בפועל. לשם כך 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.

7. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

7.1 תוכנית ביטוח זו כפופה לכל תנאי הפוליסה אליה צורפה.

7.2 כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטיה מהאמור בפוליסה יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו רק אם נכלל במפורש בתוכנית ביטוח זו.

7.3 במקרה של סתירה בין האמור בתוכנית ביטוח זו ובין האמור בתוכניות ביטוח אחרות שצורפו לפוליסה ו/או האמור בתנאים הכלליים של הפוליסה, יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו, האמור בה.

תרופות מחוץ לסל - גילוי נאות

חלק א'		
נושא	**סעיף**	**תנאים**
כללי	שם הפוליסה	תרופות שאינן מכוסות בסל התרופות - תוכנית ביטוח לשיפוי הוצאות בגין תרופות אשר אינן בסל שירותי הבריאות
	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	שנתיים
	תנאים לחידוש אוטומטי	אחת לשנתיים, במועד החידוש, תחודש הפוליסה מאליה, לתקופה של שנתיים נוספות, בין אם באותם תנאים ובין אם בתנאים שונים, ברצף ביטוחי.
	תקופת אכשרה	אין
	תקופת המתנה	אין
	השתתפות עצמית	300 ₪ לחודש בגין תרופה שעלותה החודשית הינה עד 5,000 ₪ בחודש.
שינוי תנאים	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	אין
דמי הביטוח	גובה דמי הביטוח	עפ"י המצוין בטבלה מטה ובמפרט המצורף לכיסוי זה. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כמפורט בפוליסה.
	מבנה דמי הביטוח	• עד גיל 66 - דמי ביטוח משתנים בהתאם לגיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח ועפ"י טבלת דמי הביטוח המצורפת לפוליסה הבסיסית. • מגיל 66 - דמי ביטוח קבועים. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כמפורט בפוליסה.
	שינוי דמי הביטוח במהלך תקופת הביטוח	אין

תנאי ביטול	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	רשאי לבטל בכל עת, ע"פ המצוין בסעיף 1.6 לתנאים הכללים של הפוליסה.
	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	המבטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל אחד מן המקרים הבאים המפורטים בסעיף 6 לתנאים כלליים: א. בשל אי תשלום דמי ביטוח. ב. בשל אי גילוי נאות ג. חודשה הפוליסה שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיפים 5.2 ו-5.6, ונמסרה הודעה מהמבוטח למבטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הפוליסה, על ביטול הפוליסה לגבי אותו מבוטח, תבוטל הפוליסה לגביו במועד חידוש הביטוח ויושבו למבוטח דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו, ככל שנגבו, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור. ד. בשל היעדר הסכמה מפורשת של המבוטח לאחר חידוש הביטוח ה. בהתאם להוראות חוק הביטוח ו. בהתאם להוראות חוק הביטוח.
חריגים	החרגה בגין מצב רפואי קודם	כן, כמפורט בסעיף 71 בתנאים הכלליים בפוליסה. בנוסף- חריגים ספציפיים יופיעו במפרט
	סייגים לחבות המבטח	הסייגים מפורטים, בפרק ד' לתנאים הכלליים של הפוליסה

חלק ב'					
פירוט הכיסויים בפוליסה	**תאור הכיסוי**	**שיפוי או פיצוי**	**צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר**	**ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן**	**קיזוז תגמול מביטוח אחר**
תרופות הנכללות בכיסוי	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.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן
סכום ביטוח מרבי לכל תקופת הביטוח	1. עד 1,500,000 ₪ סכום ביטוח מרבי, יתחדש אחת לשנתיים, למעט לתרופות Off Label, כמפורט בסעיף 6.2 לכיסוי זה. 2. לתרופת Off Label כמפורט בסעיף 4.3 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

<u>הגדרות:</u>

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 XXX ,2016 XXX נק'.

פרמיה חודשית:

גיל	פרמיה חודשית
0-20	2.51
21-30	2.41
31-40	3.92
41-50	10.18
51-55	17.38
56-60	23.35
61-65	26.07
66+	31.39

הפרמיות נכונות לתקופת הביטוח הנוכחית.

ברכישת חבילות ביטוח הפרמיה תהיה נמוכה יותר

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 שאינן מכוסות בסל התרופות
תוכנית ביטוח לשיפוי הוצאות בגין תרופות אשר אינן בסל שירותי הבריאות

1. כללי

1.1 הכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו, כפוף לתנאי הפוליסה אליה צורפה, על תנאיה וסייגיה, ככל שתוכנית זו נרכשה, צויינה במפורש במפרט ושולמו בגינה דמי הביטוח.

1.2 תנאי לכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו הינו כי במועד קרות מקרה הביטוח למבוטח הפוליסה ותוכנית ביטוח זו בתוקפם עבור אותו מבוטח.

1.3 תוכנית ביטוח זו מהווה תוכנית בסיס, כהגדרתה בתנאים הכלליים לפוליסה אליה צורפה.

2. הגדרות לתוכנית ביטוח זו:

2.1 **המדינות המוכרות** - ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, אחת המדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).

2.2 **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.

2.3 **מחיר מירבי מאושר** - הסכום המאושר, מעת לעת, לגבייה בגין תרופה, על ידי הרשויות המוסמכות בישראל.
לא נקבע לתרופה מחיר מרבי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע המחיר המרבי על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב.
לא נקבע לתרופה מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע המחיר המרבי על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה במחירי דולר ארה"ב.
חישוב מחירי דולר ארה"ב יעשה על פי שער המכירה (העברות והמחאות) של דולר ארה"ב שיהיה נהוג בבנק הפועלים בע"מ ביום הכנת התשלום על-ידי המבטח בתוספת היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום כזה.

2.4 **מרשם** - מסמך רפואי החתום בידי רופא בית חולים או רופא מומחה, אשר קובע את הטיפול התרופתי הנדרש, את קביעת המינון הנדרש ואת משך הטיפול הנדרש. מרשם יהיה לתקופת טיפול של עד 3 חודשים בכל פעם. נרשמו במרשם אחד מספר תרופות, תחשב כל תרופה הרשומה בו כמרשם נפרד.

2.5 **תרופה OFF LABEL -** תרופה, שאושרה לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות, להתוויה רפואית שונה מזו הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

2.5.1 פרסומי ה- FDA.

2.5.2 American Hospital Formulary Service Drug Information.

2.5.3 US Pharmacopoeia - Drug Information

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

- עוצמת המלצה (Strength of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa.
- חוזק הראיות (Strength of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B.
- יעילות (Efficacy) נמצאת בקבוצה I או IIa.

2.5.5 תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines, שמתפרסם ע"י אחד מהבאים:

- NCCN.
- ASCO.
- NICE.
- Esmo Minimal Recommendation.

2.5.6 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:

- הפרסומים עברו ועמדו ב"ביקורת עמיתים" (Peer reviewed) שמשמעותה אישור הפרסום על ידי סוקרים, הקובעים האם הפרסום ראוי לבמה מדעית.
- 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 מסויים.

2.6 **תרופה נסיונית** - אחת מאלה:

- תרופה אשר לא אושרה ע"י הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול בהתוויה הרפואית הנדרשת למבוטח.
- תרופה אשר טרם אושרה לשימוש כלשהו על ידי הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות.
- תרופה הנמצאת בשלבי מחקר ובהליכי ניסוי קליני בבני אדם, ללא קשר לרמת הצלחת הניסוי או לשלב הימצאו.

תרופה OFF LABEL ו/או תרופת יתום, כמוגדר להלן, לא תיחשב תרופה נסיונית.

2.7 **תרופת יתום** - תרופה לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.

3. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח, הנזקק לטיפול תרופתי, על-פי מרשם שניתן על-ידי רופא מומחה, בתרופה שאיננה תרופה נסיונית או תרופה מתחום הרפואה המשלימה, שהינה אחת מאלה:

3.1 **תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות,** אשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית, לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת בישראל ו/או באחת מהמדינות המוכרות.

3.2 **תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות**, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות. **תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה נסיונית.**

3.3 **תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות** לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, שהינה תרופת **OFF LABEL.**

3.4 **תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות** לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, שהינה תרופת יתום**.**

4. הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה הביטוח זכאי המבוטח לכיסוי עלות הטיפול התרופתי בניכוי השתתפות עצמית ועד תקרת הכיסוי המפורטת להלן, ובהתאם לתנאים המפורטים להלן:

4.1 המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק התרופה, על פי שיקול דעת המבטח, בגין מקרה ביטוח, כהגדרתו לעיל, אשר ארע למבוטח בעת היות כיסוי זה בתוקף, עבור הוצאותיו לרכישת תרופות, ועד תקרת סכום הביטוח המרבי.

4.2 השיפוי יינתן לכיסוי המינון הנדרש בכל פעם, בניכוי הסכום שבו השתתפו קופת חולים ו/או השב"ן של קופתו, אם השתתפו, ובניכוי השתתפות עצמית המפורטת להלן, עד תקרת סכום הביטוח המרבי.

4.3 המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות, על פי שיקול דעת המבטח, עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך בנטילת התרופה, כאמור לעיל, עד 150 ₪ ליום, ולתקופה שלא תעלה על 60 יום במצטבר.

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

4.4 השיפוי להוצאות בגין רכישת תרופה על פי תוכנית ביטוח זו, לא יעלה על המחיר המירבי המאוש לאותה תרופה.

4.5 הכיסוי על פי פרק זה יינתן בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד.

4.6 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.

5. סכום הביטוח המירבי

5.1 סכום הביטוח המרבי שישלם המבטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על-פי תוכנית ביטוח זו, יהא עד לסך 1,500,000 ₪ לתקופת ביטוח כהגדרתה ומשמעותה בפרק התנאים הכלליים בפוליסה אליה צורפה תוכנית ביטוח זו. בעת חידוש הביטוח, יחודש סכום הביטוח המירבי.

5.2 סכום הביטוח המרבי שישלם המבטח מתוך הסך המרבי הקבוע בסעיף 4.1 לעיל, בגין תביעה ו/או תביעות לתרופת OFF LABEL, המכוסה על פי סעיף 18.31.6 לתנאים הכללים בפוליסה זו ,שמשמעותו הינה כי התרופה הוכרה ב-3 פרסומים מדעיים מקובלים שלא הוזכרו בפרסומים המפורטים בסעיפים 18.31.1 - 18.31.5 (כולל), יהא עד לסך של 50,000 ₪ לחודש ולתקופה שלא תעלה על 10 חודשים קלנדאריים רצופים, לכל מקרה ביטוח.

5.3 סכום הביטוח המרבי יתחדש בכל תקופת ביטוח, כאמור לעיל, למעט סכום הביטוח המפורט בסעיף 4.2 לעיל. למען הסר ספק מובהר, כי הכיסוי לתרופת OFF LABEL יחודש אך ורק לגבי התרופות המפורטות בסעיפים 18.31.1 - 18.31.5 (כולל). לא יחודשו סכומי ביטוח לגבי תרופת OFF LABEL המכוסה על פי סעיף 18.31.6 לתנאים הכללים בפוליסה זו.

5.4 חידוש סכומי הביטוח ייעשה באופן הבא:

5.4.1 מבוטח, אשר בגין תביעתו ו/או תביעותיו על פי תוכנית ביטוח זו, קיבל מהמבטח את סכום הביטוח המרבי במלואו, יהיה זכאי לסכום ביטוח מרבי נוסף כמפורט בסעיף 4.1, עם חידוש תקופת הביטוח כאמור, בכפוף לאמור בסעיף 4.3.

5.4.2 מבוטח, אשר בגין תביעתו ו/או תביעותיו על פי תוכנית ביטוח זו, קיבל מהמבטח חלק מסכום הביטוח המרבי, יהיה זכאי לסכום ביטוח מרבי מלא כמפורט בסעיף 4.1, עם חידוש תקופת 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 4.2 ובכפוף לאמור בסעיף 4.3.

6. השתתפות עצמית

6.1 בגין תרופות כמפורט בסעיף 2 תשולם השתתפות עצמית בסך 300 ₪ למרשם.

6.2 על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, בגין תרופה שעלותה החודשית, על פי מחירה המרבי המאושר, עולה על 5000 ₪, לא תשולם השתתפות עצמית.

6.3 יובהר, כי ההשתתפות העצמית למרשם הינה חודשית ותחול על כל חודש בנפרד.

7. חריגים נוספים ומיוחדים לכיסוי זה

מבלי לגרוע מהחריגים הכלליים הקבועים בפוליסה, המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח או תשלומים אחרים כלשהם בגין טיפול תרופתי המפורט להלן ו/או בגין מקרה ביטוח על-פי תוכנית ביטוח זו, שנגרם במישרין או בעקיפין, על-ידי או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:

7.1 תרופות ניסיוניות.

7.2 תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה שבוצעו בבית חולים, או במהלך אשפוז בבית חולים כמוגדר בפוליסה (למעט באשפוז יום).

7.3 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.

7.4 טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.

7.5 טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השרות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

8. תביעות

בנוסף לאמור בתנאים הכלליים, ובכפוף להם, המבטח ישלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי תוכנית ביטוח זו, או יעבירם ישירות לנותן השירות אם נתקיימו כל אלה:

8.1 המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם, ויקבל את אישורו לחבותו על פי תוכנית ביטוח זו. למען הסר ספק, מובהר כי קבלת אישור כאמור איננה מהווה תנאי לתשלום התביעה, ובמקרים בהם נרכשה התרופה ללא אישור החברה מראש, ידון המבטח בתביעה לאחר מכן ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות פוליסה זו ו/או תוכנית ביטוח זו המצורפת לה, והוגשו לחברה כל המסמכים כנדרש.

לא קויימה חובת המבוטח לפי סעיף זה במועדה, וקיומה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין המבטח חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קויימה החובה. הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:

8.1.1 החובה לא קויימה או קויימה באיחור מסיבות מוצדקות;

8.1.2 אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.

8.2 לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם ינתן לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם. אם ניתן למבוטח מרשם לטיפול תרופתי לתקופה פחותה משלושה חודשים יהא המבוטח רשאי להמציא מרשם לחודשיים נוספים, חתומים בידי רופא שאינו רופא מומחה, לפי בחירתו, ובתנאי שאחת לשלושה חודשים ימציא המבוטח מרשם מרופא מומחה.

למען הסר ספק, יודגש, כי גם על פי מרשם שניתן לשלושה חודשים, תנוכה ההשתתפות העצמית מידי חודש.

8.3 המבטח לא ישפה מבוטח המצוי מחוץ לגבולות מדינת ישראל למעלה מ-180 ימים ברציפות לאחר קרות מקרה הביטוח, כל עוד שוהה המבוטח בחו"ל. מובהר בזאת, כי אם חזר המבוטח ארצה והוכיח זכאותו לתגמולי ביטוח כאמור, המבטח ימשיך לשלם בהתאם להוראות כיסוי זה.

8.4 במקרה של הפסקת הזכאות לתגמולי הביטוח, על המבוטח להודיע על כך מיידית למבטח במכתב רשום ו/או בכל דרך אחרת. תשלומים שקיבל מבוטח שלא כדין, יוחזרו למבטח.

9. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

9.1 תוכנית ביטוח זו כפופה לכל תנאי הפוליסה אליה צורפה.

9.2 כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטיה מהאמור בפוליסה יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו רק אם נכלל במפורש בתוכנית ביטוח זו.

9.3 במקרה של סתירה בין האמור בתוכנית ביטוח זו ובין האמור בתוכניות ביטוח אחרות שצורפו לפוליסה ו/או האמור בתנאים הכלליים של הפוליסה, יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו, האמור בה.

כיסוי אמבולטורי - שירותי רפואה מתקדמים ("הכיסוי")

השירות ניתן באמצעות פמי פרימיום בע"מ מוקד השירות הוא: 03-5688588

1. כללי:

1.1 הכיסוי כפוף לתנאי הפוליסה אליה צורף, על תנאיה וסייגיה, ככל שכיסוי זה נרכש, צוין במפורש במפרט ושולמו בגינו דמי ביטוח, עבור כל אחד מהמבוטחים כהגדרתם בפוליסה.

1.2 תנאי לכיסוי זה הינו כי במועד קרות מקרה הביטוח למבוטח, הפוליסה וכיסוי זה הינם בתוקף עבור אותו מבוטח.

2. הגדרות:

בנוסף להגדרות הכלולות בפוליסה הבסיסית אשר יחולו במלואן על הכיסוי, יתווספו להגדרות הנ"ל ההגדרות הבאות:

2.1 "**החברה**" ו/או "**המבטחת**" - איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ.

2.2 "**הספק**" ו/או "**נותן השירות**" - חברה המספקת שירותים אמבולטוריים כנקוב במפרט הפוליסה.

2.3 "**מוקד השירות**" - קו טלפון שיפעיל הספק עבור המבוטחים, באמצעותו יווסתו פניות המבוטחים לנותן השירות לשם קבלת השירותים על-פי הכיסוי.

2.4 "**השירות**" או "**השירותים**" - השירותים הכלולים במפורש בסעיף 4 להלן, בהתאם לתיאור המפורט בצידם שינתנו למבוטח על פי הוראות הכיסוי.

2.5 "**נותן שירות** שבהסכם" - רופא, רופא מומחה, מרפאה וכל גוף אחר שאינו בהסכם עם הספק.

2.6 "**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**.

2.7 "**רופא מומחה אחר**" - רופא מומחה אשר אינו רופא מומחה שבהסכם.

2.8 "**יועצת הנקה**" - מי שהוסמכה ע"י IBCLC (ארגון ההנקה הבינלאומי)- לרבות המורשים להסמיך בשמם, בישראל.

2.9 "**המועד הקובע**"- מועד כניסתו לתוקף של הכיסוי, לגבי המבוטח, על פי רישומי המבטחת. רישומי המבטחת יהוו ראיה חלוטה לאמור בהם.

2.10 "**סכום השיפוי המרבי**"- הסכום המרבי שישלם הספק למבוטח בגין השירותים בהם זכאי המבוטח להחזרים בהתאם למפורט בכיסוי.

2.11 "**שנה**" או "**שנת ביטוח**" - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה מתחילה במועד הקובע.

2.12 "**מרפאת הסדר**" - מרפאה עמה התקשר הספק בהסכם עם מתן השירותים המפורטים בכיסוי **ובלבד שהינה צד להסכם עם הספק במועד פניית המבוטח לצורך קבלת השירות**.

3. הצהרות והתחייבויות נותן השירות:

3.1 הוא בעל הידע, הניסיון, המיומנות המקצועית, הכישורים, המשאבים, האמצעים, כוח האדם, הציוד והחומרים, הנדרשים לביצוע התחייבויותיו על פי כיסוי זה.

3.2 הוא הבין את צרכי החברה ודרישותיה, ובכוחו לספק את כל השירותים, בהתאם להם.

3.3 הוא יבצע את מלוא התחייבויותיו על פי כתב השירות תוך קיום תקשורת יעילה וזמינה עם המבוטח.

3.4 הוא יספק את השירותים בפריסה גאוגרפית נאותה.

4. השירותים:

המבוטח יהא זכאי לקבל את השירותים הכלולים בכיסוי זה **ושירותים אלו בלבד**, כמפורט להלן:

4.1 <u>התייעצות עם רופא מומחה:</u>

4.1.1 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.**

4.1.2 בחר המבוטח לפנות לרופא מומחה שבהסכם ישלם המבוטח דמי השתתפות עצמית בסך של 90 ₪ בגין כל התייעצות.

4.1.3 בחר המבוטח לפנות לרופא מומחה אחר, ישפה הספק את המבוטח בגין ההתייעצות עד לסכום השיפוי המרבי ובכפוף לתשלום דמי השתתפות עצמית כדלהלן:

4.1.3.1 בגין התייעצות ראשונה בשנת הביטוח - יהיה זכאי המבוטח להחזר של 80% מההוצאות הממשיות שהוצאו על-ידי המבוטח בפועל בגין ההתייעצות **ולא יותר מ - 750 ₪ להתייעצות**.

4.1.3.2 בגין התייעצות שנייה, שלישית ורביעית בשנת הביטוח - יהיה זכאי המבוטח להחזר של 80% מההוצאות הממשיות שהוצאו על-ידי המבוטח בפועל בגין ההתייעצות **ולא יותר מ- 450 ₪ להתייעצות**.

4.1.4 מובהר כי דין התייעצות חוזרת כדין התייעצות מן המניין על-פי סעיף 4.1.1 לעיל.

4.1.5 המבוטח יהיה זכאי לקבלת השירותים על פי סעיף זה, לאחר תקופת אכשרה בת 3 חודשים מהמועד הקובע.

4.2 <u>בדיקות הדמייה רפואיות אבחנתיות:</u>

4.2.1 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 בגינן על פי המפורט להלן:

4.2.2 רשימת הבדיקות הרפואיות האבחנתיות כוללת את הבדיקות שלהלן, **ובדיקות אלו בלבד:**

4.2.2.1 בדיקות רנטגן.

4.2.2.2 הדמיה באמצעות P.E.T C.T.

4.2.2.3 הדמיה באמצעות אולטרסאונד.

4.2.2.4 הדמיה באמצעות (c.t).

4.2.2.5 הדמיה באמצעות M.R.I

4.2.2.6 הדמיה באמצעות M.R.A.

4.2.2.7 הדמיה באמצעות M.R.E.

4.2.2.8 צנתור וירטואלי.

4.2.2.9 קולונוסקופיה וירטואלית.

4.2.2.10 גלולה להראיית המעי הדק.

4.2.3 בדיקת צנתור ווירטואלי כאמור בסע' 4.2.2.8 תאושר למבוטח רק במידה ורופא מטפל הפנה את המבוטח לביצוע הצנתור.

4.2.4 בחר המבוטח לפנות למרפאת הסדר לביצוע הבדיקה, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בגובה 20% מסכום השיפוי המרבי בגין הבדיקה אצל נותן שירות שבהסכם, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.

4.2.5 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות שלא בהסכם לצורך ביצוע הבדיקה, ישפה הספק את המבוטח בגובה 80% מההוצאות הממשיות שהוצאו על-ידי המבוטח בפועל בגין הבדיקה ולא יותר מסכום השיפוי המרבי לבדיקה כמפורט להלן:

4.2.5.1 סכום השיפוי המרבי בגין הבדיקות הכלולות בסעיפים 4.2.2.1 עד 4.2.2.7 הינו 4,000 ₪ לכל בדיקה **אך לא יותר מסכום השיפוי המרבי לשנה לכל הבדיקות האבחנתיות, כאמור בסעיף 4.2.6 להלן.**

4.2.5.2 סכום השיפוי המרבי בגין הבדיקה הכלולה בסעיף 4.2.2.8-4.2.2.10 הינו 4,500 ₪ לכל בדיקה **אך לא יותר מסכום השיפוי המרבי לשנה לכל הבדיקות האבחנתיות, כאמור בסעיף 4.2.6 להלן**.

4.2.6 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 המתפרסם באתר האינטרנט של החברה במועד פנייתו למוקד השירות לצורך קבלת הבדיקה, בקיזוז סכום ההשתתפות העצמית.

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

4.3 <u>שירותי רפואה מונעת:</u>

4.3.1 <u>בדיקות סקר לגילוי סרטן (**"הסקר לגילוי סרטן"**):</u>

4.3.1.1 המבוטח זכאי לבצע בדיקת סקר תקופתית **<u>אחת ל-3 שנים</u>**, אשר כוללת את הבדיקות המפורטות ברשימה הסגורה שלהלן:

4.3.1.1.1 מיפוי גורמי סיכון אישיים לפתח סוגי סרטן שונים (בליווי שאלון מובנה).

4.3.1.1.2 בדיקת רופא מומחה בתחום (בין היתר בדיקת חלל הפה, עור, ערמונית, בלוטת התריס, אשכים ועוד).

4.3.1.1.3 מתן יעוץ אישי להפחתת גורמי הסיכון.

4.3.1.1.4 בדיקת שד ע"י כירורג.

4.3.1.1.5 בדיקת ממוגרפיה.

4.3.1.1.6 בדיקת דם בשתן.

4.3.1.1.7 בדיקה גינקולוגית.

4.3.1.1.8 בדיקת צוואר הרחם **PAP**.

4.3.1.1.9 בדיקת אולטרסאונד וגינאלי.

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

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

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

4.3.1.3 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₪.

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

4.3.1.5 הבדיקות המפורטות בסעיף 4.3.1.1 לעיל יבוצעו אצל נותן שירות אחד ובמועד אחד, ככל הניתן, וחריגה מכך מחייבת את אישור הספק מראש.

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

4.3.2 בדיקת סקר מנהלים (**"סקר המנהלים"**)

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

4.3.2.1.1 בדיקת רופא מקיפה.

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

4.3.2.1.3 בדיקת לחץ דם, בדיקת גובה ומשקל, בדיקת דם בצואה, בדיקת בלוטת הפרוסטטה, בדיקת ראיה ושמיעה, לחץ תוך עיני.

4.3.2.1.4 בדיקת תפקודי ריאה, צילום חזה.

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

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

4.3.2.3 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 ₪.

4.3.2.4 בסיום הבדיקות המפורטות בסעיף 4.3.2.1 לעיל יינתן למבוטח תיק מודפס הכולל המלצות להמשך טיפול וסיכום ע"י רופא.

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

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

4.4 שירותי סל הריון:

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

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

4.4.1.1.1 סקירת מערכות ראשונה.

4.4.1.1.2 סקירת מערכות שניה.

4.4.1.1.3 בדיקת שקיפות עורפית.

4.4.1.1.4 בדיקת מי שפיר.

4.4.1.1.5 בדיקת סיסי שליה.

4.4.1.1.6 בדיקות דם לא פולשניות (NIPT)

4.4.1.2 סכום ההחזר המרבי בגין ביצוע הבדיקות המפורטות בסעיף 4.4.1.1 הינו 80% מההוצאות הממשיות שהוצאו על-ידי המבוטחת

בפועל בגין כל בדיקה **ולא יותר מסכום השיפוי המרבי לבדיקה כמפורט להלן**:

4.4.1.2.1 סכום ההחזר המרבי בגין **ביצוע בדיקת סקירת מערכות ראשונה או שניה** - הינו ₪1,000 לכל בדיקה.

4.4.1.2.2 סכום ההחזר המרבי בגין ביצוע **בדיקת שקיפות עורפית** הינו 450 ₪ לבדיקה.

4.4.1.2.3 סכום ההחזר המרבי בגין ביצוע **בדיקת מי שפיר או בדיקת סיסי שליה או בדיקות דם לא פולשניות** (NIPT) הינו 700 ₪ לכל בדיקה.

4.4.1.3 על אף האמור לעיל, סכום ההחזר המרבי בגין כל בדיקות ההיריון כמפורט בסעיפים 4.4.1.1.1 עד 4.4.1.1.6 לא יעלה על 2,500 ₪ לכל תקופת ההיריון.

4.4.2 <u>בדיקות גנטיות-</u>

4.4.2.1 המבוטחת תהא זכאית להחזר הוצאות ממשיות שהוצאו על ידה בפועל עבור בדיקות גנטיות **עד לסכום ביטוח מרבי בסך 100₪ לכל בדיקה ולא יותר מ-500₪** לכלל הבדיקות הגנטיות בתקופת הריון.

4.4.2.2 במקרה בו הומלץ למבוטח (זכר) לבצע בדיקות גנטיות כהשלמה לבדיקות שביצעה אשתו המבוטחת, יהיו זכאים שני בני הזוג המבוטחים **עד לסכום ביטוח מרבי בסך של 100 ₪ לבדיקה ולא יותר מ - 1,000 ₪** לשניהם לכל תקופת הריון.

4.4.2.3 יובהר כי, הזכאות לקבלת השירות למבוטח (זכר) כאמור בסעיף 4.4.2.2 הינו **בכפוף לכך שלשני בני הזוג קיים הכיסוי תקף הכולל את השירותים המפורטים בכיסוי זה**.

4.4.3 <u>בית החלמה (מלונית) לאחר לידה-</u>

4.4.3.1 המבוטחת תהא זכאית להחזר בגובה 200 ₪ ליום ועד לתקרה של 7 ימי שהייה בגין ההוצאות הממשיות שהוצאו על ידה בגין שימוש בשירותי בית החלמה (מלונית) לאחר הלידה כנגד מסירת קבלה מקורית או נאמן למקור לספק.

4.4.3.2 השירותים המפורטים בסעיף זה, **יינתנו פעם אחת בלבד לכל תקופת ההיריון**.

4.4.3.3 למען הסר ספק, הזכאות לשירותים על פי סעיף זה, הינה לאישה מבוטחת בלבד (ולא למבוטח שהינו זכר).

4.4.4 <u>שמירת דם טבורי-</u>

המבוטחת תהא זכאית להחזר הוצאות ממשיות שהוצאו על ידה בפועל עבור מימון איסוף ושימור דם טבורי **עד לסכום ביטוח מרבי בסך 550 ₪ אחת לכל תקופת הריון**.

4.4.5 <u>קורס הכנה ללידה-</u>

המבוטחת תהא זכאית להחזר הוצאות ממשיות שהוצאו על ידה בפועל עבור מימון קורס הכנה ללידה **עד לסכום ביטוח מרבי בסך 280 ₪ אחת לכל תקופת הריון**.

4.4.6 <u>יועצת הנקה-</u>

המבוטחת זכאית במהלך השנה שממועד הלידה ל- 12 מפגשים עם יועצת הנקה על פי המפורט להלן:

4.4.6.1 בחרה המבוטחת לפנות ליועצת הנקה שבהסכם, תשלם המבוטחת השתתפות עצמית בסך של 40 ₪ בגין כל התייעצות.

4.4.6.1.1 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**.

4.4.6.1.2 השירותים המפורטים בסעיף זה, יינתנו פעם אחת בלבד לכל תקופת ההיריון.

4.4.7 המבוטחת תהא זכאית לקבלת השירותים המפורטים בסעיפים 4.4.1 - 4.4.6 רק לאחר תקופת אכשרה של 12 חודשים מן המועד הקובע.

4.4.8 למען הסר ספק, הזכאות לשירותים על פי סעיף זה, הינה לאישה מבוטחת בלבד (ולא למבוטח שהינו זכר).

4.5 <u>מפגש טיפול עם פסיכולוג בהסדר:</u>

4.5.1 המבוטח יהיה זכאי לסדרה של עד 12 מפגשים בשנה עם פסיכולוג בכפוף למפורט להלן:

4.5.2 בעבור כל מפגש ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 100₪.

4.5.3 המבוטח יהיה זכאי לשירות זה לאחר תקופת אכשרה של 3 חודשים שתחילתה במועד הקובע.

4.5.4 השירות על פי סעיף קטן זה יינתן על ידי נותן שירות שבהסדר בלבד, והמנוי לא יהיה זכאי לקבל את השירות אצל נותן שירות אחר ו/או לשיפוי או לכל תשלום אחר בגינו.

4.6 <u>שירותים ייחודים לילד:</u>

מבוטח שגילו אינו עולה על 25 שנה, אשר הצטרף לפוליסה עד גיל 18 **יהא זכאי לקבלת השירותים המפורטים להלן בכפוף לקבלת הפניה מראש של רופא:**

4.7 <u>אבחון וייעוץ דידקטי:</u>

4.7.1 המבוטח יהא זכאי ל-3 אבחונים דידקטיים במהלך כל תקופת הביטוח באמצעות מרפאות המוסמכות למתן שירותים אלה :

4.7.2 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות בהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 450 ₪ בגין כל אבחון דידקטי.

4.7.3 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 80% מההוצאות שהוציא בפועל על ידו אך לא יותר מ-500₪ לכל אבחון ויעוץ דידקטי.

4.7.4 בתום אבחון שבוצע על ידי נותן שירות שבהסכם, תתקיים שיחת סיכום עם המבוטח ויישלח אליו דו"ח מסכם הכולל המלצות להמשך טיפול.

4.7.5 מובהר כי דין אבחון חוזר כדין אבחון מן המניין הנמנה לצורך סעיף 4.7.1 דלעיל.

4.7.6 המבוטח יהיה זכאי לאבחון דידקטי על פי סעיף קטן זה לאחר תקופת אכשרה של 6 חודשים שתחילתה במועד הקובע.

4.8 <u>אבחון וייעוץ פסיכו-דידקטי:</u>

4.8.1 המבוטח יהיה זכאי ל-3 שירותי אבחון וייעוץ פסיכו-דידקטי במהלך תקופת הביטוח, , במרפאות המוסמכות למתן שירותים אלה .

4.8.2 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות בהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 1,200 ₪ בגין כל אבחון פסיכו-דידקטי.

4.8.3 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 75% מההוצאות שהוציא בפועל על ידו אך לא יותר מ-1,000₪ לכל אבחון פסיכו-דידקטי.

4.8.4 בתום אבחון שבוצע על ידי נותן שירות שבהסכם, תתקיים שיחת סיכום עם המבוטח ויישלח אליו דו"ח מסכם הכולל המלצות להמשך טיפול.

4.8.5 מובהר כי דין אבחון חוזר כדין אבחון מן המניין הנמנה לצורך סעיף 4.8.1 דלעיל.

4.8.6 המבוטח יהיה זכאי לאבחון פסיכו-דידקטי על פי סעיף קטן זה לאחר תקופת אכשרה של 6 חודשים שתחילתה במועד הקובע.

4.9 <u>אבחון וייעוץ בהפרעות קשב וריכוז (מבחן TOVA):</u>

4.9.1 המנוי יהיה זכאי ל-3 בדיקות ממוחשבות מסוג **TOVA** במהלך כל תקופת הביטוח.

4.9.2 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות בהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 250₪ בגין כל אבחון.

4.9.3 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 80% מההוצאות שהוציא בפועל על ידו אך לא יותר מ-300₪ לכל אבחון.

4.9.4 מובהר כי דין אבחון חוזר כדין אבחון מן המניין הנמנה לצורך סעיף 4.9.1 דלעיל.

4.9.5 המבוטח יהיה זכאי לאבחון הפרעות קשב וריכוז על פי סעיף קטן זה לאחר תקופת אכשרה של 6 חודשים שתחילתה במועד הקובע.

4.10 <u>אבחון וייעוץ בהפרעות קשב וריכוז (BRC):</u>

4.10.1 המנוי יהיה זכאי ל-3 בדיקות ממוחשבות מסוג **BRC** במהלך כל תקופת הביטוח.

4.10.2 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות בהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 250₪ בגין כל אבחון.

4.10.3 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות אחר, ישפה הספק את המנוי בסך של 80% מההוצאות שהוציא בפועל אך לא יותר מ-500₪ לכל אבחון.

4.10.4 מובהר כי דין אבחון חוזר כדין אבחון מן המניין הנמנה לצורך סעיף 4.10.1 דלעיל.

4.10.5 המבוטח יהיה זכאי לאבחון הפרעות קשב וריכוז על פי סעיף קטן זה לאחר תקופת אכשרה של 6 חודשים שתחילתה במועד הקובע.

4.11 <u>אבחון וייעוץ בהפרעות קשב וריכוז (MOXO):</u>

4.11.1 המנוי יהיה זכאי ל-3 בדיקות ממוחשבות מסוג MOXO במהלך כל תקופת הביטוח.

4.11.2 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות בהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 250₪ בגין כל אבחון.

4.11.3 בחר המנוי לפנות לנותן שירות אחר, ישפה הספק את המנוי בסך של 80% מההוצאות שהוציא בפועל אך לא יותר מ-500₪ לכל אבחון.

4.11.4 מובהר כי דין אבחון חוזר כדין אבחון מן המניין הנמנה לצורך סעיף 4.11.1 דלעיל.

4.11.5 המבוטח יהיה זכאי לאבחון הפרעות קשב וריכוז על פי סעיף קטן זה לאחר תקופת אכשרה של 6 חודשים שתחילתה במועד הקובע.

4.12 <u>שירותי "מקסימום בריאות":</u>

4.12.1 המבוטח זכאי לשירות מידע אובייקטיבי למימוש זכויות באמצעות מוקד השירות, בנושאים הבאים:

4.12.1.1 מתן מידע לגבי כיסויים הקיימים במסגרת קופת החולים בה חבר המבוטח בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.

4.12.1.2 מתן מידע לגבי הכיסויים הקיימים במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) בה מבוטח המבוטח בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.

4.12.1.3 מתן מידע לגבי הכיסויים הקיימים במסגרת הזכויות המגיעות מביטוח לאומי בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.

4.12.2 למען הסר ספק, הייעוץ הניתן אינו יעוץ משפטי.

4.12.3 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.**

4.12.4 השרות על פי סעיף זה יינתן ללא הגבלה של מספר הפניות מצד המבוטח ואינו כרוך בתשלום דמי השתתפות עצמית.

4.12.5 השירותים המפורטים בסעיף זה אינם כפופים לתקופת אכשרה.

5. אופן קבלת השירותים:

5.1 בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על פי הכיסוי, על המבוטח לפנות תחילה למוקד השירות ולפעול בהתאם להוראות המפורטות בכיסוי שלהלן.

5.2 קבלת אישור הספק מראש ובכתב לקבלת השירותים או לשיפוי בגינם טרם ביצוע השירותים בפועל הינה תנאי מהותי לאחריות הספק על-פי כיסוי זה.

5.3 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.

5.4 מוקד השירות יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד תום 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.

5.5 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.

5.6 השירותים המפורטים בכיסוי זה, יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.

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

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

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

5.10 במקרה של קבלת שירות אצל נותן השירות שבהסכם יחולו ההוראות הבאות:

5.10.1 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.

5.10.2 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.

5.11 השירותים על-פי הכיסוי יינתנו בשעות הפעילות הרגילות וללוח העבודה של נותן השירות שבהסכם.

5.12 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.

5.13 מחויבות הספק, בטיפולו בפניה של מבוטח לקבלת השירות אצל נותן שירות שבהסכם, תסתיים במוקדם מבין שני האירועים המפורטים להלן:

5.13.1 הפנית המבוטח לנותן השירות בפועל.

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

5.14 במקרים בהם בחר המבוטח לקבל שירותים באופן של קבלת החזר בגין הוצאות בפועל אצל נותן שירות אחר, יחולו גם ההוראות שלהלן:

5.14.1 כל תשלום אשר המבוטח זכאי לו מהספק לפי הכיסוי, ישולם למבוטח, לאחר אישור התביעה, תוך 30 יום ממועד מסירת המסמכים הבאים:

5.14.1.1 חשבונית בגין ההוצאה שהוצאה.

5.14.1.2 הצהרה של המבוטח לפיה לא פנה לקבלת החזר מגורם אחר. ככל שהמבוטח פנה וקיבל החזר חלקי מגורם אחר, השיפוי יוגבל לגובה ההפרש בכפוף לכל שאר תנאי הכיסוי.

5.14.2 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.

5.14.3 אחריות לתאום וביצוע השירותים תהא על המבוטח בלבד.

6. אחריות:

1.1 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:

1.1.1 הוצאות שהוציא המבוטח עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכיסוי זה.

1.1.2 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.

7. ביטול הכיסוי:

7.1 ביטול כתב השירות יהיה בהתאם להוראות פוליסת הביטוח והוראות הדין.

7.2 בוטלה פוליסת הביטוח מכל סיבה שהיא או הסתיימה תקופת תוקפה, יסתיים הכיסוי.

7.3 על אף האמור לעיל:

7.3.1 במקרה של סיום ההסכם עם נותן השירות, וכל עוד המבטח לא הגיע להסדר עם נותן שירות אחר, רשאי המבטח לבטל את הכיסוי, בכפוף לאישור המפקח על הביטוח.

7.3.2 ביטול כתב שירות זה, יכנס לתוקף באופן מיידי מרגע הודעת הביטול. במקרה כאמור, המבוטח יהיה זכאי להחזר כספי יחסי ממחיר הכיסוי ששילם.

8. 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 בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

9. שונות

9.1 הזכות לקבלת השירותים על -פי כיסוי זה הינה אישית, ואין המבוטח רשאי להעבירה לאחר.

9.2 כל התשלומים הנקובים בכיסוי כוללים מע"מ כחוק. באם יחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.

9.3 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.

9.4 המבוטח הראשי כאמור ו/או המבוטח מתחייבים להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתם, ולא תישמע מפיהם הטענה כי הודעה כלשהיא לא הגיעה אליהם, אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שנמסרה.

9.5 כל הודעה ו/או הצהרה לחברה תימסר בכתב.

10. תנאי הצמדה למדד

10.1 כל הסכומים הנקובים בכיסוי זה ו/או במפרט ולרבות דמי ביטוח, סכומי השתתפות עצמית, סכומי השיפוי יהיו צמודים למדד. חישוב ההצמדה יעשה בהתאם ליחס שבין המדד החדש ובין המדד הבסיסי.

10.2 המדד הבסיסי - יהיה המדד המפורט במפרט.

10.3 המדד החדש יהיה כמפורט להלן:

10.3.1 בכל הנוגע לתשלום דמי הביטוח - המדד החדש יהיה המדד האחרון הידוע בראשון לכל חודש שבו מבוצע תשלום דמי הביטוח.

10.3.2 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.

11. מקום השיפוט וברירת דין

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

10/2017 מהדורה 173358 אלטשוניה

AIG digital

הפרופיל שלי | המסמכים שלי | הוספת נהג צעיר | רכישה וחידוש ONLINE | AIG SAFE DRIVE | סיוע בדמן תאונה

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

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