



AIG MediCare



AIG MEDICARE

פוליסת בריאות מהשקל הראשון

עמודדים

עמודדים	תוקן הפוליסה
1-16	תנאים כלליים לביטוח בריאות גילוי נאות - ניתוחים בישראל, טיפולים מחלפי ניתוח והתייעזויות אגב ניתוחCSI משלך ראשון
17-18	ניתוחיםCSI משלך ראשון
19-21	ניתוחיםCSI משלך ראשון
22-24	גילוי נאות - ניתוחים וטיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל
25-29	ניתוחים וטיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל
30-32	גילוי נאות - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
33-37	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
38-39	gilio נאות - תרופות שאין מכוסות בסל הרופאות
40-44	תרופות שאין מכוסות בסל הרופאות
45-46	gilio נאות - תרופות בהתאם אישית ובידיקות גנטיות
47-50	תרופות בהתאם אישית ובידיקות גנטיות
51-56	gilio נאות - נספח לרפואה אמבולטורית ואבחון רפואי מהיר
57-71	נספח לרפואה אמבולטורית ואבחון רפואי מהיר

תנאים כלליים לביטוח בריאות

אאי גי' ישראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבחן") מסכימה לבטח את המבוקח על פי פוליסה זאת, בהסתמך על הנסיבות הכלולות במפרט המהווים חלק בלתי נפרד מפוליסת זו. בכפוף לתשלום דמי הביטוח, ובהתאם להוראות פוליסת זו.

אחריות המבחן על פי פוליסת זו אינה על פי תנאים כלליים אלה, בהתאם לתנאים ולכיסויים המפורטים בה ובתוכניות הביטוח שצורפו לה ולסקומים המצוינים במפרט ובתנאים הכלליים, בגין מקרה ביטוח כהגדרתו להן ובכל אחת מתוכניות הביטוח שצורפו לה, אשר ארע במהלך תקופת הביטוח.

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

1. הגדרות כלליות

בפולישה זו, בתוכניות הביטוח, ובפרט יהוי המונחים הבאים מוגדרים כלהלן:

1.1 אשפוז - שהותו של המבוטח בבית חולים על-פי הוראה מפורשת של חופה מומחה, לצורך ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי פולישה זאת. יובהר כי הייתה בבית החולים במוגדרת אשפוז יום (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום) תחשיב כאשפוז כלל דבר.

1.2 ביתחולים - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים, אשר ברישומו היתר לבצע ניתוח או פעולה רפואית או פעללה אחרת בנדרש על פי העניין, שאינו סנטוריום (בית החלמה/בראה), בית חולים למחלות נפש או מוסד שיקומי.

1.3 ביתחולים פרטי - אחד מללאה:

1. בית חולים בישראל שהוא בעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כלל כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשני סדרי עדיפות לאומית (תיקוני חוקה להשגת יעד התקציב לשנים 2013-2014), התשע"ג-2013.

2. בית חולים ציבורי כלל כהגדרתו בסעיף 19 בחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירות רופא בתשלום.

1.4 בן/בת זוג - האדם הנושא למobotח, או ידוע בצויר המנהל עימיו משק בית משותף, אף אם אינם נשוי לו.

1.5 בעל הפולישה - המבוטח או האדם ששמו מצוין בפרט כבעל הפולישה.

1.6 ניל המבוטח - גיל המבוטח ביום הצטרפותו לbijוט יהא לפחות יום הולדתו האחרון טרם מועד תחילת הביטוח או לפחות יום הצטרפותו, כאמור בפרט.

1.7 דמי הביטוח - הפרמיה שעלה בעל הפולישה /או המבוטח לשלם למבטח על-פי תנאי הפולישה.

1.8 המدد הקובע - המدد הדוע במועד ביצוע תשלום כלשהו על פי תנאי הפולישה.

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

1.10 הפולישה - חוזה bijot זה, שנעשה לפי תכנית בסיס או תוכנית בסיס ותכנית נוספת, בגין תשלום כללים אלו, לרבות חוזהbijot לפי חיבורו, הכוללת תנאים כלליים המתיחסים לכל תוכניות הביטוח /או הנספחים שצורפו לו - מפרט, הצהרת הבריאות של המודע לביטוח, וכל תוכניתbijot המצורפים לו.

1.11 השתתפות עצמית - חלקו של המבוטח בהזאה בגין מקרהbijot על פי תנאי הפולישה /או תוכניות הביטוח.

יובהר כי, תגמולו הביטוח שיישלם המבטח הימן בעבור הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות העצמית המפורטת בתנאי הפולישה /או בתוכניות הביטוח, אם פורטה.

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

1.13 חול - כל מקום מחוץ לגבולות מדינת ישראל.

יובהר, לא ינתן כסויbijot על פי פולישה זו במדינות אויב /או ברכזות עזה /או בשטחים שבשליטה ישראל באזר יהודה ושומרון /או בשטחים בשליטה /או בניהול הרשות הפלסטינית /או במדינה מוחרגת הנוקבה בפרט הפולישה /או

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

- 1.14 חוק הביטוח** - חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.
- 1.15 חוק הבריאות** - חוק ביטוח בריאות מלכתי, התשנ"ד - 1994.
- 1.16 טיפול נסיני** - כל טיפול הדורש אישור ועדת הלסינקי ו/או טיפול שלא הוכר לטיפול במצבו הרפואי של המטופח באף אחת מהמדינות המוכנות.
- 1.17 ישראל** - מדינת ישראל, לרבות השטחים ביהודה ושומרון בשליטתה.
- 1.18 מבוטח** - האדם המבוטח על פי פוליסת זאת, אשר שמו מצוין במפרט.
- 1.19 מدد** - מدد המחייבים לצרוך (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרנס על ידי כל מוסד ממשלטי אחר, לרבות כל מدد רשמי שיובא במקומו.
- 1.20 מدد הבסיס** - המدد האחרון הידוע ביום עד תחילת הביטוח.
- 1.21 מوطב** - הזכאי לקבל את תגמולו הביטוח בנסיבות מקרה ביטוח. בהיעדר קביעת מوطב מפורשת על ידי המבוטח, יהיה המوطב המבוטח, ולאחר מכן מותו - יירושו החוקי.
- 1.22 מועד החידוש** - הראשון ביוני, אחד לשנתיים, לאחר מועד החידוש הראשון.
- 1.23 מועד תחילת הביטוח** - המועד הרשום במפרט כתאריך תחילת הביטוח.
- 1.24 מחירון המבטיח** - מחייב, המתיחס לעלות שכר כוללת של גופא מנתה פרטיו ורופה מרדים רפואי בגין ביצוע כל ניתוח, מכופיע בראשית הנתחומים הפרטיים של המבטח, כפי שיערכן מעת לעת ועל פי הדין, המפורטים 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 משתמש מנתחה, בהתאם לדין החל באזורה המדינה.
- 1.26 מפרט** - דף רפואי הביטוח המצורף לפוליסת ומזהה חלק בלתי נפרד ממנה, כולל את מספר הפוליסה, רפואי בעל הפוליסה, המבוטח/ים, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח, דמי הביטוח, העתק הצהרת הבריאות שמסר בעל הפוליסה/
המבטיח לחברה, תנאי קבלת המבוטחים לביטוח וכי"ב.
- 1.27 מבחן רפואי קודם** - מערכת נסיבות רפואיות, שאובחנו במובטח לפני מועד הציגפותו לביטוח לרבות בשל מחלת או תאונת; לעניין זה "אובחנו במובטח" - בדרך של אבחנה רפואיות מתועדת, או בתהילן של אבחון רפואי מתוعد שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הציגפות לביטוח.
- 1.28 מקרה הביטוח** - אירוע, כמווגדר בכל תוכנית ביטוח, המקרה זכאות לתגמול ביטוח/
או לתשלומים מהມבטח בכפוף לתנאים ולסיגים בפוליסה, לרבות בתוכניות הביטוח המצורפות לה.
- 1.29 מרפאה כירוגית רפואית** - מרפאה, כהגדرتה בסעיף(ג) לפקודת בריאות העם, 1940, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בנסיבות ממושלית, ואשר מתחבצעות בה פעולות כירוגיות
- 1.30 ניתוח** - פעולה רפואית - חידרותת החדרת דרך רקמות וטטרת טיפול במחלת, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מהלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן ליזר, לאבחן או לטיפול, הראית אברים פנימיים בדרך אנדרוסקופית, צנתורה, אנטיגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גל קול;
- 1.31 ניתוח אלקטיבי** - ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח בבית החולים לצורך ביצוע הנition אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מין מקורה דוחף, אלא שהມבטח הופה לנition על ידי רופא מומחה מרפאה (לרבות מרפאת חזץ של בית החולים).

- 1.32 סל שירותי הבריאות** - סל שירותי הבריאות מכוון חוק הבריאות וכהגדרתו בחוק הבריאות.
- 1.33 ספק שירות בהסתמך** - רופא, רופא מומחה, בית חולים, מרפאה וכל גוף אחר המספק שירות לו זו דzáי המבוטח על פי הפולישה ועמו התקשרות המבוטח למתן השירותים למabitוחים ובכללן שiano צד להסתמך התקשרות עם המבוטח במועד פניות המבוטח לצורך קבלת השירות.
- 1.34 עליה או שינוי בדמי הביטוח** - שינוי בדמי הביטוח שנדרש המבוטח לשלם בגין פולישה זו /או בגין אחת או יותר מתוכניות הביטוח שצوروו לה, ביחס לטבלת דמי הביטוח שפורטה במפרט האחרון שנמסר למabitוח, למנט שינוי הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפולישה או בשל מעבר בין קבוצות גיל או בשל סיום הנחה שנינה לתקופה קצרה, כפי שפורטו בטבלת דמי הביטוח האחרון שנמסרה למabitוח.
- כعلיה בדמי הביטוח ייחשב גם שינוי בהיקף הכספי הביטוחי שנעשה כתחליף לעלייה בדמי הביטוח.**
- 1.35 קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות מלכתי, התשנ"ד-1994.
- 1.36 רופא** - רופא בעל רישיון כדין, העוסק ברפואה קוגניציאלית, והסמכתו תקפה במדינתה בה הוא משתמש כרופא, בהתאם לדין החל באוטה מדינה.
- 1.37 רופא מומחה** - רופא אשר אושר לו בידי הרשותות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה וחינוך) התשל"ג-1973, ושמו כולל ברשימה הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.38 רופא מרדדים** - רופא מומחה, המורהה על פי הסמכתו לשמש כרופא מרדדים, והסמכתו תקפה במדינתה בה הוא משתמש כרופא מרדדים, בהתאם לדין החל באוטה מדינה.
- 1.39 שירותי בריאות נספחים (شب"ז)** - תוכנית אשר אושרה על-ידי משרד הבריאות למtan שירותי בריאות נספחים מעבר לשירותי הבריאות הכלולים בסל השירותים והתשלומיים של קופת החולים, הנינתנת לחברה על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי יישות משפטית מטעם קופת החולים שהוקמה לשם כך.
- 1.40 תאונה** - חבלה גופנית שנגרמה למabitוח, עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי, חד-פעמי בלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על-ידי גורם חיצוני ולעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידיה, הישירה והמידית למקורה הביטוח.
- למען הסר ספק, מובהר כי אלימות מילולית /או לחץ נפשי /או התקף לב /או אירוע מוחי /או הצטברות של פגיעות עצירות חזורות לאורך תקופה לא ייחשבו כתאונת, לפי פולישה דאת.
- 1.41 תגמולי הביטוח - הסכם שישלים המבוטח למוטב, בקרות מקרה ביטוח, בכפוף לתנאים ולסיגים של הפולישה.** הסכומים המצוינים בתנאי הכספי הינם הסכומים המרביים המומווים את תקורת הכספי וגבול האחריות של המבוטח.
- 1.42 תוכנית ביטוח** - פרטיו הכספי הביטוחי הスペциי ותנאיו, הכלולים בתנאי פולישה זו, אם צוין במפרט.
- 1.43 תוכנית בסיס** - תוכנית ביטוח שה מבוטח רשאי להנήגנה כתוכנית בפני עצמה (לא תלות ברכישת תוכנית אחרת), בצווף לתנאים כלליים אלו.
- 1.44 תוכנית נספפת** - תוכנית ביטוח או כתוב שירות, שה מבוטח רשאי להנήגנה כנכליום לתוכנית בסיס (モונטה ברכישת תוכנית בסיס) ולתנאים כלליים אלו.
- 1.45 תקופת אכזרה** - תקופה, המתחילה בתאריך ה策טרופות המבוטח ביטוח והמסתיימת בהתאם שזינה עברו כל כסוי, **ובה המבוטח עדין אינו דzáי**.

לכיסוי ביטוחי מכוח הפליטה; תקופת האכשלה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצפות אצל אותו מבטח.

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

תקופת הביטוח - התקופה אשר תחילתה ביום עד תחילת הביטוח ועד למועד חידוש הביטוח. חודש הביטוח לתקופה נוספת נספחת ביום חידוש, תימשך תקופת הביטוח עד למועד החידוש הבא, וכן להלאה.

תרופה - חומר כימי או ביולוגי, אשר מועד טיפול במצב רפואי, מניעת החזרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחללה או תאונה.

1.46

2. פרשנות

2.1 כוורות הסעיפים בפולישה זו או בתוכניות הביטוח הין לנוחות הקראיה בלבד, ואין ממשות לצורכי פרשנות הפסכם. תוקן הסעיפים הוא הקובל.

2.2 האמור בלשון ייחד משמעו גם רבים והאמור בלשון ذכר משמעו גם נקבה, אלא אם נקבע במפורש אחרת.

3. חובת גילוי ותוצאותיה

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

3.1 **חובת גילוי**

3.1.1 הציג המבטח למטרות לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת בכתב, שאלת בעניין שיש בו כדי להשפיע על נוכנותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרטותו בתנאים שבו (להלן - עניין מהותי), על המבטח להסביר עליה בכתב תשובה מלאה וכןנה.

3.1.2 שאלת גורפת הכוורת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה.

3.1.3 הסתרה בכוונות מרמה מצד המבטח של עניין שהוא ידוע כי הוא עניין מהותי, דינה כדי מתן תשובה שאינה מלאה וכןנה.

3.2 **תוצאות של אי-גילוי**

3.2.1 **ניתנה לשאלת בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכןנה,** רשאי המבטח, תוך 30 ימים מהיום שנודיע לו על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את החוזה (הפליטה) בהודעה בכתב למטרות.

3.2.2 ביטול המבטח את החוזה מכח סעיף זה, זכאי המבטח להחזיר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בגין הוצאות המבטח,ؤولת אם פעל המבטח בכוונות מרמה.

3.2.3 **קרה מקרה הביטוח לפני שנ לבטל החוזה מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולו ביטוח מופחתים בשיעור יחסי,** שהוא כיחס שבן דמי הביטוח שהוא משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמירותו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והוא פטור ככל אחת מלאה:

3.2.3.1 התשובה ניתנה בכוונות מרמה.

3.2.3.2 מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח

מרובים יותר, אילו ידע את המצב לא מיתר; במקרה זה זכאי המבוטח להחזיר דמי הביטוח ששילם בעקבות התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בגיןיו הוצאות המבטחת.

3.3 המבטח אינו זכאי לתרומות האמורות בסעיף 3.2, בכל אחת מלאה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה, ניתנה בכוונת מרמה: 3.3.1 הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לא מיתר בעקבות כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;

3.3.2 העובדה שעלה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרה, על חבות המבטח או על הקופה.

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

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

פרק ב' - תוקף הפולישה, תקופת הביטוח וביטול הפולישה

4. **תוקף הפולישה**

4.1.1 הפולישה או כל תוכנית ביטוח שכורפה לה, לפי העניין, יכנסו לתוקףן החל מיום תחילת הביטוח כאמור במפרט בהתייחס לפולישה או לכל תוכנית ביטוח שכורפה לה, לפי העניין, ובכפוף לתנאים המctrברים הבאים:

4.1.1.1 ניתנה הסכמת המבטח, על תנאייה וסיגייה, לבטה את המבטוח על פי פולישה זאת, בהסתמך על ההצהרות הכלולות במפרט, והופקה למבטוח פולישה זו. יובהר כי הפקת פולישה מהווה את הסכמת המבטוח.

4.1.2 תשלום הסכום הראשוני בגין דמי הביטוח המגיעים למבטוח על פי הנוקבו במפרט לא יהווה תנאי לככיסת הפולישה לתוקפה. יובהר, כי אם שולם למבטוח כספים על חשבון דמי הביטוח לפני שניתנה הסכמת המבטוח, לא תחשב קבלת הכספיים האמורים בידי המבטח כהסכם המבטח לעירication הביטוח.

4.1.3 מבלי לפגוע באמור לעיל, שולמו דמי ביטוח למבטוח, בטרם ניתנה הסכם המבטח כאמור, ישיב המבטח למבוטח את דמי הביטוח או יודיע על תנאי קבלתו תוך 90 ימים ממועד קבלת דמי הביטוח, ואם פנה המבטח למבטוח בבקשה להשלמת פרטיים, יודיע המבטח למבטוח על תנאי קבלתו תוך 180 ימים ממועד קבלת דמי הביטוח. לא השיב או הודיע המבטח למבטוח על הסכמתו / או הסכם התקופה כאמור לעיל בהתאם, יחשב הדבר כאילו הסכימים המבטוח לקבלת הביטוח בתנאים רגילים.

4.1.3.1 למבטוח עומדת הזכות לוודא שמהמועד בו הצהיר המבטוח על מצבו הרפואי לצורך הצרפתו לפולישה זו / או לכל תוכנית שכורפה לה, לפי העניין, ועד למועד תחילת הביטוח, לא חל שינוי בנסיבותיו, או מצבו הגופני של המבטוח, שהיו משפיעים על הסכמתו או תנאי הסכמתו של המבטוח אילו ידע עליהם.

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

5. **תקופת הביטוח וחידוש**

- תקופת הביטוח בputiesה /או בכל תוכנית ביתוח לביטוח בריאות שצורפה לה, תהייה שנתיים.
- אחת לשנתיים, במועד החידוש, תחודש הputiesה מלאה, לתקופה של שנתיים נוספת, בין אם באותו תנאים ובין אם בתנאים שונים, ברצף ביתוחו.
- על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, למבוטח שמשך תקופת הביטוח ממועד תחילת הביטוח ועד ל- 1.6.2018 (האחד בינוי שנת אלפיים ושונה עשרה) קצר משנתיים או ארוך משנתיים, תהייה תקופת הביטוח החל ממועד תחילת הביטוח ועד ל- 1.6.2018 (האחד בינוי שנת אלפיים ושונה עשרה).
- למבוטח שמשך תחילת הביטוח הינו לאחר - 1.6.2018 (האחד בינוי שנת אלפיים ושונה עשרה), ועד למועד החידוש תקופת הביטוח קצרה ממשנתיים, תהייה תקופת הביטוח החל ממועד תחילת הביטוח ועד למועד החידוש הקרוב. מועד החידוש יהיה 1 בחודש יוני בכל שנה דוגית, החל מעתה 2018.
- נדרש מבוטח לבצע שינוי בתנאים בputiesה במועד החידוש, וה מבוטח אינו מմשיך לשוק deputiesה או למבוטחים חדשים, רשי המבטח, במועד החידוש שלא לבצע את השינוי, ולחדש לכלל המבוטחים הקיימים בputiesה את deputiesה בהתאם לתנאים שהיו בה ערב החידוש. יובהר כי במקורה זה לא יוכל המבטח לשוק deputiesה או למבוטחים חדשים עד ליצוע השינוי האמור אשר יכול על כלל המבוטחים.

חידוש deputiesה בהסכם מפורשת של המבוטח

- על אף האמור בסעיף 5.2 לעיל, לא תחודש מלאה deputiesה ללא קבלת הסכמתו המפורשת של המבטח לחידוש, אם חלה עלייה בדמי הביטוח, של יותר מ- 10% או יותר מ- 20% מדמי הביטוח (גובהם מביניהם), ביחס לדמי הביטוח החדשניים ששילום המבטח עבר חידוש deputiesה, עבר כל אחת מתוכניות הביטוח שצורפו(deputiesה).

- למען הסר ספק, שיורו עלית דמי הביטוח כאמור יבחן לגבי כל אחת מתוכניות הביטוח שצורפו(deputiesה בנפרד.
- "הסכם מפורשת" לעניין סעיף זה, משמעה גם ההסכם מפורשת של מבטח לגבי ילד עד גיל 21 של מבטח באותה תכנית או בן/בת דוגו של מבטח;

- חידוש deputiesה ללא הסכם מפורשת של המבטח בהתאם כאמור בסעיף 5.2 לעיל, ועל אף האמור בסעיף 5.5 לעיל, לא תידרש הסכמה מפורשת של המבטח לחידוש הביטוח, והdepsitsה תחודש מלאה, 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 המבטח הגיע במהלך תקופת הביטוח, הנקהית או זו שקדמה לה, תביעה לימוש זכויות לפי תנאי deputiesה.
- 5.6.4 אם המבטח פירט למבוטח שהצטרך לראשונה לתוכנית בתקופה של 120 ימים שקדמו לממועד החידוש, באופן מפורש, את השינויים בתנאי הביטוח ודמי הביטוח שיחולו במועד החידוש הקרוב, וה מבוטח נתן את הסכמתו להם טרם הצטרפות.
- 5.6.5 אם המפקח קבע מראש וככתב כי לא נדרש לקבל את הסכמת המבטח לגבי שינוי מסוים שערק המבטח בתכנית.

- 5.7
- הודעות למכוטח לעניין תקופת הביטוח וחידושה
 5.7.1 המבטח ישלח למכוטח, 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 הפוליס;
 5.7.1.2 במקרה שבו לא יישנו תנאי הביטוח ודמי הביטוח - עדכון כי הפוליס
 תחודש ולא יחולו שינויים בתנאי הכספי הביטוח;
 5.7.1.3 במקרה שישנו תנאי הביטוח בתקופה הנוספת - פירוט של השינויים
 המשפיעים הכספיים;
 5.7.1.4 במקרה שישנו דמי הביטוח בתקופה הנוספת - טבלת דמי הביטוח
 של המבטח (לרכבות הנוחות או תוספת לדמי הביטוח שנקבעו
 למוטח) שייהו נוהגים بعد כל תכנית בפוליסה, בתקופת הביטוח
 הנוספת עבור כל גיל.
- 5.7.2 מבטח רשאי לשלוח למוטח במועד החידוש העתק של תנאי
 הפוליס שחודשה, וב└בד שמסר למוטח את המידע שנדרש לפי סעיף
 5.7.1, ופירוט למוטח את האפשרות לקבל את העתק הפוליס / או תוכנת
 הביטוח שצורפה לה, וכן את האפשרויות של המבטח לעזין בהם תוך מתן
 פירוט היכן הדבר ניתן.
- 5.7.3 אין כאמור כדי לגרוע מוחבת המבטח לשלוח למוטח במועד החידוש
 מפרט עדכני וטופס גילוי נאות.
- 5.7.4 יובהר כי ההודעה הראשונה יכולה להישלח במסגרת הדיווח השנתי למוטח
 וב└בד שההודעה תציג באופן בולט ומופרד מהדיווחו השנתי.
 במקרה שנדרשה הסכםתו המפורשת של מוטח כאמור בסעיף 5.5,
 תכלול ההודעה הראשונה, גם את הפרטים הבאים:
- 5.7.4.1 הודעה כי נדרש לקבל את הסכםתו של המבטח כתנאי לחידוש
 הפוליס לתקופה נוספת;
- 5.7.4.2 ציון כי קיימת חשיבות לריצף ביטוח, וכי אי חידוש הפוליס אצל
 המבטח יביא לביטול הזכות לריצף הביטוח;
- 5.7.4.3 פרטים אודות אופן העברת הסכמת המבטח לMOTEח בדבר חידוש
 הפוליס.
- 5.7.5 נדרשה הסכםתו המפורשת של מוטח כאמור בסעיף 5.5, והוא לא
 התקבלה עד ל- 45 ימים טרם מועד החידוש, ימסור המבטח למוטח,
 לפחות 21 ימים לפני מועד החידוש, הודעה נוספת נספחת בדבר הצורך בקבלת
 הסכםתו המפורשת של המבטח (להלן: **"הודעה שנייה"**). ההודעה השנייה
 תכלול פירוט כאמור בסעיף 5.7.4 לעיל, וציון מועד תום תקופת הביטוח אם
 לא תתקבל הסכמת המבטח.
- 5.8
- אי חידוש הפוליס**
 על אף האמור בסעיף 5.2 לעיל, לא תחודש מעליה פוליסה כאמור, במקרים הבאים:
 5.8.1 בכתב שירות - אם נקבעו בו הוואות מפורשות לעניין אי חידוש כתוב
 השירות על ידי המבטח.
- 5.8.2 פוליסות ששוווקה על פי תכנית שהמפקח אישר לגביה מראש ובכתב כי
 פוליסות לפיה לא יוחדו מעלה.
- 5.8.3 נדרשה הסכםתו המפורשת של מוטח כאמור בסעיף 5.5, ולא התקבלה
 הסכמה כאמור עד מועד תום תקופת הביטוח, לא תחודש הפוליס
 לתקופה נוספת.

6. ביטול הפולישה

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

6.1 ביטול על ידי המבוטה

מבוטה היא רשאי לבטל את הפולישה בהודעה בכתב שתימסר למביטה. ביטול המבוטה את הפולישה יחולו הוראות להלן:

6.1.1 הביטול יכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי המביטה.

6.1.2 המביטה לא יהיה חייב בתגמול ביטוח או בכל אחריות על פי הפולישה מיום כניסה הביטול לתוקף.

6.1.3 המביטה ישיב לבעל הפולישה את דמי הביטוח אשר שלמו עלי-ידו בגין התקופה שלאחר מועד הביטול, ככל ששולמו, למעט אם היה פטור המביטה מכוח חוק הביטוח מהשבת דמי הביטוח.

6.1.4 בוטלה הפולישה כאמור לעיל ניתן לזוג של המבוטה המשיר את הביטוח, בתנאי שהודעה על כך תימסר בכתב למבוטה, לא יותר מ-90 ימים מיום ההודעה על ביטול הפולישה.

6.2 ביטול בשל אי תשלום דמי ביטוח

לא שלמו דמי הביטוח או חלוקם במועד, ולא שלמו תוך 15 ימים לאחר שהמבוטה דרש מן המבוטח או בעל הפולישה בכתב לשולם, רשאי המביטה להודיע לבעל הפולישה ו/או למבוטה בכתב כי הפולישה תבוטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכם שבפיגור לא יסוק לפניו כן.

6.3 ביטול בשל אי גילוי נאות

המבוטה יהיה רשאי לבטל פולישה זו כאמור בסעיף 4 לעיל.

6.4 ביטול לאחר חידוש תקופת הביטוח

חדששה הפולישה שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטה כאמור בסעיפים 5.2 ו-5.6, ונמסרה הודעה מהמבוטח למבוטה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הפולישה, על ביטול הפולישה לגבי אותו מבוטח, תבוטל הפולישה לגביי במועד חידוש הביטוח ויישבו למבוטח דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו, ככל שנגבו, ובבדך שלא הוגשה תביעה למשמעות זכויות לפי הפולישה בשל מקורה ביטוח שאריע בעתקופה 60 הימים כאמור.

6.5 ביטול בשל היעדר הסכמה מפורשת של המבוטה לאחר חידוש הביטוח

במקרים בהם נדרשת הסכמה מפורשת של המבוטה לחידוש הביטוח, כאמור בסעיף 6.5, תבוטל הפולישה כאמור בסעיף 5.8.3.

בוטלה הפולישה כאמור בסעיף זה, והתקבלה אצל המבוטה פניות מבוטח בבקשת להציג פרחזה לביטוח, וזאת תוך 60 ימים מהמועד שבו הייתה עתידה להתחדש הפולישה (להלן: "**מועד אי החידוש**"), ייחדש המבוטה את הפולישה לתקופת ביטוח נוספת, למפרען החל ממועד אי החידוש, תוך שמירה על רצף ביטוח, והמבוטה יהיה חייב בתשלום דמי הביטוח עבור תקופה זו.

פרק ג' - דמי הביטוח, תביעות ותגמולי ביטוח

7. דמי ביטוח

- 7.1 דמי הביטוח ישולמו למבטה על ידי בעל הפולישה /או המבוטח בתשלום חדשיו, אשר מועד פרעונו יהיה במועד הגבייה הרלוונטי בהתאם לאמצאיו התשלום.
- 7.2 דמי הביטוח יהיו בהתאם לטבלת דמי הביטוח שבמפרט.
- 7.3 במקרים בהם תשלום דמי הביטוח נעשה על ידי הוראת קבע לבנק (שירותות שיקים או כרטיס אשראי), יהיה זיכוי חשבון המבטה בבנק או בחברת האשראי **בפועל** את תשלום דמי הביטוח.
- 7.4 לדמי הביטוח אשר לא שולמו במועד יתווסף הפרשי הצמדה וריבית, על-פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה, תשכ"א- 1961, מיום היוזץ פיגור ועד פרעון בפועל של דמי הביטוח אצל המבטה.

8. שינוי דמי ביטוח ותנאי הביטוח במהלך תקופת הביטוח

- 8.1 דמי הביטוח בפולישה זו הינם בהתאם לגיל המבוטח בהתאם לטבלת דמי הביטוח שבמפרט. הוספת מבוטחים לפולישה, /או גירעת מבוטחים מהפולישה, מכל סיבה שהיא, לרבות הוספת ילד שנולד, פטירה של מבוטחה וכי"ב, תביא לשינוי דמי הביטוח בהתאם לכמות המבוטחים בפולישה וגילם.
- 8.2 אין באמור לעיל כדי להוות הסכמה מטעם המבטה לצרף לדמי הביטוח מבוטחים נוספים.
- 8.3 דמי הביטוח ישנותו בהתאם לטבלת דמי הביטוח המצווגת בפולישה זו, הכל בכפוף להצמדת דמי הביטוח למדד כאמור בסעיף 21 להלן.
- 8.4 המבטה יהיה זכאי לשנות את דמי הביטוח ואת התנאים של פולישה זו /או כל אחת מתוכניות הביטוח שצורפו לה, לכל המבוטחים בפולישה זו, לרבות בשל שינוי בתנאי השב"ן והכיסויים להם זכאי המבוטח בגינם. שינוי זה יכנס לתוקף 60 ימים לאחר שהודיע המבטה בכתב למבוטח על כך יהיה תקף בתנאי שהמפקח אישר את השינוי.
- 8.5 שינוי דמי הביטוח כאמור בסעיף 8.4 לעיל, יהיה לכל המבוטחים בתוכניות ולא יתחשב בשינוי שחל במצב בריאותו של המבוטח (אם חל שינוי כנ"ל) במשך התקופה שקדמה לשינוי כאמור.

9. שינוי דמי הביטוח ותנאי הביטוח בהתאם לתקופת הביטוח

- שינויי דמי הביטוח ותנאי הביטוח בהתאם לתקופת הביטוח ובעת חידוש תקופת הביטוח יהיה על פי האמור בסעיף 5 לעיל.

10. תביעות

- קרלה מקרה ביטוח, המכוסה על פי פולישה זו /או תוכניות הביטוח המצורפות לה, על המבוטח /או המוטב להודיע על כך למבטה מיד לאחר שנודע לו, מיד לאחר שנודע לו, על קרות המקרה ועל זכותו לTAGMOOLI הביטוח; מתן הודעה מأت אחד משלר או את השני מחובתו.
- הmbטח יברר ויישב תביעות בהתאם ללב, בעניינים, ביסודות, ביעילות, במקצועיות, בשקיות ובהוגנות.
- בעת טיפול בתביעות, המבטה לא יתנה טיפול בתביעה, בנסיבות של מבוטח שאינו מחוייב על פי פולישה זו או הדין שמכוחם נובעת החובה, למעט התנאי קיומה של החובה בהמצאתה מידע או מסמכים, כמפורט להלן.
- הmbטח ישפה או יפיצה את המבוטח, בהתאם לתנאי הכיסוי המפורט בפולישה זו /או בתוכניות הביטוח המצורפות לה, או ישלם שירות לנחת השירות את ההוצאות בגין

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

- 10.1 המבוטח היהודי למבטח על קורת מקורה הביטוח סמוך ככל האפשר למועד בו נודע לו על כך ומסר למבטח את כל הפרטים המתיחסים לתביעתו ואת המסמכים הרפואיים והאחרים, לרבות העתקים מהם. בין היתר, לבקשת המבוטח, יחתום המבוטח ו/או אינס ברשותו, עליו לסייע למבטח להציגם. ואם המבוטח דרש לשם בירור התביעה, מטעמו לקבל כל מידע ומסמך הנוגע למבוטח, המוצע בידי כל רופא ו/או מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או גופ רפואי ו/או גוף ציבורי ו/או גוף מסדים ו/או צבא ההגנה לישראל ו/או כל גוף רלבנטי אחר ו/או עובדי מי אלו, והכל בכפוף לאמור בסעיף 12.2 להלן.
- לא קיימה חובת המבוטח לפי סעיף זה במועדה, וכיומה היהאפשר למבטח להקטין חובתו, אין המבוטח חייב בתגמולו הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קיימה החובה. הוראה זו לא תחול בכל אחת מלאה:
- 10.1.1 החובה לא קיימה או קיימה באיחור מסיבות מסוימות;
- 10.1.2 או קיומה או אחרת לא מנע מן המבטח את ברור חובתו ולא הזכיר על הבירור.
- 10.2 עשה המבוטח או המוטב במתכוון דבר שהוא בו כדי למנוע מן המבוטח את בירור חובתו או להזכיר עלייו, אין המבוטח חייב בתגמולו ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.
- 10.3 החברה לא תדרש מהמ湧טח מידע או מסמכים שUMBOTACH סביר אין יכול להציגם או אינו רשאי לקבלם, אלא אם כן יש לחברה יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים כאמור נמצא בידי המבוטח.
- 10.4 המבוטח קיבל את אישור המבוטח מראש לכל אחד מהשירותים הרפואיים. עם זאת, יובהר כי קבלת אישור המבוטח מראש אינה תנאי להשלום התביעה. במקרים בהם בוצע טיפול רפואי ללא אישור המבוטח מראש, ידון המבוטח בתביעה לאחר הטיפול הרפואי ואישר אותה אם היא עומדת בהוראות פולישה זו ו/או תוכניות הביטוח המצוירות לה, והוגשו לחברת כל המסמכים כנדרש.
- 10.5 המבוטח רשאי לנחל על חשבונו כל בדיקה ו/או חקירה, לצורך בירור חובות המידעית ו/או העתידית על פי הפולישה, הכל כפי שהוא נמצא, ובתנאי שתהילך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, עיקוב הุงלו לסקן את בריאותו של המבוטח. זכותו של המבוטח לנחל את הבדיקות והבדיקות כנקוב לעיל לא תיפגע מחמת מותו, חס וחלילה, של המבוטחה.
- 10.6 בדיקה רפואית - אם ידרש לכך על ידי המבוטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופא מטעם המבוטח ועל חשבו המבוטח, וימסור כל פרט או מסמך רפואי שיידרש ובclud שבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ובהתאם למצות את זכויותיו הרפואי של המבוטח. יובהר כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המונחות לו מכוח הפולישה בבית משפט.
- 10.7 המבוטח המצא למבטח קבלות של נתן השירות המאושר תשלום בפועל של ההוצאות הנתבעות מה מבטח על ידי המבוטח.
- 10.8 המבוטח או בעל הפולישה חייבים בתשלום מלא דמי הביטוח עד לאישור התביעה על-ידי המבטח.
- 10.9 את המידע והמסמכים הרפואיים הדורשים בתשלום מלא דמי הביטוח עד לאישור התביעה בדו"ר אלקטרוני, ב__); מסרנו ובאזור האישי של המבוטח באתר המבוטח בכתובת www.aig.co.il.

11. **תגמולי הביטוח**

- המבטח יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם עבור השירותים הרפואיים יישירות למיספיק למבוטח את השירות הרפואי, כנגד הצגת חשבון מפורט בכתב של השירות שנותן, או לשלם למבוטח, לאחר שהזגגה בפנוי חשבונית מתנתן השירות. מבטח אכן יקבל המבטח לפִי דרישתו, אישור עקרוני לכיסוי, ובלבד שזכהתו על פי הpolloסה אינה שנوية במחלה. 11.1
- תשולם אשר נועד למן טיפולי רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות ישראל, ישולם בmetabu המדינה בה יש לבצע את התשלומים. 11.2
- סקומיים הנקבעים בmetabu/dr ומשלימים בישראל, ישולם בשקלים, על פי השער להעבות והמחאות (הגבוה) של metabu הזר הנ"ל בbank הפעלים בע"מ, ביום הפkt התשלומים. 11.4
- נפטר המבוטח ונורתה יתרת חוב לספק של שירות רפואי, בגין שירות רפואי שנitin למבוטח לפני פטירתו, ישלם המבטח את יתרת החוב כאמור לנורתן השירות הרפואי. אם יתרת החוב שנורתה (בגין שירות רפואי שנitin למבוטח לפני פטירתו) הינה לפני המבוטח עצמו, שנפטר, ישלם המבטח את יתרת החוב כאמור למוטב ואם המבוטח לא נקבע שם של מوطב, לירושו החוקים של המבוטח על פי כל דין. 11.5
- 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 לפולישה זו /או תוכניות הביטוח לצורפו לה. 11.6

12. **תחולף (סברוגציה)**

- היתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות שיפוי מעת צד שלישי לא מקום חזזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח, משישים למבוטח תגמoli ביטוח וכשייעור התגמולים שישים. 12.1
- הmbotach אינו רשאי להשתמש בזכות שעבירה אליו לפי סעיף זה באופן שיפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעיל לתגמולים שקיבל המבטח. 12.2
- קיבל המבוטח מן הצד השלישי שיפוי שהוא מגיע למבטח לפי סעיף זה, עליו להעבירה למבטח. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפגעת בזכות שעבירה למבטח, עליו לפצות את המבטח בשל כך. 12.3
- הmbotach מתחייב לשטר פעללה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותה של החברה כאמור. 12.4
- הזראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח הוא תוצאה של מעשה /או מחדל שלא בכונה בידי אדם שmbotach סביר לא היה טובע ממנו שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם. 12.5
- הmbotach, אם יבחר לتبוע צד שלישי, בכוח זכות התחולף, יודיע על כך למבוטח זמן סביר מראש. 12.6
- אם מצא המבטח, במסגרת בירור התביעה כי עשויה לעמוד למבוטח זכות כנגד הצד השלישי שאוינו עשויי המבטח לتبוע מכוח זכות התחולף, יציון זאת בפנוי המבוטח בכל הוועדה שנייתה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו. 12.7
- אין באמור בסעיף זה כדי לחייב את המבטח ליתיג את המבוטח או להטיל עליו חובת ייעוץ. 12.8

13. **ביטוח כפלי**

- בוטחו מקרי הביטוח כולם או מקצתם אצל יותר מmbotach אחד לתקופות חופפות על המבוטח להודיע על כך למבטיים בכתב מיד לאחר שנעשה ביטוח הכפל או לאחר שנודע לו עליו. 13.1

13.2 היה המבוקש זכאי לכיסוי הוצאות השיפוט המשולמות על-פי פולישה זו /או תוכניות הביטוח המצוירות לה מעתה אחר או על-ידי ביטוח אחר, יהיה המבוקש אחראי כלפי המבוקש, ביחד עם המבוקש الآخر, לגבי סכום הביטוח החופף בהתאם להוראות חוק הביטוח.

פרק ד' - חריגים וסיגים לחבות המבוקש

14. כללי

- 14.1 הסיגים והחריגים המפורטים להלן חלים על פולישה זו ותוכניות הביטוח המצוירות לה, למעט על תוכנית לביטוח ניתוחים בישראל. יובחר כי החריגים והסיגים החלים על תוכנית לביטוח ניתוחים בישראל פורטו במלואם בתנאי התוכנית.
- 14.2 בנוסף לסיגים וחריגים המפורטים להלן, יחולו גם הగבלות, הסיגים והחריגים המפורטים בתוכניות הביטוח.

15. חריגים כלליים בפולישה

- המבוקש לא ישלם תגמול ביטוח או תשלום אחרים כleshem, בגין תביעה על-פי פולישה זאת, בגין מקרה ביטוח שנגרם /או הקשור במישרין או בעקיפין, על-ידי או עקב אחת או יותר מהנסיבות הבאות:
- 15.1 מקרה הביטוח אריך לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכזרה.
- 15.2 אלכוהוליזם או התמכרות לسمים אסורים על פי החוק למעט שימוש בסמים רפואיים בהוראת רופא.
- 15.3 התאבדות, ניסיון התאבדות או פגעה עצמית מכוננת.
- 15.4 נסיבות בין המבוקש העמיד עצמו בסכנה במודע, אלא אם כן, נעשה הדבר לצורך הצלת נפשות.
- 15.5 שיטת המבוקש בכלי טיס כלשהו, פרט לטיסת המבוקש כנוסע במטוס אזרח' בעל רשות להובלות נוסעים.
- 15.6 מטרות מחקר, או טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות מקרה ביטוח שדורש אישור של ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים לבני אדם), התשמ"א - 1980
- 15.7 פעילותו של המבוקש כספורטאי, לרבות כספורטאי חובב, במסגרת אגודות ספורט רשומה לפי חוק הספורט, התשמ"ח - 1988.
- 15.8 ייסוקו של המבוקש בענף ספורט כלשהו לצורה מקצוענית ששכר בצדיו. הכוללת השתתפות בתחרויות מוסדרות למנינה /או הדריכה /או הדגמה פיזית.
- 15.9 ספורט אתגרי /או פעילות אתגרית כדוגמת טיפוס הרם, גלישת מצוקים (סנפלינג), ציד, קروس קאנטרי, רחיפה, צניחה חופשית, דאייה, גלשני (Zorbing) (jumping), זורבינג (Zorbing), גלישה, גלישת חולות, רכיבה על אופני כביש בדרכים בין עירוניות /או מהירות או בדרך שאינה מיועדת לרכיבי אופניים, מושצי מכוניות /אופנועים (ספורט מוטורי), רכיבה על אופנועים, סקי, רפטיניג, צלילה, אגרוף, הייאកות וכל סוג קרב מגע למיניהם, רכיבה עליים, סוסים. ספורט חורף, כולל גלישה או החלקה על שלג או קרת, רכיבה על אופנוע שלג. רשיימת הפעולות העדכנית מפורטת באתר האינטרנט של המבוקש: www.aig.co.il.

- 15.10 מקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מפעולות כוחות בטחון בעלת אופי צבאי או משטרתי לרבות בתרגילים או באמונות מכל סוג שהוא.
- 15.11 פעילות מלכתית או פעלת איבה, הפיכה, מרד, פרעות, מעשה חבלה, שביתה הכלוכה בפעולות אלימות.
- 15.12 טיפול רפואי מניעתי בתסמנות הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) על כל צורתיו.
- 15.13 ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגעה מנשך לא קוגניציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 15.14 מקרה ביטוח שאינו נובע מצורך רפואי כדוגמת מקרי ביטוח שנעדו למטרות "ופי", אסתטיקה, או תיקון קוצר ראה, ניתוח שדים מכל סוג שהוא (למעט שיחזור שד לאחר ניתוח כירטה).
- 15.15 עקרות, פוריות, עיקור מרცן והפלा, למעט הפללה הנדרשת מסיבה רפואי.
- 15.16 הטיפול החדשינו טיפול במסגרת רפואי אלטרנטטיבית (משלמה) לרבות טיפולים הומיאופטיים, או תרופות אלטרנטטיביות, למעט אם קיים כיוסי מפורש בפולישה זו / או בתוכניות הביטוח המצורות לה, ולמעט מקרים בהם על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, הטיפול החדשינו חלק מהטיפול המקבול על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.
- 15.17 מקרה ביטוח הקשור בשינויים או בחינויים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שניים.

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

- 16.1 הוראות לעניין סיג מצב רפואי קודם
- 16.1.1 המביטה יהיה פטור מחובתו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה מהלכו הריגל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למכובטה בתקופה שבה חל הסיג.
- 16.1.2.1 חריג זה יהיה מוגבל בזמן על פי גיל המכובטה במועד תחילת הביטוח כدلיקמן:
- 16.1.2.2 פחות מ- 65 שנים - הסיג יהיה בתוקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת ממועד תחילת הביטוח.
- 16.1.2.3 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה, שלא תעלה על חצי שנה ממועד תחילת הביטוח.
- 16.1.3 על אף האמור, הודיע המבוטח למכבטה במועד הצטרפותו לביטוח על מצב רפואי מסוים, יהיה המביטה רשאי לסיג את חובתו /או את היקף הכספי בשל מצב רפואי קודם מסוים, וסיג זה יהיה תקף לתקופה שתציגו במפרט הפולישה לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- 16.1.4 הודיע המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח על מצב רפואי מסוים והמביטה לא סיג במפואר את המצב הרפואי המשויים במפרט הפולישה, יהיה הביטוח בתוקף ללא סיגים או מגבלות מכלמין וסוג שהוא לעניין אותן מצב רפואי קודם הנזכר בהודעת המבוטח.
- 16.2 ביטול הפולישה והשבת דמי הביטוח בגין המצב רפואי קודם:
- 16.2.1 פטור מבטח מחובתו בשל הוראות המפורשות בסעיף 17, ובמבחן סביר לא יהיה מתקשר באותו חזה ביטוח, אף בדמי הביטוח גבויים יותר, אילו ידע במועד כריתת חזזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, יחזיר המביטה למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח עד פרק הזמן עד ביטול חזזה הביטוח, בניכוי החלק היחסית של דמי הביטוח עברו כיiso ביטוח שבסלו שלמו למכבטה תגמולי ביטוח.

2.2.16 אין כאמור לעיל כדי לפרט את המבוטח מחויבת גילוי לפי חוק הביטוח ובהתאם לאמור בפולישה זו לגבי מצב רפואי קודם, ואין בו כדי להגביל את זכויות המבוטח במקרה בו פעול המבוטח שלא על פי חובת הגילוי הנאות / או להגביל את התקופה בה רשאי המבוטח לבחון את הגילוי הנאות.

פרק ה' - **תנאים כלליים**

17. סיג' לאחריות המבוטח

המגבות אינם אחראי לטיב השירותים הרפואיים /או השירותים האחרים הניתנים למגבות במסגרת ביטוח זה. המבוטח אינו אחראי לכל נזק שייגרם למבוטח /או כל אדם דוחלתו, עקב בחירתו של המבוטח בנזקי שירותי רפואיים /או על-ידי מעשה או מחדל של הנ"ל. למען הסר ספק, בחירת הרופא המטפל /או ספק השירות הרפואי /או אופן הטיפול הרפואי, לרבות טיפול רפואי ו/או בית החולים שבו ינתן השירות הרפואי, הינם עפ"י בחירת המבוטח.

18. תקופת אכשורה

תקופת האכשורה חלה על פולישה זו ותוכניות הביטוח המצוירות לה, למעט על תכנית לביטוח ניתוחים בישראל. יובהר כי תקופת האכשורה על תכנית לביטוח ניתוחים בישראל תפרוט במלואה בתנאי התכנית.

18.2 מישך תקופת האכשורה הינו 90 ימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח. המבוטח לא יהיה חייב בתגמולו ביטוח על פי פולישה זאת בגין מקרה בגין תרחש **במהלך תקופה זו**, למעט מקרה בגין אשר התרעור או ארע עקב תאונה שהתרחשה לאחר מועד תחילת הביטוח.

19. תנאי הצמדה למדד

דמי הביטוח יהיו צמודים לשיעור עליית המدد למנ ממד הבסיס ועד לממד שפורסם לאחרונה לפני מועד תשלום כל תשלום במועדים הנוקבים בэмפרט. תגמולי הביטוח והשתתפות העצמית הקבועים בפולישה /או בתוכניות הביטוח יהיו צמודים לשיעור עליית הממד למנ ממד הבסיס ועד לממד שפורסם לאחרונה לפני תשלום כל סכום תגמול ביטוח והשתתפות עצמית. על תגמולי הביטוח והתשולומי האחרים שהמגבות חייב לשלם לפולישה זאת /או תוכניות הביטוח, יתוספו הפרשי הצמדה כמשמעותם בחוק פסיקת בית המשפט, תשכ"א - 1961, מיום קרות מקרה הביטוח ורבייה צמודה בשיעור שנקבע בסעיף 1 לחוק האמור מטעם 30 ימים מסיימת התביעה למבוטח.

20. התוישנות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמול ביטוח על פי פולישה זו היא 5 שנים ממועד קרות מקרה הביטוח.

21. מיסים והיטלים

בעל הפולישה או המבוטח, לפי העניין, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים הקיימים על ביטוח זה או המוטלים על דמי ביטוח ועל תגמול הביטוח ועל כל התשלומיים האחרים שմבוטח חייב לשולם על פי פולישה זו, בין אם מסים אלה קיימים ביום כניסה הביטוח לתקוף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר.

22. ספקי שירות

המבטח יהיה רשאי לשנות מעת לעת כל רשיימה של נתוני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו, לרבות, אך לא רק, בתוי חולם, רפואיים מומחמים, מנתחים ובתי מרחת.

23. גבול אחוריות החברת מחוץ למדינת ישראל

23.1 אחריות החברה מוגבלת לגבולות מדינת ישראל, למעט CISCOM 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 ואיירע מקרה ביטוח על פי ביטוח זה, בעת שהות המבוקשת בחו"ל לתקופה שאינה עולה על 30 יום ברציפות, תהיה למבוקשת דואות לכיסוי בגין אותו מקרה ביטוח על פי תנאי תכנית הביטוח.

24. הוראות בוגע לחילים המשרתים בחו"ל

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

25. שייפוט

מוסכם ומובהר כי כל תובענה בגין/או בקשר לפוליסה זו תוגש ותידן אך ורק בערכאות משפטיות מוסמכות בישראל ותידן לפני החקוק הישראלי בלבד, וכל בית משפט אחר יהא חסר סמכות לדון בთובענה על-פי/או בקשר לפוליסה זו.

26. הودעות

26.1 הودעה של המבוקש בעל הפוליסה או למבוקש בכל הקשור לפוליסה תישלח לפי מענו לאחר רשות המבוקש או בעלי הפוליסה הידוע מעבוקש, בדואר ישראלי או דואר אלקטרוני. בהיעדר הودעה בכתב מטעם המבוקש או בעלי הפוליסה על שנייה מענו, ייחשב כמענו האחרון הידוע למבוקש המען המצוין במפרט.

26.2 הודעה של המבוקש או בעלי הפוליסה אל המבוקש תישלח או תימסר בכתב למשרדי המבוקש על פי הפרטים המופיעים על גבי הפוליסה, באמצעות דואר ישראלי, דואר אלקטרוני, מסרן או באוצר האישי של המבוקש בכתב המבוקש בכתובת דואר אלקטרוני. www.aig.co.il

26.3 כל מסמך שנשלח בדואר רשום לכתובת המבוקש או בעל הפוליסה או למבוקש, כאמור לעיל, יראה כאילו נמסר למענו בתום 7 ימים מיום שנשלח.

גילוי נאות- AIG MEDICARE

כיסוי לנитוחים בישראל "מהשקל הראשון"

AIG MEDICARE	שם הביטוח
ניתוחים "מהשקל הראשון".	סוג הביטוח
מתandardת כל שנתיים כמפורט בפרק ב' סעיף 5 בתנאים הכלליים.	תקופת הביטוח
<ul style="list-style-type: none"> • 3 התיעיצויות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחלף ניתוח • שכר מנתח • ניתוח בבית חולים רפואי או במרפאה כירוגית פרטית • הכולל את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לביצוע הניתוח • טיפול מחלף ניתוח 	תיאור הביטוח
סיגי הפולישה וחריגה מפורטים בפרק ד' בתנאים הכלליים של הפולישה ובסעיף 7 בנספח ניתוחים.	חריגים בפולישה - הפולישה אינה מכסה את המבוצעת במקרים הבאים
90 ימים לפחות ניתוחים טיפולים מחלפי ניתוח או התיעיצויות בגין להרין או לידה, לגיביהם תחול תקופת אכשרה של 12 חודשים כמפורט בסעיף 6 בנספח ניתוחים.	תקופת אכשרה- אחריו כמה זמן מתחילה הביטוח ניתן לתבוע ולקבול תגמול
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספת נספים של קופת החולים.	האם קיימים כיסויים חוזרים בביטוח המשלים של קופות החולים
פרמיה חודשית	גיל
25.3	0-20
54.9	21-30
71.0	31-40
111.1	41-50
166.6	51-55
217.7	56-60
262.6	61-65
347.8	+66
הוצאות הביטוח	
<p>שים לב!</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) מחיר הביטוח עלול להשתנות בהתאם למצבך הרפואי או עקב מתן הנקה. (2) הסכומים המפורטים בספר הפולישה הם לפי ממד Mai 2015, נק'. (3) באפשרות להשוות בין מחירי הביטוח וציון ממד השירות של המבטיחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באחר רשות ההון. מחירי הביטוח וציון ממד השירות למוצר זה נכונים ליום פרסוםם. 	

תיאור הנסיבות בפולישה

שם הנסיבות המקסימלי שניתן לתבונע	תיאור הנסיבות	
עד 770 ש"ח להתייעצויות.	3. התיעצויות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח כמפורט בסעיף 4.1 בנספח ניתוחים בין אם בוצעו לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעו לאחריו.	
עד 100% מתוגמוני הביטוח כמפורט במחרון AIG Surgery המחרון מפורט באטר האינטראנט של AIG שכתובת: WWW.AIG.CO.IL	שכר מנתח כמפורט בסעיף 4.2 בנספח ניתוחים. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית הכוללת את כל הוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע ניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופאים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתקלה, שתלים, תרופות במהלך ניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו חלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרומ ניתוח, כמפורט בסעיף 4.3 בנספח ניתוחים.	מהשקל הראשון - ניתוחים בישראל והתייעצויות אגב ניתוח
	טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה, כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידת רפואיות מקובלות ונודע להשיג מטרה דומה למטרת ניתוח שאותו הוא מחליף. כיסוי זה לא ישולם מהਮובטה את הזכאות לנינוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבויטה לטיפול נוספת כמפורט בסעיף 4.4 בנספח ניתוחים.	טיפול מחליף ניתוח
	לתשומת ליבך, 1) חברות הביטוח משוווקות פולישה איחודית לביטוח ניתוחים. ככלומר, חברות הביטוח שמצוינות פולישה זו מצויות את אותו המוצר. 2) אם ברצונך לעבור לפולישת ניתוחים מסווג משלים שכ"ן, תוכל לעשות זאת ברכץ ביטוחי תוך שמירה על זכויותך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסווג משלים שכ"ן הם מוצרי דומים, אך ביטוח ניתוחים מסווג משלים שכ"ן מחיב פניה למימוש הזכויות בקופה החולמים טרם פניה לחברת הביטוח. 3) חברת הביטוח תשלם את הוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפולישה. שים לב, במידה ויש לךCSI זדה בפולישה אחרת לא תהיה זכאי להחזיר כפול מעבר לגובה הוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפולישה.	הערות

ניתוחים בישראל, טיפולים מחלפי ניתוח והתייעצויות אגב ניתוח כיסוי "משכקל ראשון"

תוכנית ביטוח לשיפוי הוצאות בגין ניתוחים בישראל, טיפולים מחלפי ניתוח והתייעצויות אגב ניתוח

1. כללי

- 1.1 הכספי על פי תוכנית ביטוח זו, כפוף לתנאי הפולישה אליה צורפה, על תנאיה וסיגיה, ככל שתוכנית זו נרכשה, צוינה במפורש במפרט ושולמו בגין דמי הביטוח.
- 1.2 תנאי לכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו הינו כי בעוד קורת מקרה הביטוח למבחן הפולישה ותוכנית ביטוח זו בתוקף עברו אותו מבוטח.
- 1.3 תוכנית ביטוח זו מהווה תוכנית בסיס, כהגדרתה בתנאים הכלליים לפולישה אליה צורפה.

2. הגדרות מיוחדות לתוכנית ביטוח זו

- 2.1 בגין לאמור בתנאים הכלליים בפולישה יחולו על הכספיים בתוכנית ביטוח זו ההגדרות המפורטות להלן.
- 2.2 במקורה של סתירה בין ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים בפולישה ובין ההגדרות המפורטות בתוכנית ביטוח זו, להלן, יחול על הכספי עליון פיקtocnis בתוכנית ביטוח זו האמור בהגדרות המפורטות בתוכנית ביטוח זו להלן.

2.3 הגדרות:

2.3.1 בית חולים רפואי - אחד מכללה:

- (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושהינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומית (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 התיעצות - התיעצויות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחלפי ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחרת;

2.3.3 טיפול מחליף ניתוח - טיפול רפואי המבוצעידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמota מידה רפואי מקובלות ועוד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.

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

2.3.5 ניתוח - פעולה פולשנית - חידרונית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלת, פגעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מכללה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן ליזר, לאבחן או לטיפול, הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנטיגרפיה וכי. ריסוק אבוני כליה או מריה על ידי גל קל;

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 הרשות המוסמכת בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כולל 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 המשתלים או המורכבים בגוףו של המבוטח במהלך ניתוח המcosaה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שניים ושתל דנטלי.

2.3.9 תקופת אכשורה - תקופה המתחילה בתאריך הצליפות המבוצעת לביטוח והמשתתרעת בהתאם לתקופה שמצוינה עבורה כל כסוי, ובה המבוצעת עדין אינו זכאי לכיסוי בגין מכוח הפלישה; תקופת האכשורה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

3. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול רפואי ניטוח שבוצע בישראל במילוי תקופת הביטוח או התיעיצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

4. הכספי הביטוחי

פוליסט ניטוחים בישראל תכלול כיסוי למילוי העלות של מקרים אלה בלבד:
4.1 שלוש התיעיצויות בכל שנה ביטוח; לנין זה יובהר כי התיעיצות תкосה גם אם בסופו של דבר לא יצא הניתוח או הטיפול מחייב הניתוח שההתיעיצות נערכה לפחות.

4.2 שכר מנתח.
4.3 ניתוח בבית חולים רפואי או במרפאה כירוגית 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 רפואי ניטוח; כיסוי זה לא ישולם מהמבוטח את הדרכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוספת.

5. תגמולי הביטוח

המבוטח ישפה את המבוטח בגין הניתוחים, טיפולים רפואיים ניטוח המפורטים בסעיף 3 בהתאם לסוג הניתוח/תחליף הניתוח שבוצעו, ועד לתקרת הסכום הקבוע במחירים המפורסם באתר האינטרנט של החברה וכחותבו: www.aig.co.il.

המבוטח ישפה את המבוטח בגין התיעיצות רפואי עד תקרה של 577 ש' להתייעצות.

6. תקופת אכשורה

תקופת האכשורה לכיסוי ניתוחים, טיפולים רפואיים ניטוח או התיעיצות תהיה 90 ימים.

על אף האמור בסעיף 6.1, תקופת האכשורה לכיסוי ניתוחים, טיפולים רפואיים ניטוח או התיעיצות בנוגע להריון או לדידה תהיה 12 חודשים.

- 7. חרגים לכיסוי**
 כאמור בתנאים הכלליים, על כיסוי על פי תוכנית ביטוח זו, יחולו החרגים והסיגים המפורטים להלן:
- 7.1 מקרה הביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכזרה.
 - 7.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסוימות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפללה, למעט הפללה הנדרשת מסיבת רפואי.
 - 7.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאיןנו נושא מצורך רפואי וכן עד למטרות גופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 7.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.
 - 7.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למボטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בוגדי מבעות של סכנת או לחץ דם או מבוכת עם יחס BMI גבוהה מ-40. - 7.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשינויים או בחניים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שניים.
 - 7.5 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתת כירורגית או הוצאה מגוף המבוצח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וככל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מוגפו של אדם אחר במוקם, השתלה של מוח עצומות מתורות אחר בגוף המבוצח או השתלת לב מלאכותי.
 - 7.6 ניתוח המבוצעים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, טיפולים מחלפיים וטיפולים מחלפיים ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביבוע; לעניין זה, "וועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" הגדرتה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.
 - 7.7 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פועלות איבה או הנזעב באופן ישיר מפעולות כוחות בלחן או אף לצבי, לרבות בתרגילים או באימונים צבאיים או טרום צבאיים מכל סוג שהוא.
 - 7.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשך לא קונבנציונלי או דיזומ רדיואקטיבי;
 - 7.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוד ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

8. שינויים, יתרום או סטיות בתנאי הפוליטה

- תוכנית ביטוח זו כפופה לכל תנאי הפוליטה אליה צורפה.
 כל שינוי/ או יתרום / או סטייה מהאמור בפוליטה יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו רק אם בכלל במפורש בתוכנית ביטוח זו.
- במקרה של סתירה בין האמור בתוכנית ביטוח זו ובין האמור בתוכניות ביטוח אחרות שצורפו לפוליטה / או האמור בתנאים הכלליים של הפוליטה, יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו, האמור בה.

גילוי נאות - AIG MEDICARE

כיסוי לניתוחים וטיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל

AIG MEDICARE	שם הביטוח
ביטוח לניתוחים וטיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל	סוג הביטוח
מתחדשת כל שנתיים כמפורט בפרק ב', סעיף 5 בתנאים הכלליים	תקופת הביטוח
<ul style="list-style-type: none"> • שיפוי בגין הוצאות בגין ניתוח בחו"ל • שיפוי בגין שירותים נוספים • שיפוי בגין טיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל 	תיאור הביטוח
סיגי הpolloסה וחירגיה מפורטים בפרק ד' בתנאים הכלליים של הpolloסה ובסעיף 4 בנשפח ניתוחים בחו"ל	חריגים בpolloסה - הpolloסה אינה מכסה את המבוצח במקרים הבאים
90 ימי	תקופת אכזרה - אחרי כמה זמן מתחילה הביטוח ניתן לתוכן ולקלט תגמול
חלק מההוצאות קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	האם קיימים כיסויים חופפים לביטוח המשלים של קופות החולים
פרמה חודשית	גיל
2.09	0-20
3.65	21-30
4.51	31-40
6.68	41-50
10.01	51-55
13.03	56-60
15.66	61-65
16.70	66+
שים לב! 1) מחיר הביטוח עשוי להשתנות בהתאם למצבר הרפואי או עקב מתן הנחה. 2) הסכומים המפורטים בספר הpolloסה הם לפי מדד מאי 2015, נק'.	עלות הביטוח

תיאור הכספיים בפוליסה			
שם הכספי			
ניתוחים וטיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל טיפול בгинן הוצאות ביצוע ניתוח או טיפול מחלף ניתוח בחו"ל כמפורט בסעיפים 3 ו-4 בנספח ניתוחים וטיפול מחלפי ניתוח בחו"ל <u>ביתוחים בחו"ל</u>			
השתתפות עצמאית	מה הסכום המksamלאי שניית לתבועה	תיאור הכספי	
		שכר מנתח	
		ניתוח בבית חולים בחו"ל - כסוי זה יכול את כל הוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע ניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות במהלך ניתוח והאשפוז, בדיקות שbownuו חלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרומ-ניתוח.	
	50,000 ₪	שתילים - בוצע במבוקש ניתוח ובמהלכו הושתל בגוף שתיל כמוגדר בסעיף ההגדרות לעיל, ישפה המבטח את המבוקש בגין עלות השתל עד תקירה של 50,000 ₪ לשנת ביטוח.	
	עד 2 התיעציות שקל 1,200 לרופא מומחה - 4,000 ₪ למנחת	התיעיאות עם רופא מומחה	
		העברות המבוקש ומלווה אחד	
	80,000 ₪	הטסה רפואי	
		הטסת גופה לישראל	
	150,000 ₪	פיקזי בגין מנות כתוצאה ישרה מניתוח	
	עד 100,000 ₪ ועד 200,000 ₪ בניתוח גדול כהדרתנו בפוליסה	הBAT רופא מנתח מחו"ל לישראל	
<u>טיפול בגין שירותים נוספים כתוצאה מניתוח גדול בלבד בלבד כמפורט בסעיף 3.2.5</u>			

		הוצאות כרטיס טיסה בטיסה מסחרית רגילה
	עד 1,000 ש"ל ליום. במקרה שגיל המבוטח הינו עד 18 ינתן שייפוי עבור מבוטח 1-2 מיליון ש"ל - 1,500 ש"ל ליום. סכום הביטוח לסעיף זה לא עולה על 65,000 ש"ל	הוצאות שהיה
	لتקופה של עד 8 ימים ועד למשך של 500 ש"ל ליום	אח/אחות פרטי/ת
	100,000 ש"ל	הmarsh מעקב רפואי
20%	עד תקירה של 200 ש"ל לטיפול, ולא יותר מ-12 טיפולים בגין מקרה ביטוח.	טיפולים רפואיים ניתוח בחו"ל шибוי בגיןmarsh הוצאות רפואיות בארץ
	500 ש"ל לכל יום החלהמה	גמלת החלמה
<u>טיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל</u>		
<p>סךום השיפוי המזרבי בגין טיפול או סדרת טיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל בגין מקרה בגין ביתוח לא עלה על 200% מהסכום הקבוע במלחiron ניתוחים בישראל המפורסם באתר המבטח : www.aig.co.il בגין אוטו סוג הניתוח המוחלף, ולא יותר מ- 250,000 ש"ל ל מקרה בגין ביתוח, לפי הגובה מבוקחים.</p> <p>במקרה בו הניתוח המוחלף לא מופיע באתר האינטרנט של החברה, סכום השיפוי המזרבי לא עלה על 200% מהסכום הקבוע במלחiron המפורסם באתר המבטח בגין ניתוח דומה, כפי שיקבע על פי אמות מידת רפואיות מקובלות.</p>		
הערות		
<p>לתשומת לבך, חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקירה הקבועה בפולישה. שים לב, במידה יש לך כיסוי זהה בפולישה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפולישה.</p>		

ניתוחים וטיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל

תכנית ביטוח לשיפוי הוצאות בגין ניתוחים וטיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל

1. כללי

- הכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו, כפוף לתנאי הפולישה אליה צורפה, על תנאהה וסיגיה, ככל שתוכנית זו נרכשה, ציינה במפורש במפרט ושולמו בגין דמי הביטוח.
- תנאי לכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו הינו, כי במועד קורת מקרה הביטוח למבוטה, הפולישה ותוכנית ביטוח זו בתוקף עברו אותו מבחן.
- תוכנית ביטוח זו מהווה תוכנית נוספת, כהגדרתה בתנאים הכלליים לפולישה אליה צורפה.

2. הגדרות מיוחדות לתוכנית ביטוח זו:

- בנוסף לאמור בתנאים הכלליים בפולישה, יחול על הכיסויים בתוכנית ביטוח זו ההגדרות המפורטות להלן.
- במקרה של סטירה בין ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים בפולישה ובין ההגדרות המפורטות בתוכנית ביטוח זו, להלן, יחול היסוד על פי תוכנית ביטוח זו והואמור בהגדרות המפורטות בתוכנית ביטוח זו להלן.

2.3. ההגדרות:

- 2.3.1. הטסה רפואיית** - הטסה בשירותים מטושים רגיל או במוטס ייעודי, בלבד צוות ו/או ציוד רפואי המתואם למצבי הרופאי של המבוטה, בלבד שנקבע, על-פי קרייטריונים רפואיים מקובלים, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואיית במהלך הטיפול.
- 2.3.2. התיעצות** - התיעצות עם רפואי ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחלפי ניתוח או בגין טיפול מחלפי ניתוח בתחום הרלוונטי, אגב ניתוח או הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 2.3.3. טיפול מחלפי ניתוח** - טיפול רפואי המבוצע בידי רפואי מומחה בתחום הרלוונטי, כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידת הרפואיים מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחלפי.
- 2.3.4. ניתוח גדול** - ניתוח לב פתוח, ניתוח מוח או ניתוח אחר, אשר תקופת האשפוז, כמוגדר בפרק ההגדרות הכלליות בפולישה זו, בעקבותיו, תעלה על 8 ימים רצופים ומלאים.
- 2.3.5. רפואי מומחה** - רפואי, אשר אושר לו בידי הרשות המוסמכות בישראל, תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרפואיים (אישור תואר מנומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כולל ברישימת הרפואיים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורויות או רפואי שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשות המוסכמת לכך על פי דין במדינת הרלוונטי בחו"ל בה ניתן השירות.
- 2.3.6. שתל** - כל איבזר, איבר טבעי או חלקל מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגוףו של המבוטח במהלך ניתוח המכוונה במסגרת הביטוח, **למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי**.
- 2.3.7. תנאי מקדים לאחריות המביטה** - המבוטה יפנה לקבלת אישור המבטח מיד עם קביעת הצורך לביצוע ניתוח בחו"ל ובטרם ביצועו.

3. ניתוחים בחו"ל

3.1 מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, המחייב ניתוח, אשר המבוטח בחר לבצעו בבית חולים בחו"ל-על-פי הוראות תוכנית זו, במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשלה, **וככל ששהוצרך ביצוע ניתוח נקבע בישראל ע"י רופא מומחה בתחום, טרם נסיעת המבוטח לחו"ל.**

3.2 הכספי הביטוחי

בקירות מקרה הביטוח, ישלם המבוטח שירותי לספק השירות או ישפה את המבוטח בגין הוצאות שהוציאו בפועל, בקשר עם ניתוח המבוצע במבוטח בחו"ל, כמפורט להלן וגבילות האחריות הקבועים בהם.

3.2.1 שייפוי בגין הוצאות ביצוע ניתוח

3.2.1.1 שכר מנתח.

ניתוח בגין חולים בחו"ל- כיסוי זה יכול את כל הוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע ניתוח ולאשפוד הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות בכוהל הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרומ- ניתוח. שתלים - בוצע במבוטח ניתוח ובמהלכו הושתל בגוףו שתל כמוגדר בסעיף ההגדרות לעיל, ישפה המבוטח את המבוטח בגין עלות השתל עד תקרה של 50,000 ש"ח לשנת ביטוח.

3.2.1.2 גבול לאחריות המבטח בגין סעיף לעיל:

א. התקיים התנאי המקדים לאחריות המבטח כהגדרתו בסעיף

ההגדרות לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאותיו

הרפואיות הקשורות בניתוח, שהוצעו על ידו בפועל.

ב. לא התקיים התנאי המקדים לאחריות המבטח כהגדרתו

בסעיף ההגדרות לעיל, ישפה המבטח את המבוטח לאחר

בירור ואישור בחנות בגין הוצאותיו הרפואיות הקשורות

בניתוח, שהוצעו על ידו בפועל, אך לא יותר מ-200% מהסכום

הקבוע במחירן ניתוחים בישראל המפורטם באתר המבטח:

או www.aig.co.il בסוג הניתוח. במקרה בו הניתוח לא

מופיע באתר האינטרנט של המבטח, סכום השיפוי המרבי

לא עליה על 200% מהסכום הקבוע במחירן המפורטם

באתר המבטח בגין ניתוח דומה, כפי שיקבע על פי אמות

מידה רפואיות מקובלות. למען הסר שפק, גבול האחריות

מתיחס למקרה ביטוח אחד (בין אם מדובר בניתוח ובין אם

מדובר בסדרת ניתוחים הנובעים מאותו מקרה ביטוח).

ג. כל התשלומים לעלי'ובוצעו במטבע ישראלי בישראל בהתאם

לשער היציג של המطبع, שבו שולמו על ידי המבוטח אותן

הוצאות, הידוע ביום ביצוע התשלום ע"י המבטח.

3.2.2 שייפוי בגין שירותים נוספים

3.2.2.1 התקיימות עם רופא מומחה

טרם ביצועו, עם מנתח או עם רופא מומחה אחר בתחום

הROLONET. החזר זה יהיה בגובה הסכום ששולם בפועל ועד

4,000 ש"ח להתייעצות עם מנתח ועד 1,200 ש"ח להתייעצות עם רופא

מומחה.

3.2.2.2 העברות המבוטח ומלווה אחד - הוצאות נסעה יבשתיות סכירות של המבוטח ומלווה אחד, אשר שולמו בפועל, משדה התעופה לבית החולים בחו"ל וזרה.

3.2.2.3 הטסה רפואי - במקרה שנקבע על ידי רופא מומחה בתחום, כי המבוטח בלתי قادر מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, ויש צורך בהטסה רפואיות של המבוטח בחו"ל, בסעיף הגדירות לעיל, לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארוצה לאחר הניתוח, ישפה המבוטח בגין הוצאות ששולמו בפועל עד לסטום מרבי של 80,000 ₪ למשך ביטוח.

3.2.2.4 הטסת גופה לישראל - שייפוי בגין הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר הניתוח, אם נפטר המבוטח בחו"ח בעת שהותו בחו"ל, כתוצאה מניתוח המכוסה על פי תכנית זו, בלבד שנפטר תוך תקופה שללא עלה על 14 ימים ממועד שחרורו מבית החולים לאחר ביצוע הניתוח.

3.2.3 פיצוי בגין מות כתוצאה ישירה מהניתוח - במקרה מות המבוטח כתוצאה מניתוח, המכוסה על פי תכנית זו, תוך שבעה ימים מביצוע ניתוח בחו"ל המכוסה עפ"י תוכנית זו (יום הניתוח ועוד ששה ימים), ישלם המבוטח לירושיו על פי דין, בנוסף לתgelולי הביטוח, פיצוי חד פעמי בגובה 150,000 ₪.

3.2.4 הובאת רופא מנתח מהחול לישראל - מבוטח, אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו בחו"ל, או שהמבוטח קבע, לבקש את המבוטח, כי הכספי בגין ניתוח בחו"ל יונתן באמצעות שייפוי בגין הוצאות שהוצעו בפועל הابتוט של רופא מנתח מומחה מהחול לישראל לצורך ביצוע הניתוח, לרבות הוצאות ביצוע הניתוח, וזאת כתחליף כאמור בסעיפים 3.2.1 ו-3.2.2 (למעט סעיף 3.2.3). סכום הביטוח המירבי לסעיף זה לא עלה על 200,000 ₪ במקרה של ניתוח גדול או על 100,000 ₪ במקרה של ניתוח אחר.

3.2.5 שייפוי בגין שירותים נוספים כתוצאה מניתוח גדול בלבד -

3.2.5.1 הוצאות טיסה - הוצאות בגין רכישת כרטיס טיסה, בטיסה מסחרית רגילה במחלחת תיירים למבוטח ולמלואה אחד, בישראל בחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל וחזרתו לישראל לאחר ביצועו. במקרה בו המבוטח הינו עד גיל 18, ישפה המבוטח בגין הוצאות רכישת כרטיס טיסה עבור שני מיליון ₪.

3.2.5.2 הוצאות שהיא - שייפוי עבור הוצאות אשר הוציאו בפועל בגין שהיא בחו"ל לצורך ביצוע הניתוח. עבור מבוטח ומלווה אחד עד לסך כולל של 1,000 ₪ ליום. במקרה שגיל המבוטח הינו עד 18 יונtan שייפוי עבור מבוטח ושני מיליון ₪, עד לסך כולל של 1,500 ₪ ליום. סכום הביטוח המירבי לסעיף זה לא עלה על 65,000 ₪ לסך כל הוצאות שהיא.

3.2.5.3 אח/ות פרטיה - הוצאות שהוציאו המבוטח בפועל בגין אח/ות פרטיה לתקופה של עד 8 ימים ועד לסך של 500 ₪ ליום, ובתנאי, כי השירותים סופקו במשך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח בחו"ל.

3.2.5.4 המשך מעקב רפואי - הוצאות שהוציאו המבוטח בפועל בגין בדיקות והתייעצויות רפואיות בחו"ל, שנדרשו על ידי המתנה שבירצ'ם בפועל את הניתוח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח וכמהמשך ישר ממכו, ובתנאי שבוצעו במשך 90 ימים ממועד ביצוע הניתוח. סכום הביטוח המירבי לסעיף זה לא עלה על 100,000 ₪.

3.2.5.5. 3. שיפוי בגין המשך הוצאות רפואיות בארץ-

א. טיפול פיזיותרפיה - המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות טיפול פיזיותרפיה שכובצוו בפועל עפ"י הוראות רופא מומחה בתחום הרלונטי תוך תקופה של 90 ימים ממועד ביצוע הניתוח, עד תקירה של 200ש לטיפול, ולא יותר מ-12 טיפולים בגין מקרה **ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20% מעלות כל טיפול.**

ריפוי בעיסוק - המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות טיפול בעיסוק שכובצוו בפועל עפ"י הוראות רופא מומחה בתחום הרלונטי תוך תקופה של 90 ימים ממועד ביצוע הניתוח, עד תקירה של 200ש לטיפול, ולא יותר מ-12 טיפולים בגין מקרה **ביטוח ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20% מעלות כל טיפול.**

שייקום כשר הדיבור - המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות שייקום כשר הדיבור שכובצוו בפועל ע"י קלינאי תקשורת עפ"י הוראות רופא מומחה בתחום הרלונטי בהיות המבוטח במצב של אובדן מלא או חלקו של כשר הדיבור ולתקופה של 90 ימים ממועד ביצוע הניתוח, עד תקירה של 200ש לטיפול, ולא יותר מ-12 טיפולים בגין מקרה **ביטוח ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20% מעלות כל טיפול.**

גמולת החלהמה לאחר חזרת המבוטח לישראל - המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות החלהמה של המבוטח, אשר הוצאה בפועל, במוסד הבראה בישראל, עד לסך של 500ש לכל יום החלמה, לתקופה שלא תעלה על 6 ימי החלמה ובתנאי שטרם החלפה תקופה של 30 ימים ממועד שחרור המבוטח מאשפוז בית החולים אשר במהלכו בוצע הניתוח.

4. טיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל

4.1 מקרה הביתוח - מקרה הביטוח הוא קיומם של כל התנאים הבאים במצטבר:

- 4.1.1 רופא מומחה בישראל בתחום הרלונטי קבע את הצורך ביצוע הניתוח, טרם יציאת המבוטח לחו"ל והמליץ על ביצוע הטיפול החלופי.
- 4.1.2 הטיפול החלופי ניתן על ידי רופא מומחה בתחום הרלונטי, המורשה על פי דין במדינתה בה מתבצע הטיפול בצע את הטיפול החלופי.
- 4.1.3 הטיפול החלופי בוצע בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל, המורשים לבצע את הטיפול החלופי על-פי דין במדינתה בה הם ממוקמים.

הכיסוי הביתוחי - בנסיבות מקרה הביטוח הנזכרת בסעיף 4.1 לעיל במהלך תקופה הביטוח ולאחר תום תקופת האכזרה, ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאות טיפול בחו"ל, כמפורט להלן:

- 4.2.1 שכר נוthon הטיפול מחליף ניתוח בחו"ל.
 - 4.2.2 הוצאות רפואיות הנדרשות לביצוע הטיפול מחליף ניתוח בחו"ל.
 - 4.2.3 הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים.
 - 4.2.4 הוצאות אשפוז בבית חולים.
- סכום השיפוי המירבי בגין טיפול או סדרת טיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל בגין מקרה ביטוח לא עולה על 200% מהסכום הקבוע במחירון ניתוחים בישראל המופיעים באתר המבטח: www.aig.co.il בגין סוג הניתוח המוחלף, ולא יותר מ-250ש ל מקרה ביטוח, לפי הגובה מבניםם.**

במקרה בו הניתוח המוחלף לא מופיע באתר האינטרנט של המבטח, סכום השיפוט המרבי לא עליה על 200% מהסכום הקבוע במחiran המפורסם באתר המבטח בגין ניתוח דומה, כפי שיקבע על פי אמות מדיה רפואיות מקובלות.

5. **תקופת אכשרה -**

תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחלפי ניתוח או התיעצויות תהיה 90 ימים.

6. **חריגים נספחים ומוחדים לתוכנית זו -**

ambil גרווע מהחריגים הכלליים הקבועים בפולישה, המבטח לא ישלם תגמול ביטוח או תשולם אחרים כלשהם בגין מקרה בגין מיל-פי תוכנית ביטוח זו, שנגרם במישרין או בעקביפין, על-ידי או עקב אחת או יותר מהנסיבות הבאות:

6.1 השתלה /או טיפול מיוחד בחו"ל כהגדמתם בפרק השתלות וטיפולים מיוחדים בפולישה זו.

6.2 בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול דיאליזה, טיפול היפרטרמי, בדיקות הקשורות בהריון /או בדיקת עורבים, דרייה, הדלקות, בדיקות כגון CT ו-MRI כאשר כל אלה אינם חלק מהמילר הניתוח המכוסה.

6.3 מקרה הביטוח ארע למכوط השווה רוב ימות השנה בחו"ל (פחות 183 ימים במהלך 12 חודשים טרם מקרה ניתוח וחדר לישראל לאחר מכון).

6.4 ניתוח /או טיפול מחליף ניתוח שאינו נובע מצורך רפואי /או הקשור באופן ישיר או עקיף במטרת יופי /או אסתטיקה או ניתוח תשבורת (תיקון ראייה) וניתוח להפחחת משקל. למעט ניתוחים הבאים:

6.4.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.

6.4.2 ניתוח לקיצור קיבה למכוון עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכנת או לחץ דם או מכוטח עם יחס BMI גבוהה מ-40.

6.5 ניתוחים או טיפולים מחלפי ניתוח הקשורים בהריון ולידה, פוריות /או עקרות.

6.6 טיפולים ניסיוניים.

6.7 טכנולוגיה מחליפה ניתוח אשר מהווה תרופה מכל סוג שהוא.

7. **שינויים, יתרומים או סטיות בתנאי הפולישה**

7.1 תוכנית ביטוח זו כפופה לכל תנאי הפולישה אליה צורפה.
7.2 כל שינוי /או יתרור /או סטייה מהאמור בפולישה יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו רק אם בכלל במפורש בתוכנית ביטוח זו.

7.3 במקרה של סתרה בין האמור בתוכנית ביטוח זו ובין האמור בתוכניות ביטוח אחרות שצורפו לפולישה /או האמור בתנאים הכלליים של הפולישה, יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו, האמור בה.

8. **תביעות**

8.1 המבוטח ימסור למבטח את כל המידע והמסמכים הדרושים לו לבורר זכאותו ובכלל זה: חווות הדעת של רפואיים המומכים כאמור בסעיפים 3.1 ו-4.1 לעיל, פרטיטים אודות בית החולים בחו"ל בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח או את הטיפול המחליף ניתוח, זהות המנתח, וכן את כל הפרטיטים הננספים הקשורים ב庆幸ון הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח, לרבות קבלות וכל הפרטיטים הנדרשים בקשר למצבו הרפואי בגין נזקק המבוטח לניתוח או לטיפול המחליף ניתוח בחו"ל, כפי שידרשו המבטח.

גילוי נאות - AIG MEDICARE כיסוי להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

AIG MEDICARE	שם הביטוח
bijtach להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל.	סוג הביטוח
מתהדרשת כל שנתיים כמפורט בפרק ב', סעיף 5 בתנאים הכלליים.	תקופת הביטוח
<ul style="list-style-type: none"> • כיסוי הוצאות עבור השתלה <ul style="list-style-type: none"> 1) מסלול רפואי - כיסוי לכל הוצאות התרופות בביוזע השתלה עד גבול אחראיות של 5,000,000 ש"ח 2) מסלול רפואי - פיצוי כספי חד פעמי בסך 350,000 ש"ח • טיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל עד 1,200,000 ש"ח למボטח לכל תקופת הביטוח	תיאור הביטוח
סיגי הפולישה וחירgia מפורטים בפרק ד', בתנאים הכלליים של הפולישה ובסעיף 5 בנספח השתלות.	חריגים בפולישה - הפולישה אינה מכסה את המבוטחת במקרים הבאים
90 ימים תקופת אכשורה לא תחול במקרה של תאונה.	תקופת אכשורה - אחרי כמה זמן מתחילה הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים.	האם קיימים כיסויים נוספים בביטוח המשלים של קופות החולים
פרמייה חודשית	גיל
3.04	1-20
5.67	21-30
7.99	31-40
13.76	41-50
20.83	51-55
26.43	56-60
24.84	61-65
21.90	+66
הוצאות הביטוח	
שים לב! <ul style="list-style-type: none"> (1) מחיר הביטוח עשוי להשתנות בהתאם למצב הרופאי או עקב מתן הנחה. ברכישת חבילות ביטוח תיתכן הזוללה בפרמייה. (2) הסכומים המפורטים בספר הפולישה הם לפי ממד מאי 2015, 538.0594, נק. (3) אפשרות להשוות בין מחירי הביטוח וציון ממד השירות של המבטיחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באutor רשות ההון. מחירי הביטוח וציון ממד השירות למועד זה נכונים ליום פרסוםם. 	

תיאור הכספיים בפוליסת

תיאור הכספי

שם הכספי: השתלות

כספי במלול שיפוי עד 5,000,000 ש"ח להשתלה כמפורט בסעיף 4.1.1.1 בנספח השתלות

1. הוצאות טרם ביצוע השתלה כמפורט בסעיף 4.1.1.1:

₪ 50,000	פיizio כספי לאחר רישום במרכז הלאומי להשתלות בישראל.
₪ 100,000	הערכתה רפואיית או תפקודית, עד שני בדיקות למקורה ביטוח.
₪ 350,000	בדיקות לאיתור תרומה מוח עצם / או תא גזע / או דם היקפי ו/או דם טבורו.
₪ 100,000	בדיקות להתקנת האיבר.
₪ 200,000	הבאת מומחה רפואי לביצוע השתלה בישראל.
בגובה מחיר קרטיסים טיישה הליך ושוב במחלקת תיירים	טיישה לחו"ל למボוטח ולמלואה.
₪ 100,000	הטסה רפואיית מיוחדת לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה.
	הוצאות העברה יבשתיות.
1000 ₪ ליום למלואה ולמבוטח	הוצאות שהיה בחו"ל למボוטח ולמלואה עד 60 יום ועד לביצוע השתלה.

2. הוצאות במהלך ביצוע השתלה כמפורט בסעיף 4.1.1.2:

	שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח.
	הוצאות אשפוז בבית חולים לצורך ביצוע השתלה.
עד 400,000 ₪	הוצאות בגין איבר מלactivo שהושתל בגופו של המבוטח.

3. הוצאות לאחר ביצוע השתלה כמפורט בסעיף 4.1.1.3:

1000 ₪ ליום למלואה ולמבוטח	הוצאות שהיה בחו"ל למボוטח ולמלואה עד 120 ימים.
עד 250,000 ₪	הוצאות טיפול המשך, במהלך 6 חודשים לאחר ביצוע השתלה.
	טסת גופה.
5000 ₪ לחודש	גמלת החלמה ביצוע השתלה בישראל במשך 12 חודשים.
7000 ₪ לחודש	גמלת החלמה ביצוע השתלה בחו"ל במשך 24 חודשים.

כספי במלול פיזי עד 350,000 ש"ח להשתלה כמפורט בסעיף 4.1.2 בנספח השתלות

פיזוי בגובה 350,000 ש"ח במקום כל הזכויות בסעיף השיפוי כמפורט בסעיפים 4.1.1.2, 4.1.1.1, 4.1.1.3-1

שם הכספי: טיפולים מיוחדים בחו"ל

כיסוי להוצאות טיפול רפואי מיוחד בחו"ל כהגדרכתו בתנאי הפולישה, כמפורט בסעיף 4.2 בנספח השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל עד 1,200,000 ₪ למבוטח, וזאת ביחס לכל תקופות הביטוח וכל מקרים הביטוח יחד במצטבר.

	תשולם עבור בדיקות הערכה רפואיות.
	תשולם לצוות הרפואי והוצאות חדר ניתוח.
	כרטיס טיסה בחו"ל לצורך הטיפול המיוחד, בטיסה מסחרית רגילה.
עד 100,000 ₪	התסה רפואיות בחו"ל.
	העברה יבשתית למבוטח שהוטס בהטסה רפואיות בחו"ל.
	הוצאות אשפוז בבית חולים בחו"ל, עד 60 ימים לפני הניתוץ או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד ל-365 ימים לאחר ביצועם.
1000 ₪ ליום למלווה ולמבוטח ולא יותר מ-65,000 ₪ למשך ביטוח	הוצאות שהיא בחו"ל.
	העברת גופת המבוטח לישראל.

ערות

לחשותמת ליבך, חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפולישה. שים לב, במידה ויש לך CISI זהה בפולישה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה הוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפולישה.

ביטוח להשכלה וטיפולים מיוחדים בחו"ל

תוכנית ביטוח לשיפוי הוצאות בגין השכלה, או פיצויי כספי לאחר ביצוע השכלה ובגין טיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

1. כללי

- הכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו, כפוף לתנאי הפלישה אליה צורפה, על תנאייה וסיגיה, ככל שתוכנית זו נרכשה, צוינה במפורש במפרט ושולמו בגין דמי הביטוח.
- תנאי לכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו הינו, כי במועד קרות מקרה הביטוח למבוטה, הפלישה ותוכנית ביטוח זו תוקפם עבור אותו מבוטה.
- תוכנית ביטוח זו מהווה תוכנית בסיס, כהגדרתה בתנאים הכלליים לפולישה אליה צורפה.

2. הגדרות לתוכנית ביטוח זו:

הטסה רפואית - הטסה בשירותים מטושים רגיל או במטוס ייעודי, בלבד צוות ו/או ציוד רפואי המותאם למצבו הרפואי של המבוטה, בלבד שנקבע, על-פי קרייטריונים רפואיים מקובלים, כי עלול להתעורר צורך בהתקשרות רפואית במהלך הטסה.

השכלה - כריתה כירורגית או חוצאה בגין המבוטה של ריאה, לב, כליות, לבב, כבד, שחלה, מעי וכל שימוש בהםן, והשתלת איבר שלם או חלק ממנו אשר נלקחו בגין אדם אחר או מגופו של המבוטה במקומם, או השכלה בגין המבוטה של מח עצמות או תא גזע או תא אב אחרים, שהופקו מדם טבורי או שנלקחו מתרום אחר או מגופו של המבוטה.

במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה מוקדמת להשכלה לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמויה ביטוח אחד.

טיפול רפואי מיוחד בחו"ל - ניתוח / או טיפול רפואי מיוחד, שאינו השכלה כהגדרתה לעיל, המתבצע בחו"ל ומתקיים בו לפחות אחד מתוך שלושת התנאים שלහלן:

1. טיפול רפואי החוינו להצלת חיים, שמנעתו מהווה סכנה ממשית לח' המבוטה.

2. הטיפול הרפואי אינו בר-ביצוע על ידי שירות רפואי בישראל ואין לו טיפול חלופי בישראל; או שסיכוי ההצלחה של ביצוע הטיפול הרפואי בחו"ל, גבוהים משמעותית (עפ"י קרייטריונים רפואיים מקובלים) מסיכוי ההצלחה של ביצוע אותו טיפול חלופי בישראל וכי לא מדובר בטיפול נסיוני כהגדרתו בתנאים הכלליים לפוליסה.

לענין זה, "טיפול חלופי" הוא טיפול רפואי, הנינתן לביצוע בישראל ואשר על פי אמות מדעה רפואיות מקובלות, מאפשר להשוג תוצאה רפואית דומה לו שמשיג הטיפול הרפואי המופיע בחו"ל, בלבד שאין כרך בתוצאות גופניות חמורות יותר למטרופת מתומות הטיפול המופיע, שימושו תופעות לוואי חמורות יותר או נזק גדול יותר למבוטה מהטיפול המופיע, הפגע באיכות חייו.

זמן ההמתנה בישראל לטיפול רפואי הוא ארוך מזמן ההמתנה בחו"ל ועלול לגרום להחמרה משמעותית במצבו של המבוטה, המשקנת את חייו ו/או העוללה לגרום נזנות רפואיות צמיחה בשיעור של 40% לפחות על פי הערכת רופא מומחה (הגדרתו בפרק א' הגדרות ותנאים כלליים לפולישה) בתחום

ובהתאים להגדרות בחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה - 1995 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

3. מקרה הביטוח

3.1 השתלות

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

3.2 טיפול רפואי מיוחד בחו"ל

מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע טיפול רפואי מיוחד בחו"ל (כהגדתו לעיל), ובלבד שהתקיימו כל התנאים המצוברים המפורטים להלן:

א. רופא מומחה בישראל בדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש, קבוע בחו"ל בכתב, כי מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע טיפול רפואי מיוחד בחו"ל בהתאם לוגדרתו לעיל.

ב. הטיפול הרפואי המיוחד יוצע בחו"ל בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשותות הוטסמכות באותה מדינה.

ג. הטיפול הרפואי המיוחד יעשה עפ"י אמות מידה רפואיות ואתיות המקובלות במדינה בה יוצעו ואין המذובר בטיפול ניסיוני / או למטרות מחקר / או טיפול לא קוגניציונלי.

מובהר בזאת כי השתלה חודרת או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל חזור אשר ידרשו בעקבות השתלה או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל שבוצעו לאור מקרה ביטוח, ייחשבו חלק מאותו מקרה ביטוח.

4. הכספי הביטוחי

4.1 השתלות

הכספי הביטוחי על פי תוכנית ביטוח זוossible להיפרשות מקרה הביטוח, לבחוור באחד משני מסלולי כיסוי שיפורתו להלן, בהתאם לתנאי הכספי המפורטים להלן, ובכפוף לתנאי לכספי הביטוחי.

תנאי לכיסוי הביטוחי

בקורת מקרה הביטוח, בטרם מתן טיפול רפואי או פיזיו למימון ביצוע השתלה יבחן המבוטח אם השתלה בוצעה בהתאם להוראות החוק, ובכל זה אם התקיימו כל אלה:

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

4.1.1 כיסוי בمسلسل שפוני

סכום השיפוי המירבי שיישלם המבוטח בגין מקרה ביטוח, בגין כל ההוצאות הכרוכות ביצוע השתלה, לרבות הוצאות המפורטוות להלן, לא עליה על 5,000,000 ₪.

למען הסר ספק, הוצאות המפורטוות להלן, יחוسبו כחלק מסכום השיפוי המירבי.

4.1.1.1 הוצאות טרם ביצוע השתלה

בקורת מקרה הביטוח ולאחר רישום המבוטח במרכז הלאומי להשתלות בישראל כמי שמעומד להשתלת איבר/ים כהגדרתה בתנאי הפלישה ובהתאם לתנאי תוכנית ביטוח זו, יהיה המבוטח זכאי לפיצוי כספי בגין 50,000 ₪. בנוסף, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי בגין:

- א. הוצאות רפואיות בגין הערכה רפואיות / או תפקודים (Evaluation) לפני ביצוע השתלה, אם נדרש לכך המבוטח על ידי בית החולים / או הרופא המבצע את השתלה בפועל, עד שתי בדיקות הערכה למקורה ביטוח, ועד תקרת כסוי בגין 100,000 ₪.

ב. הוצאות בדיקות לאיתור תרומות מכם / או תא גזע / או דם היקפי / או דם טבורי לצורך השתלה בגין המבוטח, לרבות רישום במאגרים בחו"ל, או הוצאות בגין הפחת מכם להשתלה בגין המבוטח שמקורו בדם טבורי / או דם היקפי של המבוטח בגין 350,000 ₪über סך כל הבדיקות וההוצאות.

ג. הוצאות בדיקות להערכת האיבור להשתלה (למעט עבור מכם ותאי גזע), קצירתו, שימורו והעברתו של האיבור המיועד להשתלה למקום ביצוע השתלה, עד תקרת כסוי בגין 100,000 ₪.

ה. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל למבצע השתלה בישראל במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות, עד תקרת כסוי בגין 200,000 ₪.

ו. הוצאות טיפול בחו"ל למטרות ולמלואו אחד. אם המבוטח שבוצעה בו השתלה בחו"ל הינו קטין, יכסה המבטח על פי הוראות סעיף זה כרטיס טיפול ל-2-3 מיליון, עד תקרת כסוי בגין מחיר כרטיס טיפול הולך ושוב במחלkat תיירים לרבות הטיל נסעה אם יחול.

ז. הוצאות הטסה רפואיות 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 יבשתיות סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, לצורך ביצוע השתלה.

ט. הוצאות שהייה סבירות בחו"ל למטרות ולמלואו לתקופה של עד 60 ימים עד לביצוע השתלה, עד תקרת כסוי בגין 1,000 ₪ ליום למלווה ולמבוטח. אם המבוטח שבוצעה בו השתלה בחו"ל הינו קטין, תקרת הכספי תהיה בגין 1,500 ₪ ליום לשני מלאוות למבצעות.

4.1.1.3 פואזיות רטמפלג ביצוע בפהאטלה

- .א. הוצאות שכיר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך השתלה.

.ב. הוצאות אשפוז בבית חולים לצורך ביצוע השתלה ולאחריה, לרבות טיפול רפואי כדוגמת בדיקות רפואיות ותרופות שניתנו למבוטח במהלך האשפוז לצורך השתלה.

.ג. הוצאות בגין איבר מלactivo שהושתל בגפו של המבוטח, בהתאם להגדרה בתנאי הpolloה, ולתנאי תוכנית ביתוח זו, עד תקירה בגובה 400,000 ₪.

4.1.1.3 הוצאות לאחר ביצוע השטלה

- הוצאות שהייה סבירות בחול' לUMB למボוטה ולמלואה לתקופה של עד 120 ימים לאחר ביצוע ההשתלה, עד תקרת CISCO בגובה 1,000 פ' ליום למלווה ולמボוטה. אם המבוטה שבסעעה בו ההשתלה בחול' הינו בטוי, תקרת CISCO תהיה בגובה 1,500 פ'

- ליום לשני מלאוים ולמבוטה.
- ב. הוצאות טיפול המשר הנובעים מביצוע השתלה, במהלך 6 חודשים חדשים לאחר ביצוע ההשתלה, עד תקרת CISI 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 גמלת החלמה חדשה ביטוח זו, יהיה המבוטח זכאי לגמלת החלמה חדשה למשך 24 חודשים, בגובה 7,000 ₪, לכל חודש.
 2. לאחר ביצוע השתלה בישראל, המכוסה על פי תנאי תוכנית תוכנית ביטוח זו, יהיה המבוטח זכאי לגמלת החלמה חדשה חודשית למשך 12 חודשים, בגובה 5,000 ₪, לכל חודש.
 3. גמלת החלמה על פי סעיף זה לא תחולם למובטח שבחר בכיסוי במסלול רפואי, כמפורט בסעיף 4.1.2 להלן.
 4. גמלת החלה מהתשולם לירושו החוקים של המבוטח, אם נפטר המבוטח במהלך תקופת תשולם גמלת החלה.

4.1.2 כיסוי במסלול רפואי

- בקנות מקרה הביטוח, ולאחר קבלת אישור הרישום, יהיה המבוטח זכאי לפיצוי חד פעמי בגובה 350,000 ₪, בכפוף לתנאים המפורטים להלן:
- 4.1.2.1 תשולם הפיצוי יבוצע לאחר ביצוע ההשתלה בפועל, והוכחת ביצועה על פי התנאי לכיסוי הביטוח המפורט לעיל.
- 4.1.2.2 בחור המבוטח בכיסוי במסלול רפואי על פי סעיף זה, לא יהיה זכאי לכיסויים המפורטים במסלול רפואי כמפורט בסעיף לעיל, כולם או חלקם.
- 4.1.1

4.2 טיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

- סקום השיפוי המרבי לו יהיה זכאי המבוטח בקנות מקרה הביטוח, בגין כל הוצאות הכרוקות ביצוע הטיפול הרפואי המויבד בחו"ל, לרבות הוצאות המפורטו להלן, לא עלה על 1,200,000 ₪ למבוטח, וזאת בגין כל תקופות הביטוח וכל מקרים הביטוח יחד במצטבר.
- הכיסוי בגין הטיפול הרפואי המויבד בחו"ל, כאמור לעיל, יהיה בגין הוצאות ששולמו בפועל, ובכפוף למפורט להלן:
- 4.2.1 תשולם לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה רפואיות של המבוטח הנובעות ממקרה הביטוח.
- 4.2.2 תשולם לצוות הרפואי והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע הניתוח או הטיפול המויבד בחו"ל.
- 4.2.3 תשולם הוצאות כרטיס טיסה לחו"ל לצורק הטיפול הרפואי, בטיסת מסחרית רגילה במחלקות תיירים, של המבוטח ומלווה אחד, או שני מלאוים אם המבוטח הינו עד גיל 18, והוצאות שיבתם לישראל.
- 4.2.4 תשולם עבור הוצאות הטסה לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסת מסחרית רגילה, עד לסך של 100,000 ₪.
- 4.2.5 תשולם עבור הוצאות העברה יבשתיות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל וחזרה, למובטח שהוטס בטיסה רפואיות לחו"ל.
- 4.2.6 תשולם עבור אשפוז בבית חולים בחו"ל, עד 60 ימים לפני הניתוח או

- הטיפול המוחדר בחו"ל ועד ל-365 ימים לאחר ביצועם.
- 4.2.7 הוצאות שהיהו בחו"ל לצורך ביצוע הטיפול המוחדר, של המבוטח ומולו אחד עד לסך 1,000 ש"ח ליום, ובמקרה של קטין עם שני מילויים עד לסך של 1,500 ש"ח ליום, אך לא יותר מסך של 65,000 ש"ח במקרה ביטוח.
- 4.2.8 הוצאות העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע הטיפול המוחדר.

5. חיריגים נספחים ומוחדרים לכיסוי זה

- ambil גירוש מהחריגים הכלליים הקבועים בפולישה, המבטיח לא ישלם תגמול ביטוח או תשולם אחרים כלשהם בגין מקרה בגין ביטוח על-פי תוכנית ביטוח זו, שנגרם במישרין או בעקיפין, על-ידי או עקב אחריו או יותר מהנסיבות הבאות:
- 5.1 תרופות לטיפול במצבו הרפואי הנוכחי של המבוטח שלא במסגרת האשפוז לצורך השתלה או לצורך טיפול הרפואי המוחדר בחו"ל.
- 5.2 ניתוח ו/או טיפול רפואי, שאינו השתלה ואיןנו טיפול רפואי מיוחד בחו"ל, כהגדרתם בתנאי הפולישה.
- 5.3 בדיקות, בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, הקרנות, בדיקות הקשורות בהירינו ו/או בדיקת עוררים, טיפולים ממתרפים או אונקולוגיים, טיפול היפורתמי, היפוורמי, דריוקות, הצלפות, בדיקה/ות פעילות הדמיה כגון CT או MRI, כאשר אלה אינם חלק מהמחלק הטיפול הרפואי המוחדר בחו"ל.
- 5.4 בכל הנוגע לטיפול רפואי מיוחד בחו"ל - מבוטח שאינו מתגורר בישראל דרך קבוע ו/או לא יצא מישראל לצורך ביצוע הטיפול וחזר לישראל לאחר מכן.

6. תביעות

- האמור בסעיף זה הינו בונוסף לאמור בתנאים הכלליים ובכפוף להם:
- 6.1 המבטיח ישלם למבוטח את תגמולו הביטוחוני לפי תוכנית ביטוח זו, או יעבירם שירות לנוטן השירות אם המציג אישור רישום, ואם ביצוע את ההשתלה בפועל. לשם כך יהיה מסור למבטיח את כל הפרטים הקשורים לתיבעתו וכן את כל המסמכים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטיח לשם בירור חבותו לרבות מסמכים ואישוריים המעידים על כך שביצוע השתלה עומד בהוראות "חוק השתלת איברים" ובהתאם לדין מדיניה בה בוצעה השתלה.
- 6.2 המבטיח ימסור למבטיח את כל המידע והמסמכים הדרושים לו לבורר זכאותו ובכלל זה חוות הדעת של רפואיים המומחים כאמור בסעיף 3.2 לעיל, פרטיהם אודות בית החולים בחו"ל בו הינו מעוניין לבצע את ההשתלה או הטיפול המוחדר, דוחות המנתח, וכן את כל הפרטים הננספים הקשורים בביוצוע השתלה או הטיפול הרפואי המוחדר בחו"ל, לרבות כל הפרטים הנדרשים בקשר למצבו הרפואי בಗינו נזק המבוטח להשתלה או לטיפול הרפואי המוחדר בחו"ל, כפי שדרש המבטיח.

7. שינויים, יתרורים או סטיות בתנאי הפולישה

- תוכנית ביטוח זו כפופה לכל תנאי הפולישה אליה צורפה.
- 7.1 כל שינוי או יתרור או סטייה מהאמור בפולישה יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו רק אם נכלל במפורש בתוכנית ביטוח זו.
- 7.2 במקרה של סתירה בין האמור בתוכנית ביטוח זו לבין האמור בתוכניות ביטוח אחרות שצורפו לפולישה ו/או האמור בתנאים הכלליים של הפולישה, יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו, האמור בה.

גילוי נאות - AIG MEDICARE

כיסוי לתרופות מחוץ לסל

AIG MEDICARE	שם הביטוח
ביטוח לתרופות מחוץ לסל.	סוג הביטוח
מתandardת כל שנתיים כמפורט בפרק ב', סעיף 5 בתנאים הכלליים.	תקופת הביטוח
<ul style="list-style-type: none"> תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות ואושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצב הרפואי של המטופח בידי רשות מוסמכת בישראל או באחת המדינות המוכרות. תרופה הכלולה בסל בהתאם לרופאות אחרות. תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL . תרופת יתרום. 	טיפול הביטוח
סיגי הפוליסה וחריגיה מפורטים בפרק ד', בתנאים הכלליים של הפוליסה ובסעיף 7 בנספח תרופות.	חריגים בפוליסה - הפוליסה אינה מכסה את המבוטחים בנסיבות הבאים
פרמייה חודשית	גיל
2.51	0-20
2.41	21-30
3.92	31-40
10.18	41-50
17.38	51-55
23.35	56-60
26.07	61-65
31.39	+66
עלות הביטוח	
שים לב!	
1) מחיר הביטוח עשוי להשתנות בהתאם למצבר הרפואי או עקב מתן הנחה. ברכישת חבילות בטוחה תיתכן הזולנה בפרמייה.	
2) הסכומים המפורטים בספר הפוליסה הם לפי מדד מאי 2015, 538.0594 נק'.	
3) באפשרות להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירותים של המבטחים השונים במחשבון בטוחה השירותים באתר רשות ההון. מחירי הביטוח וציון מדד השירותים למוצר זה נכונים ליום פרסוםם.	

תיאור הcisoisים בפולישה		
שם הcisoi	תיאור הcisoi	מה הסכום המksamלאי שנייתן לתביע
תרופות מוחץ לסל	תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות ואושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצב הרפואי של המבוטח בידי רשות מוסמכת בישראל או באחת המדינות המוכרות כמפורט בסעיף 3.1 בנספח תרופות.	עד 1,500,000 ₪ סכום מירבי המתחדש בעת חידוש הפולישה.
	תרופה הכלולה בסל הבריאות להתויה רפואית אחרת כמפורט בסעיף 3.2 בנספח תרופות.	
	תרופת יתום כמפורט בסעיף 3.4 בנספח תרופות.	
	תרופה המוגדרת C-LABEL OFF עד 50,000 ₪ לחודש לפחות 10 חודשים קלנדירים רצופים לכל מקירה ביטוח כמפורט בסעיף 3.3 בנספח תרופות. הסכום מתחדש בעת חידוש הפולישה למעט במקרה של תשלום תגמול ביטוח על פי סעיף 2.5.6 בנספח תרופות.	
הערות	פייצוי לשירות או טיפול רפואי הכרוך בנטילת התרופה שאושרה כמפורט בסעיף 4.3 בנספח תרופות.	150 ₪ ליום עד 60 ימים.
	לתשומת ליבך, חברות הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל ועדת עד לתקרה הקבועה בפולישה. שים לב, במידה ויש לך CISIO זהה בפולישה אחרת לא תהיה דקאי להחזיר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפולישה.	

תרופות שאינן מכוסות בסל התרופות

תוכנית ביטוח לשיפוי הוצאות בגין תרופות אשר אינן בסל שירותי הבריאות

1. כל

- הכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו, כפוף לתנאי הפולישה אליה צורפה, על תנאייה וסיגיה,
כלל שתוכנית זו נרכשה, ציינה במפורש ומולו בגינה דמי הביטוח.
תנאי לכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו היינו כי במועד קורת מקרה הביטוח למכובט
הפולישה ותוכנית ביטוח זו בתוקף עבור אותו מכובט.
תוכנית ביטוח זו מהווה תוכנית בסיס, כהגדרתה בתנאים הכלליים לפולישה אליה
צורפה.

2. הגדרות לתוכנית ביטוח זו:

- הمدنיות המוכרות** - ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוודיה, נורווגיה,
איסלנד, אחת המדינות החברות באיחוד האירופי לפני מיי 2004, או במסלול
הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).
- טיפול רפואי** - נתילת תרופה על פי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך, שלא
במהלך אשפוז בבית חולים, למעט טיפול הנitin במסגרת אשפוז יומם.
- מחיר מרבי מאושר** - הסכם המאושר, מעט לעת, לגבייה בגין תרופה, על ידי
הרשויות המוסמכות בישראל.
לא נקבע לרטרופה מחיר מרבי מאושר על ידי הרשותות המוסמכות בישראל, יקבע
המחיר המרבי על פי הסכם המרבי המאושר לאלה תרופה בהולנד במחירים دولרי
אורה"ב.

- לא נקבע לרטרופה מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע המחיר המרבי על פי הסכם
המרבי המאושר לאלה תרופה באנגליה במחירים דולר אורה"ב.
יחסוב מחורי דולר אורה"ב עשה על פי שער המכירה (העברות והמחאות) של
долר אורה"ב שהיה נהוג בנק הפועל בע"מ ביום הכתנת התשלום על-ידי
ה漫步ת בתוספת היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום זהה.
מרשם - מסמך רפואי החתום בידי רופא בית חולים או רופא מומחה, אשרקובע
את הטיפול הרפואי הנדרש, את קביעות המין הנדרש ואת משך הטיפול הנדרש.
מרשם יהיה לתקופת טיפול של עד 3 חודשים בכל פעם. נרשם במרשם אחד
מספר תרופות, תחשב כל תרופה הרשמה בו כמרשם נפרד.

- תרופה OFF LABEL** - תרופה, שאושרה לשימוש ע"י הרשותות המוסמכות
בישראל או ע"י הרשותות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות, להתחוויה רפואי
שונה מזו הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המטופל, וב└בד שהתרופה הוכרה
כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המטופל על ידי לפחות אחד מה הבאים:

- .FDA פרטוני ה-
- American Hospital Formulary Service Drug Information** 2.5.2
US Pharmacopoeia - Drug Information 2.5.3
Drugdex (Micromedex) 2.5.4
הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת הממלצות):
- עצמת המלצה (Strength of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I
או II.
- חזק הראות (Strength of Evidence) - נמצאת בקטgorיה A או B.
- יעילות (Efficacy) נמצאת בקבוצה I או II.

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

- NCCN
- ASCO
- NICE

- **Esmo Minimal Recommendation**

2.5.6 שלושה פרטומים מדעיים, מקובלים מהעתונות הרפואית, שלא הוזכרו לעיל, המוכחים אתיעילותה של התרופה למחלת השם הבוטה. על מנת למנוע כל ספק אפשרי יודגש כי על הפרטומים המדעיים שדლעיל, לעמוד בשני התנאים הבאים במצטרב:

- הפרטומים עברו ועמדו ב"ביקורת עמיתים" (Peer reviewed) שימושה אישור הפרטום על ידי סוקרים, הקובעים האם הפרטום ראוי לבמה מדעית.

- הפרטום נעשה בעיתונות רפואיות שימושה כתבי עת מדעיים מקובלים ולא בעיתונות יומיית או בידיעון כלשהו או כזה המתפרסם באמצעות גופים או גופות הנוגעות לתחום רפואי מסוים.

תרופה נסינית - אחת מלה:

- תרופה אשר לא אושרה ע"י הרשות המוסמכת במדינות המוכרות לטיפול בהתייה הרפואית הנדרשת למobotה.

- תרופה אשר טרם אושרה לשימוש כלשהו על ידי הרשות המוסמכת במדינות המוכרות.

- תרופה הנמצאת בשלבי מחקר ובhalluci ניסוי קליני בבני אדם, ללא קשר לרמת הצלחת הניסוי או לשלב הייצאו.

תרופה OFF LABEL - תרופה לטיפול במחלת נדירה אשר אושרה ו/או הוכחה כתרופה

תרופת יתרום - תרופה שאמינה תרופה נסינית או יתרם מהמדינות המוכרות, למעט תרופה יתרום ע"י הרשות המוסמכת באחת או יותר מהמדינות המוכרות, המפותחת לאדם מסוים או מבנה מסוים של מולקולות והתאים של אותו אדם.

3. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטה, הנזקק לטיפול רפואי, על-פי מרשם שנייתן על-ידי רופא מומחה, בתרופה שאינה תרופה נסינית או תרופה מתחום הרפואה המשלימה, שהיא אחת מלה:

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

3.2 תרופה הכלילה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי התייה הרפואי הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטה ואשר אושרה לשימוש על פי התייה הרפואי לטיפול במצבו הרפואי של המבוטה בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות. **תרופה שאינה מוגדרת על פי התייה הרפואי**.

3.3 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כמפורט בתרופה נסינית. שהינה תרופה OFF LABEL לטיפול במצבו הרפואי של המבוטה,

3.4 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטה, שהינה תרופה יתרום.

4. הכיסוי הביטוח

בקרים מקרים הביטוח זכאי המבוטח לכיסוי עלות הטיפול התרופתי בגין השתתפות עצמית ועד תקרת הכיסוי המפורט להלן, ובהתאם לתנאים המפורטים להלן:

4.1 המבטח ישפּה את המבוטח או שלם ישירות לספק הטרופה, על פי שיקול דעתה המבטח, בגין מקרה ביטוח, כהגדרתו לעל, אשר ארע למבוטח בעת ההיות כיסוי זה בתוקף, עבור הוצאותיו לריפוי, ועד תקרת סכום הביטוח המרבי.

4.2 השיפּוֹ ינתן לכיסוי המין הנדרש בכל פעם, בגין הסכום שבו השתתפו קופת חולים / או השב"ן של קופתו, אם השתתפו, ובגינוי השתתפות עצמית המפורטת להלן, עד תקרת סכום הביטוח המרבי.

4.3 המבטח ישפּה את המבוטח או שלם ישירות לספק השירות, על פי שיקול דעתה המבטח, עבור השירותים / או הטיפול הרפואי הקשור בנטיילת הטרופה, כאמור לעיל, עד 150 ש"ל ליום, ולתקופה שלא עולה על 60 יום במצטבר.

למען הסר ספק, הכיסוי על פי סעיף זה ינתן אך ורק בגין נטילת תרופות, אשר המבטח שיפּה את המבוטח עבור ריכישן.

4.4 השיפּוֹ להוציאות בגין רכישת תרופה על פי תוכנית ביטוח זו, לא עולה על המחיר המאושן לאוthon תרופה.

4.5 ההכיסוי על פי פרק זה ינתן בגין הוצאותיו שהוצעו בפועל בלבד.

מובחר ומודגש בזאת כי השיפּוֹ יהיה אך ורק בגין עלות הטרופה, ולא ינתן שיפּוֹ עבור השירותים / או הטיפול הרפואי הקשור במנתן הטרופה, למעט האמור בסעיף 4.3 לעיל.

5. סכום הביטוח המרבי

5.1 סכום הביטוח המרבי שיישלם המבטח בגין חביעה ו/או תביעות המкосות על-פי תוכנית ביטוח זו, והוא עד לסר 1,500,000 ש"ל לתקופת ביטוח כהגדרתה ומשמעותה בפרק התנאים הכלליים בפוליסה אליה צורפה תוכנית ביטוח זו. בעת חידוש הביטוח, יחולש סכום הביטוח המרבי.

5.2 סכום הביטוח המרבי שיישלם המבטח מחרוך הסר הרפואי הקבוע בסעיף 4.1 לעיל, בגין חביעה ו/או תביעות לרופפת OFF LABEL, המכוסה על פי סעיף 18.31.6 לתנאים הכלליים בפוליסה זו, שימושיתו הינה כי הטרופה הוכרה ב-3- פרסומים מדיעים מקובלים שלא הודכו בפרסומים המפורטים בסעיפים 18.31.1 - 18.31.5 (כולל), והוא עד לסר של 50,000 ש"ל לחודש ולתקופה שלא עולה על 10 חודשים קלנדריים 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 לרופפת OFF LABEL יחולש אך ורק לגביו התרופות המפורטות בסעיפים 18.31.1 - 18.31.5 (כולל). לא יחולשו סכומי ביטוח לגביו לרופפת OFF LABEL המכוסה על פי סעיף 18.31.6 לתנאים הכלליים בפוליסה זו.

5.4.1 **חולש סכומי הביטוח יעשה באופן הבא:**

5.4.1.1 מבוטח, אשר בגין חביעתו ו/או תביעותיו על פי תוכנית ביטוח זו, קיבל מהמג'ט את סכום הביטוח הרפואי במילואו, יהיה זכאי לסקום ביטוח מרבי נוסף כמפורט בסעיף 4.1, עם חידוש תקופת הביטוח כאמור, בכפוף לאמור בסעיף 4.3.

5.4.2 מבוטח, אשר בגין חביעתו ו/או תביעותיו על פי תוכנית ביטוח זו, קיבל מהמג'ט חלק מסכום הביטוח הרפואי, יהיה זכאי לסקום ביטוח מרבי מלא כמפורט בסעיף 4.1, עם חידוש תקופת הביטוח כאמור, אשר יחולף 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

- בגין תרופות ממופרט בסעיף 2 תשולם השתתפות עצמית בסך 300 ₪ למרשם. 6.1
על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, בגין תרופה שעולה החודשית, על פי מחירה 6.2
הרבבי המאושר, עולה על 5000 ₪, לא תשולם השתתפות עצמית. 6.3
יבירה, כי ההשתתפות העצמית למרשם הינה חודשית ותחול על כל חודש
בנפרד.

7. חריגים נוספים ומוחדים לכיסוי דה

ambil לגורע מהחריגים הכלליים הקבועים בפולישה, המבטיח לא ישלם תגמולו ביטוח או-
תשולומיים אחרים ככלשה בגין טיפול רפואי המופורט להן /או בגין מקרה ביטוח על-
פי תוכנית ביטוח זו, שנגרם במשרין או בעקיפין, על-ידי או עקב אחת או יותר מהנסיבות
הבאות:

- 7.1 תרופות ניסיוניות.
7.2 תרופה שנadena במהלך ניתוח /או השתלה שבוצעו בבית חולים, או במהלך
אשרוד בבית חולים כמו גדר בפולישה (למעט באשפוז יומם).
7.3 תרופה לטיפול בעיות שיניים.
7.4 טיפול רפואי מוגן במסגרת שירות רפואי מגענות, טיפול בויטמינים /או חיסונים
/או תוספי מזון.
7.5 טיפולים רפואיים שעדיין לא ניתן למボוח בפועל /או בגין התחייבות נתן
השירות לטיפולים רפואיים עתידיים.

8. תביעות

בנוסף לאמור בתנאים הכלליים, ובכפוף להם, המבטיח ישלם למボוח את תגמולו,
הביטוח לפי תוכנית ביטוח זו, או יעבירם יישורות לנוטן השירות אם נתקיים כל אלה:
8.1 המבטיח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידייו מרשם,
ויקבל את אישורו בחובתו על פי תוכנית ביטוח זו. למען הסר ספק, מובהר כי
קיבלה אישור איננה מהוות תנאי לשולם התביעה, ובמקרים בהם נרכשה
התרופה ללא אישור החברה מראש, ידון המבטיח בתביעה לאחר מכן ואישר אותה
אם היא עומדת בהוראות פולישה זו /או תוכנית ביטוח זו המצורפת לה, והוגשו
לחברה כל המסמכים כנדרש.

לא קיימה חובת המבטיח לפי סעיף זה במועדה, וקיומה היהאפשר למבטוח
להקטין חובתו, אין המבטיח חייב בתגמולו הביטוח אלא במידה שהייב בהם
אליו קיימה החובה. הוראה זו לא תחול בכלל אחת מלאה:

- 8.1.1 החובה לא קיימת או קיימת באיחור מסיבות מוצדקות;
8.1.2 אי קיימת או איזהורה לא מנע מן המבטיח את בירור חובתו ולא הקbid על
הבירור.

לכל תרופה ניתן מרשם נפרד ומהיןן בכל מרשם ניתן לטיפול של עד שלושה
חודשים בכל פעם. אם ניתן למボוח מרשם לטיפול רפואי לתקופה פרחותה
משך שלושה חודשים היא המבטיח רשאי להמציא מרשם לחודשים נוספים/
חוותמים בידי רופא שאינו רופא מומחה, לפי בחרתו, ובתנאי שאחת לשולשה
חודשים ימציא המבטיח מרשם לרופא מומחה.

- למען הטר ספק, יודגש, כי גם על פי מרשם שניתן לשלווה חודשים, תנוכה ההשתתפות העצמית מיידי חודש.
- 8.3 המבתח לא ישפה מבוטח המציג מחוץ לגבולות מדינת ישראל לעלota מ-180 ימים ברציפות לאחר קרות מקרה הביטוח, כל עוד שווה המבוטח בחו"ל. מוגבר בכך, כי אם חזר המבוטח ארצها והowie דקאותו לתגמומי ביטוח כאמור, המבתח ימשיך לשלם בהתאם להוראות כיומי זהה.
- 8.4 במקרה של הפסקת הזכאות לתגמומי הביטוח, על המבוטח להודיע על כך מיידית למבחן במכתב רשמי ו/או בכל דרך אחרת. תשלומים שקיבל מבוטח שלא כדין. יוחזרו למבחן.

9. **שינויים, יתרורים או סטיות בתנאי הפוליסת**

- 9.1 תוכנית ביטוח זו כפופה לכל תנאי הפוליסת אליה צורפה.
- 9.2 כל שינוי ו/או יתרור ו/או סטייה מהאמור בפוליסת יחיב לעניין תוכנית ביטוח זו רק אם נכלל במפורש בתוכנית ביטוח זו.
- 9.3 במקרה של סטייה בין האמור בתוכנית ביטוח זו ובין האמור בתוכניות ביטוח אחרות שצורפו לפוליסת ו/או האמור בתנאים הכלליים של הפוליסת, יחיב לעניין תוכנית ביטוח זו, האמור בה.

תמצית תנאי הביטוח - הרחבה לתרופות בהתאם אישית ובדיקות גנטיות

גילוי נאות- AIG MEDICARE הרחבה לתרופות בהתאם אישית ובדיקות גנטיות																			
שם הביטוח	AIG MEDICARE																		
סוג הביטוח	הרחבה לתרופות																		
תקופת הביטוח	מתחדשת כל שנתיים כמפורט בפרק ב', סעיף 5 בתנאים הכלליים כיסוי לאחד או יותר מה הבאים: <ul style="list-style-type: none">• תרופות בהתאם אישית כמפורט בסעיף 2.8 בתנאי הרחבה• בדיקות גנטיות ו/או בדיקות גנטיות כמפורט בסעיף 2.1 ו- 2.2 בתנאי הרחבה• ייטמינים ו/או תוסף התזונה ו/או קנאביס רפואי - <u>למחלת הסרטן</u>• כיסוי לשירות ו/או הטיפול הרפואי הקשור בנטילת תרופה בהתאם אישית																		
תיאור הביטוח	סיגי הפוליסה וחירgia מפורטים בפרק ד' בתנאים הכלליים של הפוליסה, בסעיף 7 לתקנית הבסיס ובסעיף 5 להרחבה תרופות בהתאם אישית ובדיקות גנטיות																		
תקופת אכזרה - אחריו כמה זמן מתחלת הביטוח ניתן לתבוע ולקלב תגמול	90 ימים																		
הוצאות הביטוח	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">פרמייה חודשית</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">גיל</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">3.30</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">0-20</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">4.77</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">21-30</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">7.10</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">31-40</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">12.59</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">41-50</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21.86</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">51-55</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35.73</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">56-60</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">50.68</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">61-65</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">64.92</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">+66</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">שים לב! 1. מחיר הביטוח עשוי להשתנות בהתאם למצבך הרפואי או עקב מתן הנחה. ברכישת חבילות ביטוח תיתכן הזולה בפרמייה. 2. הסכומים המפורטים בספר הפוליסה הם לפחות מאי 2015, 2. 3. באפשרות להשוות בין מחירי הביטוח וציון ממד השירות של המבטיחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות ההון.</p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">מחירי הביטוח וציון ממד השירות למוצר זה נקבעים ליום פרסוםם.</p>	פרמייה חודשית	גיל	3.30	0-20	4.77	21-30	7.10	31-40	12.59	41-50	21.86	51-55	35.73	56-60	50.68	61-65	64.92	+66
פרמייה חודשית	גיל																		
3.30	0-20																		
4.77	21-30																		
7.10	31-40																		
12.59	41-50																		
21.86	51-55																		
35.73	56-60																		
50.68	61-65																		
64.92	+66																		

תיאור הכספיים בפוליטה				
שם הכספי	תיאור הכספי	מה הסכם המקסימלי שניון לתבוע	השתתפות עצמית	
תרופות בהתאם אישית ובדיוקן גנטיות	תרופות בהתאם אישית כהגדרתן בסעיף 2.8 ובהתאם למפורט בסעיף 4.1 להרחבת תרופות בה坦אה אישית ובדיוקן גנטיות	עד 250,000 ש"ח בחודש ולא יותר מ-1,000,000 ש"ח למקהה ביוטה ולכל תקופות הביטוח	לאה השתתפות עצמית	
	בדיקות גנטיות או גנומיות כהגדרתן בסעיף 2.1 ו-2.2 ובהתאם למפורט בסעיף 4.2 להרחבת תרופות בה坦אה אישית ובדיוקן גנטיות	עד 30,000 ש"ל למקהה ביוטה ולא יותר מ-60,000 ש"ל לתקופת הביטוח	20% מהסכום שהוציא המבוטח בפועל עבור הבדיקות	
	ויטמינים או תוסף תזונה או קנאביס רפואי - למחלת הסרטן כהגדרתם בסעיפים 2.3, 2.5 ו- 2.7 ובהתאם למפורט בסעיף 4.3 להרחבת תרופות בה坦אה אישית ובדיוקן גנטיות	עד 1000 ש"ל לחודש לחודש (לאחר השתתפות עצמית) ועד 15,000 ש"ל למקהה ביוטה ולכל תקופות הביטוח	150 ש"ל לחודש	
	כיסוי לשירות או טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה מותאמת אישית שאושרה בהתאם לסעיף 4.4 להרחבת תרופות בה坦אה אישית ובדיוקן גנטיות	350 ש"ל ליום עד 60 ימים	לאה השתתפות עצמית	
העברות	لتשומת ליבר, חברות הביטוח תשולם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקירה הקבועה בפוליטה. سيتم לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליטה אחרת לא תהיה דמייה להחזיר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליטה.			

הרחבת תרופות בהתאם אישית ובדיקות גנטיות (הרחבת לכיסוי תרופות מוחוץ לסל)

1. כללי

- הרחבה זו מהויה תכנית נוספת בהגדרתה בתנאים הכלליים לתוכנית הבסיס "כיסוי תרופות מוחוץ לסל" בלבד.
- הרחבה זו כפופה לתנאים הכלליים של הפלישה אליה צורפה ולתנאי כיסוי תרופות מוחוץ לסל, על תנאייה וסיגיינה, ככל שתכנית זו נרכשה, צוינה במפורש במפרט ושולמו בגיןה דמי הביטוח.
- תנאי להרחבה זו הינו, כי במועד קורת מקרה הביטוח למボטח, הפלישה, לרבות תוכנית הבסיס והרחבה זו הינו בתוקף עבור אותו מבוטח.
- כל האמור בהרחבה זו בלשון יחיד, משמעו גם בלשון רבים, וכל האמור בלשון זכר, משמעו גם בלשון נקבה, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת. כוורות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד, ולא תשמשנה לצורך פרשנות.

2. הגדרות

- בנוסף להגדרות הכלולות בתכנית הבסיס "כיסוי תרופות מוחוץ לסל", אשר יחולו במלואן על תנאי הרחבה, בהרחבה זו יהיו לモנים המפורטים להלן המשמעות האמורה שבעצם:
- 2.1 "בדיקה גנטית"** - בדיקת דגימות DNA או RNA של אדם לשם איפינן והשוואת רצפים של DNA, המבוצע עלי ידי מכון גנטי או מעבדה לביקורות גנטיות.
- 2.2 "בדיקה גנטומית"** - בדיקת פרופיל ואיפין מולקולרי של דגימת DNA או RNA של תא גידול סרטני או תאים לא גידולים של המבוטח, המבוצע עלי ידי מכון גנטי או מעבדה לביקורות גנטיות.
- 2.3 "ויטמינים"** - תרכובות כימיות אורגניות, שאיננה אב מזון (חלבון, פחמימה, שומן), אשר כמויות קטנות שללה דרישות לכל אורגניזם לשם גידילה תקינה ולשם קיום ואשר קיבלה את אישור הרשותות המוסמכות במדינות המוכרכות (ההגדרתן בתכנית הבסיס) כתכשיר מזון רפואי.
- 2.4 "סיכום השיפוי המרבי"** - הסכם המרבי שתשפה החברה את המבוטח, בגין הבדיקה הגנטית / או התרופה המותאמת אישית / או ויטמינים / או תוספי התזונה / או הקנאביס הרפואי / או השירותים / או הטיפול הרפואי הקשור בנטיילת התרופות בהתאם אישית, במהלך תקופות הביטוח בגין מקרה ביטוח ולהחר ניכוי השתנהות עצמאית.
- 2.5 "קנאביס רפואי"** - קנאביס הניתל לטיפול במחלת הסרטן, או להקלת בתסמים הנבעים ממחלת הסרטן, אשר ניתן למボטח אישור לשימוש בו על ידי הגוף המורשים מטעם משרד הבריאות. יובהר, כי שימוש בקנאביס רפואי יושר רק בדרך המומלצת על ידי משרד הבריאות ובכפוף לתנאי הרישוי האישי, שהונפק למボטח על ידי משרד הבריאות לשימוש בקנאביס הרפואי.
- 2.6 "תכנית הבסיס"** - בהרחבה זו המשמעות של תוכנית הבסיס תהיה "תכנית לכיסוי תרופות מוחוץ לסל".
- 2.7 "תוסף תזונה"** - מינרלים, חומצות אמינו, רכיב צמחי או רכיב מזון אחר, המאושר על ידי משרד הבריאות בישראל, כתוסף תזונה, בהתאם לתקנות בריאות הציבור (מזון) (תוספי תזונה) התשנ"ז-1997 ואשר נקבע בפרסום מדעי קלייני מקובל, כי תוסף התזונה יעליל באופן ממשי טיפול / או תמיכה במצבו הרפואי של המבוטח

/או להקללה בתסמינים ותופעות לוזאי הנובעות מהמצב הרפואי /או מהטיפול בממצב הרפואי של המבוטה.

2.8

"תרופה בהתאם אישית" - תרופה, העומדת באחד מהקריטריונים הבאים:

- 2.8.1 תרופה, שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות והمبוטה קיבל אישור ליבוא אישי שלה על פי סעיף 29 א' 3 לתקנות הרוקחים למתן תכשיר רפואי (תקשיירם) התשס"מ"-1986 (אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי ורופא מומחה קבע כי המבוטח זקוק לה).
- 2.8.2 תרופה, שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואושרה לשימוש בידי הרשות המוסמכת באחת המדיניות המוכרות לטיפול, במצב רפואי אחר ולא במצב של המבוטח (התויה רפואיות אחרת) ובהתקדים אחד מהתנאים הבאים:
- 2.8.2.1 התרופה נמצאה עיליה לטיפול במצבו הרפואי אחר וללא בדיקה גנטית /או בדיקה גנטומית להתקדמות הטיפול בתרופה.
- 2.8.2.2 רופא מומחה קבע, כי מתקנים התנאים הבאים במצבו הרפואי:
- 2.8.2.2.1 התרופה עיליה באופן ממשי לטיפול במצבו הרפואי.
- 2.8.2.2.2 של המבוטח על סמך שני פרסומים מדעיים רפואיים מוגבלים לפחות.
- 2.8.2.2.3 מניעת הטיפול בתרופה מווהה סכנה ממשית לחיו של המבוטח.

3. מקרה הביטוח

- 3.1 מצבו הרפואי של המבוטח, אחד או יותר מה הבאים:
- 3.1.1 קיבל טיפול רפואי באמצעות תרופה המותאמת אישית, על פי הוראת רופא מומחה **ובתנאי שהתרופה המותאמת אישית אינה מכוסה בתכנית הבסיס כהגדרתה בהרחבבה זו.**
- 3.1.2 בדיקה גנטית /או גנומית, לאחר שאובחנו המבוטח במחלת, ולצורך חינת התקדמות הטיפול הרפואי והשפעות על אותה המחלת, קבלת החלה טיפולית רפואית, לרבות כדיות הטיפול /או מניעת תופעות לוזאי, /או קביעת המין והערכות התקדמות עתידית של המחלת, והכל, על פי הוראת רופא מומחה.
- 3.1.3 בשל מחלת הסרטן - נתילת ויטמינים /או תוסף תזונה /או קנאביס רפואי, על פי הוראת רופא מומחה.
- 3.2 תגמולי הביטוח יישלמו למבוטח על פי הרחבבה זו, בגין המקרים לעיל בהתאם לסעיף 8 לתוכנית הבסיס וסעיף 10 לתנאים הכלליים וזאת לאחר כניסה להרחבבה לתוקף ולאחר תום תקופת האכשה.

4. הכספי הביטוחי

בקורות מקרה הביטוח זכאי המבוטח לכיסוי עלות הבדיקה הגנטית /או הגנומית /או התרופה המותאמת אישית /או ויטמינים /או תוסף התזונה /או הקנאביס הרפואי למחלת הסרטן, /או השירותים הרפואיים הכרוך בנתילת הטיפולות בהתאם אישית, בניכוי השתתפות עצמית ועד תקרת הכספי המפורטת להלן, בהתאם לתנאים המפורטים להלן:

-תרופות בהתאם אישית - 4.1

- 4.1.1 החברה תשפה את המבוטח או תשלום שירות לספק התרופה, בגין הוצאותיו בפועל לרכישת תרופות בהתאם אישית בשל מקרה הביטוח כהגדרתו לעיל.

- 4.1.2 סכום השיפוי המרבי בגין סעיף זה הינו 250,000 ש"ח עבור כל חדש קלנדרי ולא יותר מ-1,000,000 ש"ח למקורה ביטוח ללא קשר לתקופות הביטוח. **יבירה,**
- כי סכום השיפוי המרבי אינו מתחדש בתקופות ביטוח רצופות.**
- 4.1.3 סכום השיפוי המרבי הנקבע לעיל הינו לחודש, גם במידה והmobוטח קיבל מספר מרשיינים שונים לתרופות המותאמות אישית לטיפול במצבו הבריאותי על פי הרחבה זו.
- 4.1.4 היה ונדרש המבוטח לטיפול חזור או המשך טיפול בעקבות אותו מקרה הביטוח, החברה תראה את השיפוי כחלק מסכום השיפוי המרבי בקשר לאותו מקרה ביטוח.
- 4.1.5 לא תחול על המבוטח השתתפות עצמית בגין תרופות בהתאם אישית.
- 4.1.6 המבוטח יפנה לאישור החברה, קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם, יקבל את אישורה לחובתו על פי הרחבה זו. מען הסר ספק, מובהר, כי קיבל אישור כאמור איננה מהווה תנאי לתשלום התביעה, ובמקרים בהם נרכשה התרופה ללא אישור החברה מראש, תידין החברה בתביעה לאחר מכן ותאשר אותה אם היא עומדת בהוראות הפלישה / או תכנית הבסיס / או הרחבה זו, וhogשו לחברה כל המסמכים הנדרשים.
- לא קיימה חובת המבוטח לפי סעיף זה במועדה, וכיימה היהאפשר לחברה להקטין חבותה, אין החברה חייבת בתגמולו הביטוח אלא במידה שהיתה חייבת בהם אילו קיימה החובה. הוראה זו לא תחול בכל אחת מלאה:
- 4.1.6.1 הוראה לא קיימה או קיימה באיחור מסיבות מוצדקות;
- 4.1.6.2 אי קיימה או אחרת לא מנע מן החברה את בירור חבותה ולא הקפיד על הבירור.
- בדיקה גנטית / או גנטומית להתקנת טיפול רפואי
- 4.2.1 החברה תשפה את המבוטח או תשלם שירותי לספק השירות שב הסכם, בהתאם בתנאים הכלליים (אם קיים הסכם), עד 80% מהוצאותיו בפועל בגין ביצוע בדיקה גנטית / או גנטומית להתקנת טיפול רפואי בשל מקרה הביטוח כהגדרתו לעיל, המבוצעת בהמלצת רופא מומחה.
- 4.2.2 סכום השיפוי המרבי בגין סעיף זה הינו 30,000 ש"ח בגין כל מקרה ביטוח ולא יותר מ- 60,000 ש"ח לתקופת הביטוח כהגדרתה בתנאים הכלליים הנלוויים לתכנית הבסיס.
- 4.2.3 ההשתתפות העצמית בגין בדיקות גנטיות- 20% מהסכום שהוציא המבוטח בפועל עבור הבדיקות.
- יטמיינים / או תוסף תזונה / או קנאביס רפואי למחלת הסרטן-
- 4.3.1 החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו בפועל לריכישת ויטמיינים / או תוסף תזונה / או קנאביס רפואי אשר הומלץ למטרות לטבול אותם על פי הנחיית רופא מומחה **בעבור טיפול במחלת הסרטן / או לצורך הקלה בתסמיימים הנובעים ממחלת הסרטן / או מהטיפול הרפואי למחלת הסרטן, בלבד שהמחללה התגללה לראשונה במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכזרה.**
- 4.3.2 סכום השיפוי המרבי בגין סעיף זה הינו 1,000 ש"ח לחודש (לאחר השתתפות עצמית) ועד 15,000 ש"ח למקורה ביטוח ללא קשר לתקופות הביטוח. **יבירה,**
- כי סכום השיפוי המרבי אינו מתחדש בתקופות ביטוח רצופות.**
- 4.3.3 ההשתתפות העצמית בגין כיסוי ויטמיינים / או תוסף תזונה / או קנאביס רפואי למחלת הסרטן - 150 ש"ח לחודש.
- כיסוי לשירות / או הטיפול הרפואי הכרוך בנטיילת התרופות בהתאם אישית-
- 4.4

- 4.4.1 החברה תשפה את המבוטח או תשלם יישורות לספק השירותים שבהסכם, בהתאם לתנאים הכלליים (אם קיים הסכם), בגין הוצאותיו בפועל עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך בנסיבות התהבותות בהתאם אישית, בשל מקרה הביטוח כהגדרתו לעיל. **למען הסר ספק, הכספי על פי סעיף זה יינתן אך ורק בגין נטילת תרופות בהתאם אישית בהתאם להרחבת זו.**
- 4.4.2 סכום השיפוי המרבי בגין סעיף זה הינו 350 ש"ם ליום ולתקופה שלא תעלה על 60 יום במצטבר.
- 4.4.3 לא תחול על המבוטח השתתפות עצמית בגין סעיף זה.
- 5. חריגים נוספים ומוחדים להרחבת זו**
- מכלי לרוע מהרגים המפורטים בפרק התנאים הכלליים לתקנית ביטוח בריאות והחריגים הנוספים בסעיף 7 לתקנית הבסיס, למעט החיריגים שבוטלו מפורשות בתקנית ביטוח זו, החברה לא תשלם תגמול ביטוח ו/או תשומות אחרים כשלשם בגין הכספיים המפורטים בהרחבת זו, הקשורים או שנגרכו במישרין או בעקיפין, על ידי או עקב אחת או יותר מהנסיבות הבאות:
- 5.1 שתל ו/או אביזר ו/או אמצעי אחר להחדרת תרופה, לרבות שתל ו/או אביזר מצופה תרופה;
 - 5.2 תרופה לטיפול בהשנת יתר;
 - 5.3 תרופה למגילה מעישון;
 - 5.4 תרופה לטיפול באין אנות;
 - 5.5 תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים;
 - 5.6 טיפול רפואי מונע למחלה החיסוני הנרכש (AIDS) ו/או לנשאות של HIV ו/או טיפול רפואי מונע למחלה הצחבת (הפטיטיס) לסוגיה השונים.
 - 5.7 תרופה ניסיונית, אשר לא אושרה ע"י הרשות המוסמכת במדיניות המוכנות לטיפול בהתויה הרפואי הנדרשת למוכחת, למעט טיפול/תרופה המכוסה באופן מפורש בהרחבת זו.
 - 5.8 בדיקות גנטיות הקשורות בהריון/טרום לידה בעובר.
- 6. תקופת אכשנה**
- על הרחבת זו תחול תקופת אכשנה של 90 ימים.

תמצית תנאי הביטוח - נספח לרפואה אמבולטורית ואבחון רפואי מהיר

גילוי נאות - AIG MEDICARE שירותי רפואי רפואי אמבולטורית ואבחון רפואי מהיר					
		שם הביטוח			
		AIG MEDICARE		שם הביטוח	
		שירותי רפואי רפואי אמבולטורית ואבחון רפואי מהיר		סוג הביטוח	
		מתחדשת כל שנתיים כמפורט בפרק ב', סעיף 5 בתנאים הכלליים		תקופת הביטוח	
		כיסוי לשירותים רפואיים שונים, אשר קבלתם אינה מצריכה מסגרת אשפוז, כמפורט בטבלה תיאור הנסיבות מטה. הנספח כולל פרק נפרד של שירותי רפואיים לילדים. הזכאות לכיסויים ליד תינוקן אם צוין במפורש במסמך הpolloסה כי המבוטח רכש כיסוי לפרק זה.		תיאור הביטוח	
		סיגים המפורטים בסעיפים 8 ו- 10 בנספח רפואי אמבולטורית ואבחון רפואי מהיר		חריגים - נספח זה אינו מכסה את המבוטח במקרים הבאים	
		רוב הנסיבות קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים		האם קיימים כיסויים חוופים בביטוח המשלים של קופות החולים	
פרמייה חודשית לא רכישת כיסוי אמבולטוריה	אmbולטוריה מורחב לילד (חלק ב')	אmbולטוריה מורחב לילד (חלק ב') פרמייה חודשית רכישת כיסוי אmbולטוריה	אmbolutori מורחב לילד (חלק ב') פרמייה chodshiy berkisht cisoi ambolutori	נספח אmbolutori ואבחון רפואי מהיר (חלק א') פרמייה chodshiy lambotach aysha	נספח אmbolutori ואבחון רפואי מהיר (חלק א') פרמייה chodshiy lambotach - gavr
	24.97	23.95	8.24	8.24	0-18
			47.53	38.79	19-55
			53.24	53.24	56-64
			58.56	58.56	+56
שים לב! 1) מחיר הביטוח עשי להשתנות עקב מתן הנחה. 2) הסכומים המפורטים בספר הpolloסה הם לפי מועד אוקטובר 2018, 543.8949 נק'.					

תיאור הכספיים בכתוב השירות					
שם הכספי	תיאור הכספי	תקופת אכשרא-ή כמה זמן מתחילה הביטוח ניתן לתבוע ולקבול תגמול	השתתפות עצמית אצל נזון שירות בהסכם	תקורת שיפוי אצל נזון שירות אחר (לא בהסכם)	
שירותים רפואיים - חלק א'					
הטיפולים רפואיים מומחה	4 עם רופא מומחה כמפורט בסעיף 5.1	3 חודשים להתייעצות	90 ש"	1. בגין התיעizzות ראשונה 80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-750 ש"ן 2. בגין יתר ההתייעizzות 80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-450 ש"	
בדיקות הדמיה רפואיות אבחנתיות	בדיקות הדמיה כמפורט בסעיף 5.2 רנטגן/ אולטרוסאונד/ /PET CT/ MRI/ MRA/ CT/ MRE צינטורים וירטואלי/ קולומטוקופיה וירטואלית/ גלולה להראית המעי הדק	3 חודשים מה乚תיקנה משלוחן מריך הריאות	20% מעלה הבדיקה בהתאם למחרוזן מריך הריאות	1. 4500 ש"ן לצינטורה וירטואלית/ קולומטוקופיה להראית המעי הדק 2. 4000 ש"ן לשאר הבדיקות האבחנתיות המכוסות סכום השיפוי המירבי לכל הבדיקות האבחנתיות (למרפאה בהסכם ולמרפאה שלא בהסכם) - 11,000 ש"ח לשנה.	
בדיקות סקר מנהלים אחד לשנתיים	בדיקות סקר מנהלים אחד לשנתיים כמפורט בסעיף 5.3	12 חודשים לסקר	150 ש"	50% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-500 ש"	
בדיקות סקר לגילוי סרטן אחד לשש שנים	בדיקות סקר לגילוי סרטן אחד לשש שנים כמפורט בסעיף 5.4	3 חודשים לסקר	350 ש"	50% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-400 ש"	

<p>במקרה בו הפסיכולוג שבסדר נמצא במרחק העולה על 40 ק"מ ממקום מגורי המבויטה, המבויטה יהיה צריך לפגש לנוכח שירות אחר בכפוף לקבלת אישור הספק מראש. במקרה זה, תקרת השיפוי תהיה - 50% מההוצאות בפועל ולא יותר מ- 80 ש"ל למפגש.</p>	<p>90 ש"ל למפגש</p>	<p>3 חודשים</p>	<p>12 מפגשים בשנה עם פסיכולוג בהסדר כמפורט בסעיף 5.5</p>	<p>מפגש טיפול עם פסיכולוג בהסדר</p>
<p>80% מההוצאות בפועל ועד 2000 ש"ל לכל בדיקה. סכום השיפוי המרבי להריון בגין כל הבדיקות המפורטות בסעיף 4.4.1.1 במצטבר - 4000 ש"ל לכל תקופת ההריון.</p>		<p>12 חודשים</p>	<p>בדיקות הרוין למבוטחת הרה כמפורט בסעיף 5.6.1 הcoliילום:סקירת מערכות ראשונה ושניה, שקיות עורפית, מי שפיר, סייסי שלייה, בדיקות גנטית, צ'יפ גנטי ובדיקת דם מחליפה מי שפיר</p>	
<p>650 ש"ל להריון</p>			<p>שמירת דם טבורי כמפורט בסעיף 5.6.2</p>	<p>שירותי סל הרוין כמפורט בסעיף 5.6</p>
<p>280 ש"ל להריון</p>			<p>קורס הכנהليلדה למבוטחת הרה כמפורט בסעיף 5.6.3</p>	
<p>200 ש"ל ליום ועד לתקרה של 7 ימי שהייה להריון</p>			<p>בית החלמה (מלוניית) למבוטחת לאחר לדה כמפורט בסעיף 5.6.4</p>	
<p>50% מההוצאות בפועל ולא יותר מ- 50 ש"ל למפגש</p>	<p>40 ש"ל למפגש</p>		<p>יעצתת הנקה למבוטחת לאחר לדה, עד 12 מפגשים להריון כמפורט בסעיף 5.6.5</p>	

					טיפולים פיזיולוגיים והידרותרפיה
ולא יותר מ-120 נט לטיפול ולא המוציאות בפועל 50%	40 נט לטיפול	3 חודשים	16 טיפולים בשנה כמפורט בסעיף 5.7		
ללא השתתפות עצמית	ללא תקופת אכשאה	שירות מידע לימיוש דיכוי באמצעות מוקד הספק כמפורט בסעיף 5.8			שירותי "מקסימום בריאות"
לייעוץ 150 נט	3 חודשים	שירות אבחון ראשון הכללי "יעוץ עם רופא מומחה שבהסכם כמפורט בסעיף 5.9.1			שירות אבחון רפואי מהיר בموافחת נתן השירות שבהסכם כמפורט בסעיף 5.9
500 נט. ביצוע בדיקת ביופסית שד - השתתפות עצמית נוספת בסך 320 נט	3 חודשים	שירות אבחון רפואי מكيف (בדיקות הדמיה רפואיות אבחנות) כאשר נדרש המשך אבחון ובירור המצב הרפואי כמפורט בסעיף 5.9.2			
שירותים רפואיים לילדים - חלק ב'					
ללא השתתפות עצמית	لלא תקופת אכשאה	התיעצות טלפונית/מכוון עם רופא ילדים ללא מגבלה ועד 90 דקות ממועד הפנייה לקבלת השירות כמפורט בסעיף 5.10			התיעצות רפואית/טלפונית/ יעוץ רפואי עם רופא ילדים

<p>80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-500₪ לאבחן</p>	<p>450₪ לאבחן</p>	<p>6 חודשים</p>	<p>אבחן ויעוץ דידקטי עד 3 אבחונים דידקטיים לכל תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 5.11</p>	
<p>75% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-1000₪ לאבחן</p>	<p>1100₪ לאבחן</p>	<p>6 חודשים</p>	<p>אבחן ויעוץ פסיכו-דידקטי עד 3 אבחונים פסיכו-דידקטיים לכל תקופה הביטוח כמפורט בסעיף 5.12</p>	
<p>80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-300₪ לאבחן</p>	<p>250₪ לאבחן</p>	<p>6 חודשים</p>	<p>אבחן ויעוץ בהפרעות קשב וריכוד (מבחן (TOVA) עד 3 אבחונים לכל תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 5.13</p>	אבחונים ויעוציםليلך
<p>80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-500₪ לאבחן</p>	<p>250₪ לאבחן</p>	<p>6 חודשים</p>	<p>אבחן ויעוץ בהפרעות קשב (BRC) עד 3 אבחונים לכל תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 5.14</p>	
<p>80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-500₪ לאבחן</p>	<p>250₪ לאבחן</p>	<p>6 חודשים</p>	<p>אבחן ויעוץ בהפרעות קשב (MOXO) עד 3 אבחונים לכל תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 5.15</p>	
<p>80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-75₪ לטיפול</p>	<p>40₪ لطיפול</p>	<p>6 חודשים</p>	<p>הוראה מתקנת/ קלינאי תקשורת עד 15 טיפולים בשנה כמפורט בסעיף 5.16</p>	פיתוח מיומנויות למידה

<p>75% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-200 ש"ח لטיפול. סכום השיפוי המרבי לכל הטיפולים בסעיף זה במצטבר - 2000 ש"ח לשנה</p>	<p>50 נ"ח לטיפול</p>	<p>3 חודשים</p>	<p>רכיבה טיפולית / או טיפול באומנות (יצירה) עד 20 טיפולים בשנה כמפורט בסעיף 5.17</p>	<p>פיתוח כישורים הפתחותיים רגשיים</p>
<p>75% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-120 ש"ח לטיפול</p>	<p>50 נ"ח לטיפול</p>	<p>3 חודשים</p>	<p>טיפול רפואי בעיסוק עד 12 טיפולים בשנה כמפורט בסעיף 5.18</p>	<p>טיפול באמצעות מרפא בעיסוק</p>
<p>50% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-110 ש"ח לפגישה</p>	<p>50 נ"ח לפגישה</p>	<p>3 חודשים</p>	<p>"יעוץ עם תדונאי" ילדים עד 10 פגישות יעוץ בשנה כמפורט בסעיף 5.19</p>	<p>פגישות יעוץ עם תדונאי ילדים</p>
<p>50% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-120 ש"ח למפגש</p>	<p>75 נ"ח למפגש</p>	<p>3 חודשים</p>	<p>אבחון, ליעוץ ולטיפול בעיות הרטבה עד 12 מפגשים בשנה כמפורט בסעיף 5.20</p>	<p>טיפול בעיות הרטבה</p>
	<p>420 נ"ח לפגישה</p>	<p>6 חודשים</p>	<p>פגישה אחת בשנה עם מטפל המתמחה באבחון ואיתור בעיות שינה בקרוב ילדים כמפורט בסעיף 5.21</p>	<p>אבחון יעוץ בעיות שינה במרפאת נותן השירות בלבד</p>
<p>50% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-80 ש"ח לטיפול</p>	<p>40 נ"ח לטיפול</p>	<p>3 חודשים</p>	<p>טיפול בחדר מלחת לצורך רפואי עד 10 טיפולים בשנה כמפורט בסעיף 5.22</p>	<p>טיפול בחדר מלח לצורך רפואתי</p>

נספח לרפואה אמבולטורית ואבחון רפואי מהיר

01/2019

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

1. כללי

- המבוטח יהיה זכאי לשירותים הכלולים בנספח זה, או לשיפוי בגין הוצאות שהזאנו בגין בפועל, בכפוף לתנאים, להוראות ולסיגים המפורטים להלן, ובכלל שצווו במפורש בפרט הפוליסה, כי נספח זה מתווסף לפוליסה על שם המבוטח והינו בתוקף במועד קבלת השירותים בפועל, ובלאם שהפוליסה אף היא בתוקף במועד קבלת השירותים.
- השירותים הנtinyים על פי נספח זה ניתנים על ידי הספק, שאינו החברה, והם ניתנים בתנאים ובמגבליות המפורטים בנספח זה.
- נספח זה ייחשב לתוכנית נוספת כהגדולה בתנאים הכלולים, בכפוף לתוקפה של הפוליסה אליה נלווה נספח זה והוראות התנאים הכלולים והחריגים של הפוליסה, אליה מצורף נספח זה, חלים עליי, ככל שלא קיימות הוראות סותרות בנספח זה.
- כל האמור בנספח זה בלשון יחיד, משמעו גם בלשון רבים. כוורות הסעיפים כתבו לצורך הנוחות בלבד, ולא תשמשה לצורך פרשנות.

2. הגדרות

- בנוסף להגדרות הכלולות בפוליסה אשר יחולו במלואן על תנאי הכספי, בנספח זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה שבסכום:
- 2.1 "דמי הביטוח"** - הסכומים שעלו בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברת בגין הזכאות לשירותים בנספח זה, כנקוב בפרט הפוליסה.
- 2.2 "החברה"** - אי או ג' ישראל חברה לביטוח בע"מ.
- 2.3 "הספק"** - פמי פרימיום בע"מ או כל גורם אחר מטעמה.
- 2.4 "גיל המבוטח"** - נקבע לפי יום הולדתו הקרוב ביותר ליום תחילת הביטוח, זה שקדם לו או הבא אחריו, והוא יוחשב בשנים שלמות, כפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. שישה חודשים ומעלה יוסיפו לגיל המבוטח שנה אחת.
- 2.5 "השתתפות עצמית"** - סכומים שה מבוטח מחייב לשלם, כתנאי לקבלת השירותים על פי הוראות נספח זה.
- 2.6 "יום עסקים"** - ימים א'-ה', שאינם ימי חג, עבר חג או יום שבתוון.
- 2.7 "ocabotach"** - אדם המבוטח על פי הפוליסה ונספח זה אשר שמו מצוין בפרט כמו' שזכה לקבל שירותים על פי נספח זה.
- 2.8 "המועד הקובל"** - מועד כניסה לתוקף של נספח זה עברו המבוטח, כאמור בפרט הפוליסה.
- 2.9 "המוקד"** - מוקד טלפוני לטיפול בפניות המבוטחים לקבלת השירות ואשר באמצעותו יופנו המבוטחים לנוטרי השירות לשם קבלת השירותים על פי נספח זה ו/או אשר יטפל בהצהרים הכספיים המגיעים למבוטחים על פי נספח זה. מספר הטלפון של המוקד: **03-5688588** והוא ניתן לשינוי ו/או לעדכון בכל עת בכפוף לעדכון המבוטח מראש.
- 2.10 "יועצת הנקה"** - מי שהוסמכת מטעם EBLCE, הגוף הבינלאומי להסמכת יועצות הנקה, לרבות המורשים להסמיר בשם ארגון זה בישראל.

- 2.11 "יעוץ מקוון"** - שיחת יעוץ באמצעות שימוש בטכנולוגיה אינטראקטיבית המעבירת קול ותמונה חזותית באמצעותה ינהל המבוסת שיחה עם הרופא מטעם נתן השירות לצורך קבלת השירותים המפורטים בספק זה.
- 2.12 "מחירון משרד הבריאות"** - מחירון לשירותים רפואיים ומינהליים, הכולל תעריפים אמבולטוריים ותעריפי אשפוז שונים לצורכי התchapנות במערכת הבריאות בישראל, כפי שמתעדכן מעת לעת על ידי משרד הבריאות ומפורסם באתר האינטרנט של משרד הבריאות.
- 2.13 "מפורט הפלישה"** - מסמך המראה חלק בלתי נפרד מפוליטת הביטוח אשר בו מצינים, בין היתר, פרטי המבוסת, סכום דמי הביטוח, המועד הקובל ופרטים נוספים הנוגעים לנספח השירות.
- 2.14 "נותן שירות"** - נותן שירות שב הסכם /או נותן שירות אחר, הכל לפי הקשר הדברים.
- 2.15 "נותן שירות אחר"** - מטפל באחד או יותר מתחומי השירותים, אשר עבר הכשרה לעסוק בתחום הטיפול שבו הוא משתמש כמטפל, המספק שירות מהשירותים המפורטים בספק זה, ואשר אינו נותן שירות שב הסכם.
- 2.16 "נותן שירות שב הסכם"** - מטפל באחד או יותר מתחומי השירותים, אשר עבר הכשרה לעסוק בתחום הטיפול שבו הוא משתמש כמטפל, המספק שירות מהשירותים המפורטים המפורטים בספק זה, ואשר הספק קשור עמו בהסכם תקף במועד פניית המבוסת למוקד לצורך קבלת השירות. **רשימת נתונים השירות מופיעה** באתר הספק ומתחדשת מעת לעת.
- 2.17 "סכום שיפוי מרבי"** - הסכום המרבי שייפה הספק את המבוסת בגין כל שירות בהתאם למפורט לפחות בסעיף 5 של להלן.
- 2.18 "פוליטה"** - פוליטה הביטוח מסווג בריאות, אליה מצורף נספח זה.
- 2.19 "רופא"** - מי שרשי לעסוק ברופאה בישראל לפי פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976, **למעט רופא טרינור ורופא שיניים**.
- 2.20 "רופא מומחה"** - רופא אשר אושר לבידי הרשותות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובcheinות) התשל"ג-1973 ושמו כולל בראשית הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 2.21 "רופא מומחה שב הסכם"** - רופא מומחה שהספק קשור עמו בהסכם תקף במועד פניית המבוסת אליו לצורך קבלת השירות.
- 2.22 "רופא מומחה אחר"** - רופא מומחה שאינו רופא מומחה שב הסכם.
- 2.23 "שירותות" או "שירותים"** - סוג השירותים המפורטים בסעיף 3 לנספח זה, הניתנים בהתאם להוראותיו, חריגיו וסיגיו של נספח זה, כולל או מקצתם, לפי הקשר הדברים.
- 2.24 "שנה"** - תקופה של 12 חודשים קלנדיים רצופים, כאשר השנה הראשונה מתחילה במועד הקובל.
- 2.25 "תקופת האכשלה"** - תקופה המתחילה לגבי כל מבוטה במועד הקובל ונמשכת לפחות כל שירות בהתאם לפרקי הזמן המפורט לגבי בסעיף 5 בנספח זה. נספח זה כולל תקופות אכשלה, שאורכו שונה לשירותים שונים הנכללים בו. **תקופה זו המבוסת עדין אינו זכאי לשירותים על פי נספח זה**. למען הסר ספק, מובהר כי המבוסת וחוי בתשלומים דמי הביטוח בגין התקופת האכשלה. תקופת האכשלה תחול על כל מבוטה פעם אחת בלבד כל עוד נספח זה הינו בתוקף, ותחול מחדש בכל פעם שבה יוצרף המבוסת לנספח זה מחדש, לתקופות שירות בלתי רצופות.

3. השירותים

- סוגי השירותים הכלולים בנספח זה הינם כמפורט להלן:
- 3.1 **חلك א' - שירותי רפואיים**
- 3.1.1 **התיעיצות עם רופא מומחה;**
 - 3.1.2 **בדיקות הדמיה רפואיות אבחנויות;**
 - 3.1.3 **בדיקה סקר מנהלים;**
 - 3.1.4 **בדיקה סקר לגילוי מחלת הסרטן;**
 - 3.1.5 **טיפול פסיכולוגי;**
 - 3.1.6 **שירותי סל הרוון;**
 - 3.1.7 **טיפול פיזיותרפיה והידרותרפיה;**
 - 3.1.8 **אבחון רפואי מהיר;**
 - 3.1.9 **שירותת "מקסימום בריאות"**
- 3.2 **חلك ב' - שירותי רפואיים בלבד שצווין במפרט הפוליסה כי המבוטח רכשrosis cisio לפרק זה.**
- 3.2.1 **תלמידין - ייעוץ רפואי לילדים מקוון;**
 - 3.2.2 **אבחוני קשב, ריכוך ולקיות למדידה;**
 - 3.2.3 **פיתוח מיומנויות למדידה - הוראה מתකנת וקלינאית תקשורת;**
 - 3.2.4 **פיתוח CISIORSIM התחזותיים רגשיים - רכיבה טיפולית, טיפול באמנות;**
 - 3.2.5 **ריפוי בעיסוק;**
 - 3.2.6 **תזונאי לילדים;**
 - 3.2.7 **טיפול בהרטבה;**
 - 3.2.8 **טיפול בעיות שינה;**
 - 3.2.9 **חדר מלאה.**

4. תנאי הנספח

- בכל עניין הקשור בקבלת שירותי על פי נספח זה, על המבוטח לפנות למוקד וכן לפועל בהתאם להוראות המפורשות בנספח זה וכמפורט להלן.
- 4.1 **יובהר, כי שייפוי בגין הוצאות יונtan למobotach על פי נספח זה, רק לגבי השירותים בהם נקבע במפורש בסעיף 5 להלן, כי המבוטח זכאי לקבל החזר הוצאות בגין ביצוע השירותים אצל נוtan שירות אחר, הספק**
- 4.2 **מקומ בו המבוטח זכאי לקבל החזר בגין טיפול אצל נוtan שירות אחר, הספק**
- 4.3 **ישפה את המבוטח אך ורק בגין הוצאות שהוצעו עבור טיפולים שניתנו בפועל.**

5. פירוט השירותים הרפואיים -

חלק א' - שירותי רפואיים

5.1 התיעיצות עם רופא מומחה

- 5.1.1 המבוטח זכאי **עד 4** התיעיצות מומחה בשנה עם רופא מומחה.
- 5.1.2 בחור המבוטח לפנות לרופא מומחה שבחסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך של 90 ש' בגין כל התיעיצות.
- 5.1.3 בחור המבוטח לפנות לרופא מומחה אחר, ישפה הספק את המבוטח בגין התיעיצות עד לסכום השיפוי המרבי המפורט להלן:
- 5.1.3.1 **בגין התיעיצות ראשונה בשנת הביטוח: 80% מההוצאות המשמשות שהוציא המבוטח בפועל בגין התיעיצות ולא יותר מ-750 ש' להתייעצות.**
 - 5.1.3.2 **בגין התיעיצות השניה, הלישית והרביעית בשנת הביטוח: 80% מההוצאות הממשות שהוציא המבוטח בפועל בגין התיעיצות ולא יותר מ-450 ש' להתייעצות.**

5.1.4 מובהר כי דין התיעצות חזרת דין התיעצות מן המניין. דהיינו, התיעצות החזרת תימנה במניין התיעצות לו זכאי המבוטח לקבל על פי סעיף 5.1.1 דלעיל.

5.1.5 המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשלה בת 3 חודשים שתחילה במועד הקובלע.

5.1.6 השירות אינו כולל התיעצות עם רופא משפחה, וכן התיעצות לצורך מתן חוות דעת משפטית לצורך הליכים משפטיים תלויים ועומדים או צפויים.

5.2 בדיקות הדמיה רפואיות אבחנתיות

5.2.1 מבוטח שניתנה לו הפניה בכתב מרופא לבדיקות רפואיות אבחנתיות הכלולות ברשימה של להלן (אחד או יותר) יהיה זכאי לקבלן באמצעות נתן שירותם שבה██ם או לשיפויו בגין על פי המפורט בסעיף זה להלן.

5.2.2 רישימת הבדיקות הרפואיות האבחנתיות כוללת את הבדיקות המפורטוות להלן, **ובבדיקות אלו בלבד:**

5.2.2.1 הדמיה באמצעות טכנולוגיות רנטגן;

5.2.2.2 הדמיה באמצעות אולטרסאונד;

5.2.2.3 הדמיה באמצעות **C.T**;

5.2.2.4 הדמיה באמצעות **P.E.T**;

5.2.2.5 הדמיה באמצעות **M.R.I**;

5.2.2.6 הדמיה באמצעות **M.R.A**;

5.2.2.7 הדמיה באמצעות **M.R.E**;

5.2.2.8 קולונוסקופיה וירטואלית;

5.2.2.9 צנתור וירטואלי;

5.2.2.10 גלויה להראיות המעי הדק.

5.2.3 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירותם שבה██ם ליצוע הבדיקה, ישלם המבוטח לנוטן השירות שבב██ם השתתפות עצמית בשיעור 20% מעלות הבדיקה.

5.2.4 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירות אחר לצורך ביצוע הבדיקה, ישפה הספק את המבוטח בגובה 80% מההוצאות המשמשות שהוציא המבוטח בפועל בגין הבדיקה, ולא יותר מסכום השיפוי המרבי לבדיקה ממפורט להלן:

5.2.4.1 בגין הבדיקות הכלולות בסעיפים 5.2.2.1 ועד 5.2.2.7 - סך של 4,000 ש"ח לכל בדיקה.

5.2.4.2 בגין הבדיקות הכלולות בסעיפים 5.2.2.8 ועד 5.2.2.10 - 4,500 ש"ח לבדיקה.

5.2.5 מבלי לגרוע מהמורע עיל, הסכום לו יהיה זכאי המבוטח (בין לשיפויו המרבי שיישולם במצטבר למבוטח ובין בתשלום ישרوت לנוטן השירות שבב██ם בגין השירותים המפורטים בסעיף 5.2.2.2 לעיל לא עלה על - 11,000 ש"ח לשנה).

5.2.6 עלתה של הבדיקה לצורך קביעת ההשתתפות עצמית שבסעיף לעיל, לצורך קביעת סכומי השיפוי שבסעיף 5.2.4 לעיל ולצורך קביעת סכום השיפוי המרבי לשנה כאמור בסעיף 5.2.5 לעיל תהיה בהתאם למחרונו משרד הבריאות שייהי בתוקף בעת ביצוע הבדיקה.

5.2.7 המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשלה בת 3 חודשים שתחילה במועד הקובלע.

5.3 בדיקת סקר מנהלים

5.3.1 המבוטח יהיה זכאי לבצע **אתן לשנתיים** בבדיקה סקר תקופתי, הכוללת את הבדיקות המפורטוות ברשימה הסגורה של להלן:

בדיקות רופא מקיפה, בדיקות דם ומערכות הכלולות ספירת דם, רמותALKTELITIM, תפקודי כבד וכליות, רמות שומנים בדם (COLSTROL וטריגליקירידים), בדיקת לחץ דם, בדיקת גובה ומשקל, בדיקת דם בצוואה, בדיקת בלוטת הערמוניות (פרוסטטה), בדיקת ראייה ושםעה, בדיקת לחץ חור-עיני, בדיקת תפקודי ריאה, צילום חזה, בדיקת לב - אק"ג, בדיקת לב-במאמצ (ארגומטריה) ופענוח קרדיוולוג מומחה.

- 5.3.2 בסיום הבדיקות המפורטות לעיל אצל נוتن שירות שבהסים, ינתן למבוטח תיק מודפס הכולל המלצות להמשך טיפול וסיכון רפואי.
- 5.3.3 הבדיקות יבוצעו אצל נוتن שירות אחד ובמועד אחד, ככל ניתנת, וחירגה מכך מחייבות אישור מראש ובכתב של הספק.
- 5.3.4 בחור המבוטח לבצע את סקר המנהלים באמצעות נוتن שירות שבהסים,
- 5.3.5 ישלם המבוטח השת��ות עצמית בסך 150 ₪ בעבר בדיקת הסкар.
- 5.3.6 את המבוטח בגין בדיקת הסкар כאמור, בגובה 50% מההוצאות המשניות שהוציאו בפועל בגין בדיקת הסкар ולא יותר מ- 500 ₪.

5.3.6 המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף זה לאחר תקופת אכזרה בת 12 חודשים שתחילתה במועד הקובע.

5.4 בדיקת סקר לגילוי מחלת סרטן

- 5.4.1 המבוטח יהיה זכאי לבצע **את-3-שנים** בבדיקה סקר תקופתי, הכוללת את הבדיקות המפורטות בראשימה שללול:
- 5.4.1.1 מיפוי גורמי סיכון אישיים לפתח סוגי סרטן שונים (בליעו שאלון מובנה).
- 5.4.1.2 בדיקת רופא מומחה בתחום (בין היתר: בדיקת חלל הפה, העור, הערמוניות, בלוטת התannis, האשכים ועוד), מתן יעוץ אישי להפחחת גורמי הסיכון, בדיקת שד על ידי כירורג, בדיקת ממוגרפיה, בדיקת דם בשתן, בדיקה גנטולוגית, בדיקת משטח צואר הרחם (PAP), בדיקת אולטרסאונד וגולני, בדיקת פולימורפיזם בגין של APC DNA המופק מדם פריפרי לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס והחלחולת, בדיקת PSA לגילוי מוקדם של סרטן הערמוני, פגישה עם פסיכולוג לבדיקת הקשר בין היבטים נפשיים למחלה הסרטן, פגישה עם תזונאי לשינוי אורחות חיים.

- 5.4.2 בסיום הבדיקות המפורטות לעיל אצל נוتن שירות שבהסים, ינתן למבוטח תיק מודפס הכולל המלצות להמשך טיפול וסיכון רפואי.
- 5.4.3 הבדיקות יבוצעו אצל נוتن שירות אחד ובמועד אחד, ככל ניתנת, וחירגה מכך מחייבות אישור מראש ובכתב של הספק.
- 5.4.4 בחור המבוטח לבצע את בדיקת הסקר לגילוי הסרטן באמצעות נוتن שירות שבהסים, ישלם המבוטח השת��ות עצמית בסך 350 ₪ בעבר בדיקת הסרטן.

- 5.4.5 בגין המבוטח לבצע את הסקר לגילוי הסרטן אצל נוتن שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בגין בדיקת הסקר כאמור, בגובה 50% מההוצאות המשניות שהוציאו המבוטח בגין בדיקת הסרטן ולא יותר מ- 400 ₪.

5.4.6 המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף זה לאחר תקופת אכזרה בת 3 חודשים שתחילתה במועד הקובע.

5.5 מפגש טיפול עם פסיכולוג בסדר

- 5.5.1 המבוטח יהיה זכאי לסדרה של **עד 12** מפגשים בשנה עם פסיכולוג בכפוף למפורט להלן:

<p>בעבור כל פגישה ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 90 ש".</p> <p>5.5.2</p> <p>השירות ינתן עלי ידי פסיכולוג, שהינו נותן שירותם בלבד ("פסיכולוג בצדך"), וה_mbוטח לא יהיה זכאי לקבל את השירות אצלנו אחר /או לשיפוי או לכל תשלום אחר בגיןו.</p> <p>5.5.3</p> <p>היה והפסיכולוג בהסדר הקרוב ביותר נמצא במרקח העולה על 40 ק"מ ממקום מגורי המבוטח, המבוטח יהיה זכאי לפנות לנוון שירות אחר בכפוף לקבלת אישור הספק מראש ובכתב. במקרה זה, ישפה הספק את המבוטח בגין כל מפגש בגובה 50% מההוצאות המשיות, שהוצאה המבוטח בפועל ולא יותר מ- 80 ש"ח למפגש.</p> <p>5.5.4</p> <p>5.5.5</p> <p>הmbוטח יהיה זכאי לשירות לאחר תקופת אכזרה בת 3 חודשים שתחילה במועד הקובלע.</p>	<p>5.5.2</p> <p>5.5.3</p> <p>5.5.4</p> <p>5.5.5</p>
6. שירותים סל הירiox	
<p>5.6.1</p> <p>mbוטחת הרה תהא זכאית לקבלת שיפוי מאות נוון השירות עבור הוצאות שהוצאו בפועל לבדיקות הירiox, ובדיקות אלו בלבד:</p> <p>5.6.1.1</p> <p>5.6.1.2</p> <p>5.6.1.3</p> <p>5.6.1.4</p> <p>5.6.1.5</p> <p>5.6.1.6</p> <p>5.6.1.7</p> <p>5.6.1.8</p> <p>5.6.1.9</p> <p>5.6.1.10</p> <p>5.6.1.11</p> <p>5.6.1.12</p> <p>5.6.1.13</p> <p>5.6.1.14</p> <p>5.6.1.15</p> <p>5.6.1.16</p> <p>5.6.1.17</p> <p>5.6.1.18</p> <p>5.6.1.19</p> <p>5.6.1.20</p> <p>5.6.1.21</p> <p>5.6.1.22</p> <p>5.6.1.23</p> <p>5.6.1.24</p> <p>5.6.1.25</p> <p>5.6.1.26</p> <p>5.6.1.27</p> <p>5.6.1.28</p> <p>5.6.1.29</p> <p>5.6.1.30</p> <p>5.6.1.31</p> <p>5.6.1.32</p> <p>5.6.1.33</p> <p>5.6.1.34</p> <p>5.6.1.35</p> <p>5.6.1.36</p> <p>5.6.1.37</p> <p>5.6.1.38</p> <p>5.6.1.39</p> <p>5.6.1.40</p> <p>5.6.1.41</p> <p>5.6.1.42</p> <p>5.6.1.43</p> <p>5.6.1.44</p> <p>5.6.1.45</p> <p>5.6.1.46</p> <p>5.6.1.47</p> <p>5.6.1.48</p> <p>5.6.1.49</p> <p>5.6.1.50</p> <p>5.6.1.51</p> <p>5.6.1.52</p> <p>5.6.1.53</p> <p>5.6.1.54</p> <p>5.6.1.55</p> <p>5.6.1.56</p> <p>5.6.1.57</p> <p>5.6.1.58</p> <p>5.6.1.59</p> <p>5.6.1.60</p> <p>5.6.1.61</p> <p>5.6.1.62</p> <p>5.6.1.63</p> <p>5.6.1.64</p> <p>5.6.1.65</p> <p>5.6.1.66</p> <p>5.6.1.67</p> <p>5.6.1.68</p> <p>5.6.1.69</p> <p>5.6.1.70</p> <p>5.6.1.71</p> <p>5.6.1.72</p> <p>5.6.1.73</p> <p>5.6.1.74</p> <p>5.6.1.75</p> <p>5.6.1.76</p> <p>5.6.1.77</p> <p>5.6.1.78</p> <p>5.6.1.79</p> <p>5.6.1.80</p> <p>5.6.1.81</p> <p>5.6.1.82</p> <p>5.6.1.83</p> <p>5.6.1.84</p> <p>5.6.1.85</p> <p>5.6.1.86</p> <p>5.6.1.87</p> <p>5.6.1.88</p> <p>5.6.1.89</p> <p>5.6.1.90</p> <p>5.6.1.91</p> <p>5.6.1.92</p> <p>5.6.1.93</p> <p>5.6.1.94</p> <p>5.6.1.95</p> <p>5.6.1.96</p> <p>5.6.1.97</p> <p>5.6.1.98</p> <p>5.6.1.99</p> <p>5.6.1.100</p> <p>5.6.1.101</p> <p>5.6.1.102</p> <p>5.6.1.103</p> <p>5.6.1.104</p> <p>5.6.1.105</p> <p>5.6.1.106</p> <p>5.6.1.107</p> <p>5.6.1.108</p> <p>5.6.1.109</p> <p>5.6.1.110</p> <p>5.6.1.111</p> <p>5.6.1.112</p> <p>5.6.1.113</p> <p>5.6.1.114</p> <p>5.6.1.115</p> <p>5.6.1.116</p> <p>5.6.1.117</p> <p>5.6.1.118</p> <p>5.6.1.119</p> <p>5.6.1.120</p> <p>5.6.1.121</p> <p>5.6.1.122</p> <p>5.6.1.123</p> <p>5.6.1.124</p> <p>5.6.1.125</p> <p>5.6.1.126</p> <p>5.6.1.127</p> <p>5.6.1.128</p> <p>5.6.1.129</p> <p>5.6.1.130</p> <p>5.6.1.131</p> <p>5.6.1.132</p> <p>5.6.1.133</p> <p>5.6.1.134</p> <p>5.6.1.135</p> <p>5.6.1.136</p> <p>5.6.1.137</p> <p>5.6.1.138</p> <p>5.6.1.139</p> <p>5.6.1.140</p> <p>5.6.1.141</p> <p>5.6.1.142</p> <p>5.6.1.143</p> <p>5.6.1.144</p> <p>5.6.1.145</p> <p>5.6.1.146</p> <p>5.6.1.147</p> <p>5.6.1.148</p> <p>5.6.1.149</p> <p>5.6.1.150</p> <p>5.6.1.151</p> <p>5.6.1.152</p> <p>5.6.1.153</p> <p>5.6.1.154</p> <p>5.6.1.155</p> <p>5.6.1.156</p> <p>5.6.1.157</p> <p>5.6.1.158</p> <p>5.6.1.159</p> <p>5.6.1.160</p> <p>5.6.1.161</p> <p>5.6.1.162</p> <p>5.6.1.163</p> <p>5.6.1.164</p> <p>5.6.1.165</p> <p>5.6.1.166</p> <p>5.6.1.167</p> <p>5.6.1.168</p> <p>5.6.1.169</p> <p>5.6.1.170</p> <p>5.6.1.171</p> <p>5.6.1.172</p> <p>5.6.1.173</p> <p>5.6.1.174</p> <p>5.6.1.175</p> <p>5.6.1.176</p> <p>5.6.1.177</p> <p>5.6.1.178</p> <p>5.6.1.179</p> <p>5.6.1.180</p> <p>5.6.1.181</p> <p>5.6.1.182</p> <p>5.6.1.183</p> <p>5.6.1.184</p> <p>5.6.1.185</p> <p>5.6.1.186</p> <p>5.6.1.187</p> <p>5.6.1.188</p> <p>5.6.1.189</p> <p>5.6.1.190</p> <p>5.6.1.191</p> <p>5.6.1.192</p> <p>5.6.1.193</p> <p>5.6.1.194</p> <p>5.6.1.195</p> <p>5.6.1.196</p> <p>5.6.1.197</p> <p>5.6.1.198</p> <p>5.6.1.199</p> <p>5.6.1.200</p> <p>5.6.1.201</p> <p>5.6.1.202</p> <p>5.6.1.203</p> <p>5.6.1.204</p> <p>5.6.1.205</p> <p>5.6.1.206</p> <p>5.6.1.207</p> <p>5.6.1.208</p> <p>5.6.1.209</p> <p>5.6.1.210</p> <p>5.6.1.211</p> <p>5.6.1.212</p> <p>5.6.1.213</p> <p>5.6.1.214</p> <p>5.6.1.215</p> <p>5.6.1.216</p> <p>5.6.1.217</p> <p>5.6.1.218</p> <p>5.6.1.219</p> <p>5.6.1.220</p> <p>5.6.1.221</p> <p>5.6.1.222</p> <p>5.6.1.223</p> <p>5.6.1.224</p> <p>5.6.1.225</p> <p>5.6.1.226</p> <p>5.6.1.227</p> <p>5.6.1.228</p> <p>5.6.1.229</p> <p>5.6.1.230</p> <p>5.6.1.231</p> <p>5.6.1.232</p> <p>5.6.1.233</p> <p>5.6.1.234</p> <p>5.6.1.235</p> <p>5.6.1.236</p> <p>5.6.1.237</p> <p>5.6.1.238</p> <p>5.6.1.239</p> <p>5.6.1.240</p> <p>5.6.1.241</p> <p>5.6.1.242</p> <p>5.6.1.243</p> <p>5.6.1.244</p> <p>5.6.1.245</p> <p>5.6.1.246</p> <p>5.6.1.247</p> <p>5.6.1.248</p> <p>5.6.1.249</p> <p>5.6.1.250</p> <p>5.6.1.251</p> <p>5.6.1.252</p> <p>5.6.1.253</p> <p>5.6.1.254</p> <p>5.6.1.255</p> <p>5.6.1.256</p> <p>5.6.1.257</p> <p>5.6.1.258</p> <p>5.6.1.259</p> <p>5.6.1.260</p> <p>5.6.1.261</p> <p>5.6.1.262</p> <p>5.6.1.263</p> <p>5.6.1.264</p> <p>5.6.1.265</p> <p>5.6.1.266</p> <p>5.6.1.267</p> <p>5.6.1.268</p> <p>5.6.1.269</p> <p>5.6.1.270</p> <p>5.6.1.271</p> <p>5.6.1.272</p> <p>5.6.1.273</p> <p>5.6.1.274</p> <p>5.6.1.275</p> <p>5.6.1.276</p> <p>5.6.1.277</p> <p>5.6.1.278</p> <p>5.6.1.279</p> <p>5.6.1.280</p> <p>5.6.1.281</p> <p>5.6.1.282</p> <p>5.6.1.283</p> <p>5.6.1.284</p> <p>5.6.1.285</p> <p>5.6.1.286</p> <p>5.6.1.287</p> <p>5.6.1.288</p> <p>5.6.1.289</p> <p>5.6.1.290</p> <p>5.6.1.291</p> <p>5.6.1.292</p> <p>5.6.1.293</p> <p>5.6.1.294</p> <p>5.6.1.295</p> <p>5.6.1.296</p> <p>5.6.1.297</p> <p>5.6.1.298</p> <p>5.6.1.299</p> <p>5.6.1.300</p> <p>5.6.1.301</p> <p>5.6.1.302</p> <p>5.6.1.303</p> <p>5.6.1.304</p> <p>5.6.1.305</p> <p>5.6.1.306</p> <p>5.6.1.307</p> <p>5.6.1.308</p> <p>5.6.1.309</p> <p>5.6.1.310</p> <p>5.6.1.311</p> <p>5.6.1.312</p> <p>5.6.1.313</p> <p>5.6.1.314</p> <p>5.6.1.315</p> <p>5.6.1.316</p> <p>5.6.1.317</p> <p>5.6.1.318</p> <p>5.6.1.319</p> <p>5.6.1.320</p> <p>5.6.1.321</p> <p>5.6.1.322</p> <p>5.6.1.323</p> <p>5.6.1.324</p> <p>5.6.1.325</p> <p>5.6.1.326</p> <p>5.6.1.327</p> <p>5.6.1.328</p> <p>5.6.1.329</p> <p>5.6.1.330</p> <p>5.6.1.331</p> <p>5.6.1.332</p> <p>5.6.1.333</p> <p>5.6.1.334</p> <p>5.6.1.335</p> <p>5.6.1.336</p> <p>5.6.1.337</p> <p>5.6.1.338</p> <p>5.6.1.339</p> <p>5.6.1.340</p> <p>5.6.1.341</p> <p>5.6.1.342</p> <p>5.6.1.343</p> <p>5.6.1.344</p> <p>5.6.1.345</p> <p>5.6.1.346</p> <p>5.6.1.347</p> <p>5.6.1.348</p> <p>5.6.1.349</p> <p>5.6.1.350</p> <p>5.6.1.351</p> <p>5.6.1.352</p> <p>5.6.1.353</p> <p>5.6.1.354</p> <p>5.6.1.355</p> <p>5.6.1.356</p> <p>5.6.1.357</p> <p>5.6.1.358</p> <p>5.6.1.359</p> <p>5.6.1.360</p> <p>5.6.1.361</p> <p>5.6.1.362</p> <p>5.6.1.363</p> <p>5.6.1.364</p> <p>5.6.1.365</p> <p>5.6.1.366</p> <p>5.6.1.367</p> <p>5.6.1.368</p> <p>5.6.1.369</p> <p>5.6.1.370</p> <p>5.6.1.371</p> <p>5.6.1.372</p> <p>5.6.1.373</p> <p>5.6.1.374</p> <p>5.6.1.375</p> <p>5.6.1.376</p> <p>5.6.1.377</p> <p>5.6.1.378</p> <p>5.6.1.379</p> <p>5.6.1.380</p> <p>5.6.1.381</p> <p>5.6.1.382</p> <p>5.6.1.383</p> <p>5.6.1.384</p> <p>5.6.1.385</p> <p>5.6.1.386</p> <p>5.6.1.387</p> <p>5.6.1.388</p> <p>5.6.1.389</p> <p>5.6.1.390</p> <p>5.6.1.391</p> <p>5.6.1.392</p> <p>5.6.1.393</p> <p>5.6.1.394</p> <p>5.6.1.395</p> <p>5.6.1.396</p> <p>5.6.1.397</p> <p>5.6.1.398</p> <p>5.6.1.399</p> <p>5.6.1.400</p> <p>5.6.1.401</p> <p>5.6.1.402</p> <p>5.6.1.403</p> <p>5.6.1.404</p> <p>5.6.1.405</p> <p>5.6.1.406</p> <p>5.6.1.407</p> <p>5.6.1.408</p> <p>5.6.1.409</p> <p>5.6.1.410</p> <p>5.6.1.411</p> <p>5.6.1.412</p> <p>5.6.1.413</p> <p>5.6.1.414</p> <p>5.6.1.415</p> <p>5.6.1.416</p> <p>5.6.1.417</p> <p>5.6.1.418</p> <p>5.6.1.419</p> <p>5.6.1.420</p> <p>5.6.1.421</p> <p>5.6.1.422</p> <p>5.6.1.423</p> <p>5.6.1.424</p> <p>5.6.1.425</p> <p>5.6.1.426</p> <p>5.6.1.427</p> <p>5.6.1.428</p> <p>5.6.1.429</p> <p>5.6.1.430</p> <p>5.6.1.431</p> <p>5.6.1.432</p> <p>5.6.1.433</p> <p>5.6.1.434</p> <p>5.6.1.435</p> <p>5.6.1.436</p> <p>5.6.1.437</p> <p>5.6.1.438</p> <p>5.6.1.439</p> <p>5.6.1.440</p> <p>5.6.1.441</p> <p>5.6.1.442</p> <p>5.6.1.443</p> <p>5.6.1.444</p> <p>5.6.1.445</p> <p>5.6.1.446</p> <p>5.6.1.447</p> <p>5.6.1.448</p> <p>5.6.1.449</p> <p>5.6.1.450</p> <p>5.6.1.451</p> <p>5.6.1.452</p> <p>5.6.1.453</p> <p>5.6.1.454</p> <p>5.6.1.455</p> <p>5.6.1.456</p> <p>5.6.1.457</p> <p>5.6.1.458</p> <p>5.6.1.459</p> <p>5.6.1.460</p> <p>5.6.1.461</p> <p>5.6.1.462</p> <p>5.6.1.463</p> <p>5.6.1.464</p> <p>5.6.1.465</p> <p>5.6.1.466</p> <p>5.6.1.467</p> <p>5.6.1.468</p> <p>5.6.1.469</p> <p>5.6.1.470</p> <p>5.6.1.471</p> <p>5.6.1.472</p> <p>5.6.1.473</p> <p>5.6.1.474</p> <p>5.6.1.475</p> <p>5.6.1.476</p> <p>5.6.1.477</p> <p>5.6.1.478</p> <p>5.6.1.479</p> <p>5.6.1.480</p> <p>5.6.1.481</p> <p>5.6.1.482</p> <p>5.6.1.483</p> <p>5.6.1.484</p> <p>5.6.1.485</p> <p>5.6.1.486</p> <p>5.6.1.487</p> <p>5.6.1.488</p> <p>5.6.1.489</p> <p>5.6.1.490</p> <p>5.6.1.491</p> <p>5.6.1.492</p> <p>5.6.1.493</p> <p>5.6.1.494</p> <p>5.6.1.495</p> <p>5.6.1.496</p> <p>5.6.1.497</p> <p>5.6.1.498</p> <p>5.6.1.499</p> <p>5.6.1.500</p> <p>5.6.1.501</p> <p>5.6.1.502</p> <p>5.6.1.503</p> <p>5.6.1.504</p> <p>5.6.1.505</p> <p>5.6.1.506</p> <p>5.6.1.507</p> <p>5.6.1.508</p> <p>5.6.1.509</p> <p>5.6.1.510</p> <p>5.6.1.511</p> <p>5.6.1.512</p> <p>5.6.1.513</p> <p>5.6.1.514</p> <p>5.6.1.515</p> <p>5.6.1.516</p> <p>5.6.1.517</p> <p>5.6.1.518</p> <p>5.6.1.519</p> <p>5.6.1.520</p> <p>5.6.1.521</p> <p>5.6.1.522</p> <p>5.6.1.523</p> <p>5.6.1.524</p> <p>5.6.1.525</p> <p>5.6.1.526</p> <p>5.6.1.527</p> <p>5.6.1.528</p> <p>5.6.1.529</p> <p>5.6.1.530</p> <p>5.6.1.531</p> <p>5.6.1.532</p> <p>5.6.1.533</p> <p>5.6.1.534</p> <p>5.6.1.535</p> <p>5.6.1.536</p> <p>5.6.1.537</p> <p>5.6.1.538</p> <p>5.6.1.539</p> <p>5.6.1.540</p> <p>5.6.1.541</p> <p>5.6.1.542</p> <p>5.6.1.543</p> <p>5.6.1.544</p> <p>5.6.1.545</p> <p>5.6.1.546</p> <p>5.6.1.547</p> <p>5.6.1.548</p> <p>5.6.1.549</p> <p>5.6.1.550</p> <p>5.6.1.551</p> <p>5.6.1.552</p> <p>5.6.1.553</p> <p>5.6.1.554</p> <p>5.6.1.555</p> <p>5.6.1.556</p> <p>5.6.1.557</p> <p>5.6.1.558</p> <p>5.6.1.559</p> <p>5.6.1.560</p> <p>5.6.1.561</p> <p>5.6.1.562</p> <p>5.6.1.563</p> <p>5.6.1.564</p> <p>5.6.1.565</p> <p>5.6.1.566</p> <p>5.6.1.567</p> <p>5.6.1.568</p> <p>5.6.1.569</p> <p>5.6.1.570</p> <p>5.6.1.571</p> <p>5.6.1.572</p> <p>5.6.1.573</p> <p>5.6.1.574</p> <p>5.6.1.575</p> <p>5.6.1.576</p> <p>5.6.1.577</p> <p>5.6.1.578</p> <p>5.6.1.579</p> <p>5.6.1.580</p> <p>5.6.1.581</p> <p>5.6.1.582</p> <p>5.6.1.583</p> <p>5.6.1.584</p> <p>5.6.1.585</p> <p>5.6.1.586</p> <p>5.6.1.587</p> <p>5.6.1.588</p> <p>5.6.1.589</p> <p>5.6.1.590</p> <p>5.6.1.591</p> <p>5.6.1.592</p> <p>5.6.1.593</p> <p>5.6.1.594</p> <p>5.6.1.595</p> <p>5.6.1.596</p> <p>5.6.1.597</p> <p>5.6.1.598</p> <p>5.6.1.599</p> <p>5.6.1.600</p> <p>5.6.1.601</p> <p>5.6.1.602</p> <p>5.6.1.603</p> <p>5.6.1.604</p> <p>5.6.1.605</p> <p>5.6.1.606</p> <p>5.6.1.607</p> <p>5.6.1.608</p> <p>5.6.1.609</p> <p>5.6.1.610</p> <p>5.6.1.611</p> <p>5.6.1.612</p> <p>5.6.1.613</p> <p>5.6.1.614</p> <p>5.6.1.615</p> <p>5.6.1.616</p> <p>5.6.1.617</p> <p>5.6.1.618</p> <p>5.6.1.619</p> <p>5.6.1.620</p> <p>5.6.1.621</p> <p>5.6.1.622</p> <p>5.6.1.623</p> <p>5.6.1.624</p> <p>5.6.1.625</p> <p>5.6.1.626</p> <p>5.6.1.627</p> <p>5.6.1.628</p> <p>5.6.1.629</p> <p>5.6.1.630</p> <p>5.6.1.631</p> <p>5.6.1.632</</p>	

5.6.5.3 בחרה המבוצחת לפנות לנוטן שירות אחר, ישפה הספק את המבוצחת בגין כל מגש בשיעור 50% מההוצאות המשניות שהוציאה המבוצחת בפועל, ולא יותר מ- 50 ש' לכל מגש.

5.6.6 המבוצחת תהיה זכאי לשירותים המנויים בסעיפים 5.6.1 עד 5.6.6 לעיל לאחר תקופת אכשרה בת 12 חודשים שתחילתה במועד הקובל.

5.7 טיפול פיזיותרפיה והידורתרפיה

5.7.1 מבוטח שניתנה לו הפנה בכתב מרופא לביצוע הטיפולים האמורים, יהיה זכאי לקבלת **עד 16 טיפול פיזיותרפיה ו/או הידורתרפיה (טיפול במים)** בשונה בכפוף למפורט להלן:

5.7.1.1 בחר המבוצחת לפנות לנוטן שירות שבהסכם, ישלם המבוצחת השתתפות עצמית בסך 40 ש' לטיפול.

5.7.1.2 בחר המבוצחת לפנות לנוטן שירות אחר, ישפה הספק את המבוצחת בגין 50% מההוצאות המשניות שהוציא ולא יותר מ- 120 ש' לטיפול.

5.7.2 המבוצחת תהיה זכאי לשירותים על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשרה בת 3 חודשים שתחילתה במועד הקובל.

5.8 שירותי "מקסימום בריאות"

5.8.1 המבוצחת זכאי לשירות מידע טלפוני אובייקטיבי לימוש זכויות באמצעות המוקד, בהקשר לבעה הרפואית ממנה הוא סובל:

5.8.1.1 מתן מידע לגבי כיסויים הקיימים במסגרת קופת החולים בה חבר המבוצחת;

5.8.1.2 מתן מידע לגבי הciesויים הקיימים במסגרת הביטוח המשלים (شب"ז) בה מבוטח המבוצחת;

5.8.1.3 מתן מידע לגבי הciesויים הקיימים במסגרת הזכויות המגיעות מביטוח לאומי.

5.8.2 למען הסר ספק, הייעוץ הנינתן אינו ייעוץ משפטי ו/או רפואי. אין ולא תהיה לחברה ו/או לספק כל אחראיות משפטית בגין מסירת המידע בעניין זה.

5.8.3 השירותים ינתנו במסגרת מוקד ייעודי של הספק בלבד והמבוצחת לא יהיה זכאי לשירותים אלו אצל נוטן שירות אחר ו/או לשיפוי או כל תשלום אחר בגיןם.

5.8.4 השירות על פי סעיף זה יינתן ללא הגבלה של מספר הפניות מצד המבוצחת ואין כורך בתשלום השתתפות עצמית.

5.8.5 השירותים המפורטים בסעיף זה אינם כפויים לתקופת אכשרה.

5.9 שירותי אבחון רפואי מהר

המבוטח יהיה זכאי לשירותי אבחון רפואי מהיר כמפורט להלן:

5.9.1 שירותי אבחון רפואי ראשון - המבוטח יהיה זכאי ליעוץ רפואי ראשוני עם רופא מומחה שבהסכם בלבד (להלן: **"הרופא המייעץ"**), במסגרתו יהיה זכאי לקבלת מידע והכוונה רפואי על מצבו הרפואי וביצוע אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בלבד, וזאת בכפוף לשיקול דעתו של הרופא המייעץ:

- (א) בדיקות מעבדה - דגימות דם (ליקחת דם וורייד בלבד) ודגימות שתן;
- (ב) בדיקות אבחנתיות - ביצוע בדיקת רנטגן ו/או בדיקת הדמיה באמצעות אולטרסאונד.

5.9.1.1 השירות ינתן בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך 150 ש' לשירות הכלול ייעוץ ובדיקות.

5.9.1.2 בסיום הייעוץ הרפואי וקבלת ממצאי הבדיקות, ינתן למבוטח סיכום ייעוץ הכלול אבחון מצבו הרפואי ו/או המלצות להמשך בירור המקרה הרפואי.

<p>5.9.1.3 השירות ינתן תוך 3 ימי עסקים מרוגע פנית המבוטח למוקד של הספק.</p> <p>על אף האמור, מובהר כי השירותים הבוחנים רפואיים לא יכולו אבחן פסיכיאטר ו/או אבחן של מחלות נפש ו/או אבחן של הפרעות נפש, אבחן הפרעות קשב וריכוז, אבחן מצביים רפואיים בתחום רפואת הילדים ו/או הפה והלסת, בדיקות ופואיות אבחנותיות המ被执行人ות להירון ו/או לידה ו/או לפרין ו/או לעקרות ואבחן גינקולוגי.</p>	<p>5.9.1.4 על אף האמור, מובהר כי השירותים הבוחנים רפואיים לא יכולו אבחן פסיכיאטר ו/או אבחן של מחלות נפש ו/או אבחן של הפרעות נפש, אבחן הפרעות קשב וריכוז, אבחן מצביים רפואיים בתחום רפואת הילדים ו/או הפה והלסת, בדיקות ופואיות אבחנותיות המ被执行人ות להירון ו/או לידה ו/או לפרין ו/או לעקרות ואבחן גינקולוגי.</p>
5.9.2 שירות אבחן רפואי מוקן	
<p>המבוטח יהיה זכאי לשיחת יעוץ עם רופא מומחה שביחסם בלבד וביצוע אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בלבד ועל פי המלצת הרופא המומחה שביחסם לצורך אבחן רפואי והמשר בירור מצבו הרפואי.</p> <p>שיחת יעוץ עם רופא מומחה במגון רחב של התמחויות (הרופא המיעוץ) בכפוף לבעה הרפואית מנתה סובל המבוטח.</p> <p>ביצוע בדיקות אבחנותיות אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בלבד, וזאת בכפוף להמלצות הרופא המיעוץ כאמור לעיל:</p>	<p>5.9.2.1 (א) הדמיה באמצעות T.C.; (ב) הדמיה באמצעות T.C. P.E.T.; (ג) הדמיה באמצעות A.M.R.; (ד) הדמיה באמצעות E.M.R.; (ה) הדמיה באמצעות I.M.R.; (ו) בדיקת מגנוגרפיה; (ז) צנתרו וירטואלי; (ח) קולונוסקופיה וירטואלית; (ט) אקו לב; (י) ביופסיה שד.</p>
<p>בסיום היישוץ הרפואי וקבלת ממוצאי הבדיקות האבחנותיות אשר בוצעו על ידי המבוטח, ינתן למברשת סיכום יעוץ הכלול אבחן מציבו הרפואי והמלצות להmarsר טיפול במצבו הרפואי.</p>	<p>5.9.2.3 השירות ינתן תוך 3 ימי עסקים מרוגע פנית המבוטח בהיסכם.</p>
<p>השירות ינתן בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך 500 ש"ח לשירות הכלול יעוץ ובדיקות. במקורה של ביופסיה שד תשלום תוספת השתתפות עצמית של 320 ש"ח.</p>	<p>5.9.2.4 השירות ינתן בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך 500 ש"ח לשירות הכלול יעוץ ובדיקות. במקורה של ביופסיה שד תשלום תוספת השתתפות עצמית של 320 ש"ח.</p>
<p>במידה שתידרשנה בדיקות כאמור בסעיף 5.9.2.2, סיכום הרופא מטעם הספק לאחת או יותר מהמלצות הרופא הממוורת בהיסכם.</p>	<p>5.9.2.5 השירות ינתן בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך 500 ש"ח ינתן בתוך 4 ימי עסקים ממועד קבלת תוצאות הבדיקה האחונה הנדרשת.</p>
5.9.2.6 השירותים המפורטים בסעיפים 5.9.1 - 5.9.2 לעיל, ינתנו בתום תקופה אפשרה בת 3 חודשים מהמועד הקבע.	
חלק ב' – פירוט השירותים רפואיים לילדים	
יודגש, כי השירותים הרפואיים המנויים בחלק ב' לנספח זה ניתנים לילדים בלבד, שגילם אינו עולה על 21 שנה.	
5.10 התיעצות רפואיים טלפונית/יעוץ רפואי מוקן (וידאו צ'ט) עם רופא ילדים.	
<p>המבוטח יהיה זכאי להתייעצויות מוקדמות עם רופא ילדים כמפורט להלן:</p> <p>השירות ינתן באמצעות רופא מטעם הספק שהוא נתן שירות שביחסם עד 90 דקות ממועד פנית המבוטח למוקד. mobasher ci המבוטח אינו זכאי</p>	<p>5.10.1 השירות ינתן באמצעות רופא מטעם הספק שהוא נתן שירות שביחסם עד 90 דקות ממועד פנית המבוטח למוקד. mobasher ci המבוטח אינו זכאי</p>

לקבלת שירות ייעוץ על פי נספח זה מומחה אחר /או לשיפוי או לכל תשלום אחר בגיןו.

- במקרה שהمبוטח יבקש לבטל את שיחת הייעוץ המקורי אשר נקבעה לו, יודיע על כך המבוטח למועד באופן מיידי.
- השירות ינתן ללא הגבלה של מספר הפניות / או תקופת המתנה / או תשלום השתתפות עצמית מצד המבוטח.
- השירות ינתן במועדים המפורטים להלן בלבד:
- 5.10.4.1 בכל יום, לפחות יומם כיפור: החל מהשעה 00:00 בערב ועד לשעה 00:07 בבוקר למחרת.
- 5.10.4.2 ביום כיפור החל משעתה מזאת החג ועד לשעה 00:07 בבוקר למחרת.
- 5.10.5 הרופא המומחה שב הסכם רשי, לפי שיקול דעתו וambil' שתישמע כל טענה כנגדו להודיע למבוטח כי הניסיות אין מתאימות למתח הייעוץ המקורי. וכי הוא ממלייך למבוטח לפנות למטפל אשר יפגש עמו פנים מול פנים. בכל מקרה של בעיה דחופה, מצב חירום רפואי, או מצב של מצקה (גופנית או نفسית) על המבוטח לפנות באופן מיידי לקבלת טיפול רפואי אצל גורם אחר רלוונטי לרבות שירותי רפואי דחופה.
- 5.10.6 המידע הרפואי /או הייעוץ הרפואיים שיינטנו במסגרת נספח זה, הינם שירותי הנינתנים בהסתמך על המידע הנמסר על-ידי המבוטח /או הורי המבוטח כתין במהלך הייעוץ המקורי, ובהתבסס על מידע זה בלבד.
- 5.10.7 בתום שיחת הייעוץ המקורי עם הרופא המומחה כאמור לעיל, קיבל הרפואי המבוטח או הורי המבוטח (למבחן כתין), סיכום ייעוץ באמצעות דוא"ל /או פקס /או כל אמצעי אלקטטרוני אחר ובמידת הצורך, אחת או יותר מהמלצות המפורטות להלן והכל בהתאם לצורך ולמקרה הרפואי שבגינו פנה המבוטח לקבל השירות:
- 5.10.7.1 מרשם לצורך רכישת תרופה לטיפול בבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח.
- 5.10.7.2 הפניה לבית חולים או מוקד לשירותי רפואי דחופה.
- 5.10.7.3 המלצה להמשך טיפול אצל רפואי ילדים או רפואי אחר.
- 5.10.8 השירותים אינם כוללים את עלות הביקור /או האשפוז בבית חולים / או התרופות /או כל הוצאות רפואיות אחרות מלבד הייעוץ, בנוסף, הייעוץ אינו כולל מתן חוות דעת לצרכי הלין משפטינו צפוי או תליי ועומד.**
- 5.10.9 המבוטח מודע לכך שאין בייעוץ המקורי כדי להווות תחליף לבדיקה ואינו רשאי רפואי מלא על ידי צוות רפואי בהתאם לצורכי.
- 5.10.10 סודיות רפואית**
- 5.10.10.1 המבוטח מודע לכך כי עליו לוודאי, כי פניותו נעשית באמצעות תקשורת מאובטחת ואם לא יעשה כן, המידע שמהולך עלול להיות חשוף. ביחסם כל שימוש, על המבוטח מוטלת האחריות הבלתי הבלתי להסיר מהאמצעי בו השתמש (מחשב /או מכשיר טלפון סלולרי) את המידע ו/או נתוני הדיזיין וכן כל נתן אחר אשר עלול לאפשר חשיפה של המידע למי שאינו מורשה לכך. המבוטח מודע לכך שעליו לדאוג לשמרות המידע הרפואי אותו הוא מסור וכן לכך שלא יחשוף לעינייהם של אחרים אשר עשויים להיות עמו בחדר ו/או להימצא בקרבתו ו/או אשר עשויים להינסס למידע המידע וכי מניעת כל חשיפה של מידע כאמור הינה באחריותו המלאה.
- 5.10.10.2

5.11 אבחון וייעוץ דידקטיבי

- 5.11.1 המבוטח יהיה זכאי לקבלת שירותים אבחון וייעוץ דידקטיבי במרפאות המוסמכות למתקן שירותים אלה (להלן: **"אבחון דידקטיבי"**).
- 5.11.2 המבוטח יהיה זכאי לקבלת **עד 3** אבחונים דידקטיביים בכל התקופה בה נספח זה יהיה בתוקף.
- 5.11.3 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירותים בהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 450 ₪ בגין כל אבחון דידקטיבי.
- 5.11.4 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל אך לא יותר מ- 500 ₪ לכל אבחון דידקטיבי.
- 5.11.5 בהתאם למבצע שבסע' 1, ניתן השירות שבהסכם, תתקיים שיחת סיכום עם המבוטח וישלח אליו דוח מסכם הכלול המלצות להמשך טיפול.
- 5.11.6 מובהר, כי דין אבחון חוזר כדי אבחן מן המניין הנמנית לצורכי סעיף 2 דלעיל.
- 5.11.7 המבוטח יהיה זכאי לאבחון דידקטיבי על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשורה בת 6 חודשים מהמועד הקבוע.**

5.12 אבחון וייעוץ פסיקו-דידקטיבי

- 5.12.1 המבוטח יהיה זכאי לקבלת שירותים אבחון וייעוץ פסיקו-דידקטיבי, המשלב בדיקה דידקטית ופסיכולוגית, במרפאות המוסמכות למתקן שירותים אלה (להלן: **"אבחון פסיקו-דידקטיבי"**).
- 5.12.2 המבוטח יהיה זכאי לקבלת **עד 3** אבחונים פסיקו-דידקטיביים בכל התקופה בה נספח זה יהיה בתוקף.
- 5.12.3 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירותים בהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 1,100 ₪ בגין כל אבחון פסיקו-דידקטיבי.
- 5.12.4 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 75% מההוצאות שהוציא בפועל אך לא יותר מ- 1,000 ₪ לכל אבחון פסיקו-דידקטיבי.
- 5.12.5 בהתאם למבצע שבסע' 1, ניתן השירות שבהסכם, תתקיים שיחת סיכום עם המבוטח וישלח אליו דוח מסכם הכלול המלצות להמשך טיפול.
- 5.12.6 מובהר, כי דין אבחון חוזר כדי אבחן מן המניין הנמנית לצורכי סעיף 2 דלעיל.
- 5.12.7 המבוטח יהיה זכאי לאבחון פסיקו-דידקטיבי על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשורה בת 6 חודשים מהמועד הקבוע.**

5.13 אבחון וייעוץ בהפרעות קשב ורכיב (מבחן TOVA):

- 5.13.1 המבוטח יהיה זכאי לקבלת אבחון ובדיוקות ממוחשבות מסוג **TOVA** (להלן: **"אבחוני TOVA"**).
- 5.13.2 המבוטח יהיה זכאי לקבלת **עד 3** אבחוני **TOVA** בכל התקופה בה נספח זה יהיה בתוקף.
- 5.13.3 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירותים בהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 250 ₪ בגין כל אבחון.
- 5.13.4 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 80% מההוצאות שהוציא בפועל אך לא יותר מ- 300 ₪ לכל אבחון.
- 5.13.5 מובהר, כי דין אבחון חוזר כדי אבחן מן המניין הנמנית לצורכי סעיף 2 דלעיל.
- 5.13.6 המבוטח יהיה זכאי לאבחון הפרעות קשב ורכיב על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשורה בת 6 חודשים מהמועד הקבוע.**

- 5.14 אבחון וייעוץ בהפרעות קשבר ורכיבוד (BRC)**
- 5.14.1 המבוטח יהיה זכאי לקבלת אבחון ובידיקות ממוחשבות מסוג **BRC** (להלן: "אבחוני BRC").
 - 5.14.2 המבוטח יהיה זכאי לקבלת **עד 3** אבחוני **BRC** בכל התקופה בה נספח זה יהיה בתוקף.
 - 5.14.3 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירות במסמך, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 250 ₪ בגין כל אבחון.
 - 5.14.4 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 80% מההוצאות שהוציא בפועל אך לא יותר מ- 500 ₪ לכל אבחון.
 - 5.14.5 מובהר כי דין אבחון חוזר בדיון אבחון מן המניין הנמינה לצורכי סעיף דלעיל.
- 5.14.6 המבוטח יהיה זכאי לאבחן הפרעות קשבר ורכיבוד על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשורה בת 6 חודשים מהמועד הקובלע.**
- 5.15 אבחון וייעוץ בהפרעות קשבר ורכיבוד (MOXO)**
- 5.15.1 המבוטח יהיה זכאי לקבלת אבחון ובידיקות ממוחשבות מסוג **MOXO** (להלן: "אבחוני MOXO").
 - 5.15.2 המבוטח יהיה זכאי לקבלת **עד 3** אבחוני **MOXO** בכל התקופה בה נספח זה יהיה בתוקף.
 - 5.15.3 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירות במסמך, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 250 ₪ בגין כל אבחון.
 - 5.15.4 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 80% מההוצאות שהוציא בפועל אך לא יותר מ- 500 ₪ לכל אבחון.
 - 5.15.5 מובהר כי דין אבחון חוזר בדיון אבחון מן המניין הנמינה לצורכי סעיף דלעיל.
- 5.15.6 המבוטח יהיה זכאי לאבחן הפרעות קשבר ורכיבוד על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשורה בת 6 חודשים מהמועד הקובלע.**
- 5.16 פיתוח מימוניות למים - הוראה מתකנת/קלינאי תקשורת**
- 5.16.1 המבוטח יהיה זכאי לקבלת סדרה של **עד 15** טיפולים בשנה המקיים מימון מיניות למים, שפה או תקשורת הנינתנים על ידי מורה מוסמך להוראה מתקנת או קלינאי תקשורת.
 - 5.16.2 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירות במסמך, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 40 ₪ בגין כל טיפול.
 - 5.16.3 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 80% מההוצאות שהוציא בפועל אך לא יותר מ- 75 ₪ לטיפול.
 - 5.16.4 מובהר כי דין טיפול חוזר בדיון טיפול מן המניין הנמינה לצורכי סעיף 1 דלעיל.
- 5.16.5 המניין יהיה זכאי לטיפולים על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשורה בת 6 חודשים מהמועד הקובלע.**
- 5.17 פיתוח CISORIM התפתחותיים ורגשיים**
- 5.17.1 המבוטח יהיה זכאי לקבל אחד או יותר מהטיפולים המפורטים להלן בלבד בתנאי שניתנו על פי הפניה מראש של רופא מומחה להתפתחות הילד או ניירולוג או רופא ילדים או מכון להתפתחות הילד:
 - 5.17.1.1 רכיבה טיפולית;
 - 5.17.1.2 טיפול ביצירה (אמנות).
 - 5.17.2 המבוטח יהיה זכאי לקבלת **עד 20** טיפולים בסך הכל בmonths בשנה, בין שיקבל טיפולים מנוטני שירות בתחום אחד מתחומי השירותים המפורטים

- לעיל ובין שיקבל טיפול משולב מכמה גנותני שירותים בכמה תחומיים המפורטים בסעיף 5.17.1.
- 5.17.3 מובהר, כי דין טיפול חוזר כדי טיפול מן המניין הנמנית לצורך סעיף 5.17.2 דלעיל.
- 5.17.4 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירותים בהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 50 ₪ בגין כל טיפול.
- 5.17.5 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 75% מההוצאות שהוציא בפועל אך לא יותר מ- 200 ₪ לכל טיפול.
- 5.17.6 על אף האמור בסעיף 5.17.5, לעיל, גובה החזר המקסימלי לו יהיה זכאי המבוטח לשנת ביטוח אחת, לא עיליה על 2,000 ₪.
- 5.17.7 השירותים יכולים להינתן במסגרת טיפול קבוע או טיפול אישי, על פי שיקול דעתו המקצועי של גנותן השירות בפועל.
- 5.17.8 המבוטח יהיה זכאי לטיפולים על פי סעיף קטן זה לאחר תקופת אכשרה בת 3 חודשים מהמועד הקובלע.**
- 5.18 טיפול באמצעות מרפא בעיסוק**
- 5.18.1 המבוטח יהיה זכאי לקבالت סדרה של **עד 12** מגשי טיפול בשנה, עם מרפא בעיסוק כמפורט להלן.
- 5.18.2 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירות שבהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך של 50 ₪ בגין כל טיפול.
- 5.18.3 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 75% מעלות הטיפול בפועל אך לא יותר מ- 120 ₪ לטיפול.
- 5.18.4 המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשרה בת 3 חודשים מהמועד הקובלע.**
- 5.19 פגישות יעוץ עם תזונאי**
- 5.19.1 המבוטח יהיה זכאי לקבالت **עד 10** פגישות יעוץ בשנה עם תזונאי.
- 5.19.2 בחור המבוטח לפנות לתזונאי ילדים שבהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך של 50 ₪ בגין כל פגישה התהייעצות.
- 5.19.3 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 50% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין התהייעצות ולא יותר מ- 110 ₪ להתייעצות.
- 5.19.4 המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף קטן זה לאחר תקופת אכשרה בת 3 חודשים מהמועד הקובלע.**
- 5.20 טיפול בבעיות הרטבה**
- 5.20.1 המבוטח יהיה זכאי לקבالت **עד 12** מגשים בשנה לאבחן, ליעוץ ולטיפול בעיות הרטבה.
- 5.20.2 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירות שבהereum, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 75 ₪ בגין כל מגש.
- 5.20.3 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 50% מההוצאות שהוציא בפועל אך לא יותר מ- 120 ₪ לכל מגש.
- 5.20.4 השירותינו כול הוצאות של המבוטח בגין רכישת אביזרים שנוטן השירות המלא עליהם לצורך הטיפול.**
- 5.20.5 מובהר, כי דין התהייעצות חוזרת כדי התהייעות מן המניין הנמנית לצורך סעיף 5.20.1 לעיל.
- 5.20.6 המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשרה בת 3 חודשים מהמועד הקובלע.**

5.21 אבחון ויעוץ בבעיות שינה

5.21.1 המבוטח זכאי להחזר בגין **פגישה אחת** בשנה עם מטפל המתמחה באבחן אויתור בעיות שינה בקרב ילדים.

5.21.2 שירות זה ינתן על ידי נוות שירות אחר בלבד.

5.21.3 בגין קבלת השירות ישפה הספק את המבוטח בגין הוצאות שהוציא בפועל אך לא יותר מ - 420 ₪ לפגישה.

5.21.4 המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשורה בת 6 חודשים מהמועד הקובלע.

5.22 טיפול בחדר מלך לצורך רפואי

5.22.1 המבוטח יהא זכאי לקבל **עד 10** טיפולים בחדר מלך בשנה.

5.22.2 השירות ינתן בכפוף להפניה מרופא מומחה הממליץ על הטיפול עקב בעית אסתמה ו/או מחלת כרונית של המבוטח.

5.22.3 בחור המבוטח מקבל שירות אצלנו שירות שבהסכם, ישלם השתתפות עצמית בסך 40 ₪ לטיפול.

5.22.4 בחור המבוטח לפנות לנוות שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 50% מעלות הטיפול אך לא יותר מ - 80 ₪ לטיפול.

5.22.5 מובהר, כי דין טיפול חוזר כדין טיפול מן המניין הנמינה לצורך סעיף 1 לעיל.

5.11.6 הדכואות לקבלת שירות על פי סעיף זה תינתן לאחר תקופת אכשורה בת 3 חודשים מהמועד הקובלע.

6. אופן קבלת השירותים

6.1 מבוטח הזכאי לקבל שירות על פי נספח זה יפנה טלפונית למועד, יודעה בשםנו ויצין את כתובתו, את מספר הטלפון שבו ניתן להציגו ופרטים נוספים הקשורים לממתן השירות ולמצב הרפואי שבגינו המבוטח נזקק לשירות, ככל שייתבקש. המוקד היא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביוםמה, למעט ביום היכיפורים, החל מערב ים היכיפורים בשעה 14:00 ועד מוצאי ים היכיפורים, שעתים לאחר סיום הצום.

6.2 לשם מתן השירות, ימסור המבוטח למועד /או לנוות השירות, לפי העניין, את מלאה המידע הרפואי הידוע לו, כפי שידרשו ממנו המוקד /או>No נתן השירות, לפי העניין. בכלל זה יעביר המבוטח לשפק, באופן ישירו לה מוקד, את ההפניה בכתב מהרופא לקבלת השירות בשל מצבו הרפואי כאמור בכל אחד מסעיפי השירות מעלה.

6.3 על המבוטח להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמוו ועל חשבונו. קבלת השירותים מותנית בהצגת תעודה מזהה לנוות השירות.

6.4 בסיום כל טיפול אצלנו שירות שבהסכם, יחתום המבוטח על ספח ביקורת המאשר את קבלת השירות.

6.5 השירות ינתן בשתיי מדינות ישראל בלבד או בשתיים המוחזקים הנמצאים בשליטת ישראל.

6.6 אם יבקש מבוטח לבטל את פניותיו לקבלת שירות על ידינו שירות שבהסכם על פי נספח זה, עליו להודיע על כך למועד באופן מיידי ולא פחות מ- 12 שעות בטרם מועד הטיפול. מובהר, כי אם לא יודיע המבוטח על הביטול כאמור, ייחשב כאלו מימוש את אותו שירות לכל דבר ועניין, לרבות לעניין השתתפות העצמית ולענין הדכואות למספר מסוים של טיפולים.

6.7 בפניה לנוות שירות אחר (שאינו בהסכם), תשלום סכום ההחזר הכספי למבוטח וועבר תוך פרק זמן של עד 30 ימים מיום מסירת המסמכים הנדרשים לשפק.

תשלום סכום ההזור הכספי למכوطה יתבצע כנגד מסירת חשבונית על תשלום בעבור הטיפול, לנוכח השירות الآخر. במקורה בו מסר המכוטה את החשבונית המקורית לגרום אחר, יצירף הסבר למי נשלחה החשבונית המקורית עם אישור של הגוף שלו נמסרה החשבונית המקורית ופירוט סכום הכספי שהמכוטה קיבל מאותו גוף בגין אותה חשבונית, או ביצירוף הסבר למי נמסרה החשבונית המקורית וכן פירוט הסיבה לכך שאינו יכול להמציאה. העברת החשבונית לידי הספק תיעשה באמצעות דואר אלקטרוני או דואר רגיל- לפי בחרת המכוטה.

7. קבלת השירותים בעת שירות צבאי

בעת השירות הצבאי (סדיר, מילאים או קבוע), חלות על המכוטה הוראות הצבא והנוחותי, המשתנות מעט לעומת העולות להגביל / או למנוע מהמכוטה (חייב), בעת השירות הצבאי, קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשילך על מימוש הזכויות המגיעות למכוטה בהתאם לנסיבות זה. המידע בדבר הוראות הצבא והנוחותי, המשתנות מעט כאמור לעיל, מצוי אצל רשות הצבא. בכל מקרה שבו המכוטה נמצא בשירות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנוחות אלה.

8. הצהרות, אחريות והתחייבויות הספק

- 8.1 הספק מצהיר, כי הוא בעל הידע, הניסיון, המימון והיכולת למקרה עתידי, הכוונים, המשאים, האמצעים, כוח האדם, הצדוק והחומרם, הנדרשים לביצוע התחייבותיו על פי נספח זה.
- 8.2 הספק מתחייב להתקשר עם נתני שירות בהסכם שהינם בעלי מקצוע מתאימים, מיומנים וROLONGNTIYS ל█████ השירות.
- 8.3 הספק יבחן מעט לעת, את רמת השירות של נתני השירות שבהסכם ויסיע, ככל שניתן, בטיפול בכל מחלוקת שתתעורר בין המבוסחים לבין נתני השירות שבהסכם בקשר לשירותים המפורטים בספח זה.
- 8.4 מובהר כי החברה אינה המעסיקה של הספק, והחברה והספק אינם המעסיקים של נתני השירות.
- 8.5 החברה / או הספק אינם אחראים במקרה של פגיעה בפעולות הספק או בחלקו שימושו ממנה עקב מלמה, היפיכה, סכסוך עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק.
- 8.6 מבלי לגורען מן האמור לעיל, החברה והספק לא יהיו אחראים עבור הוצאות שהוצעו מובטח בעבור שירות החורג מהשירותים המפורטים בספח.
- 8.7 יובהר כי העברת מידע רפואי על המכוטה לנוכח השירות אינה מהוות קבלה של המידע הרפואי בידי החברה.

9. תוקפו של נספח זה

- 9.1 נספח זה יכנס לתוקף החל ממועד הקובל ויהיה בתוקף כל עוד הפוליטה לה גלווה נספח זה, בתוקף.
- 9.2 תוקפו של נספח זה יוגם מאליו במועד המוקדם מבין אלו:
- 9.2.1 במועד ביטול הפוליטה.
- 9.2.2 במועד ביטול הנספח.
- 9.2.3 בכל מקרה שבו זכאי החברה לסייע את הנספח בהתאם להוראות כל דין לרבות בגין אי-תשלום דמי ביטוח בלבדם.
- 9.3 להסרת כל ספק יובהר, כי במועד ביטול / או סיום תוקפו של נספח זה, תשתיתים דכאותו של המכוטה לקבלת השירותים על פי נספח זה. יובהר כי אם פנה המכוטה

לקבלת שירותים טרם מועד פקיעתו של נספח זה, זכאי המבוטח להמשיך לקבל את השירות הספרטני שלגביו בוצעה הפניה עד תום. בסדרת טיפולים ייחשב כל טיפול כשירות ספרטני.

10. חיריגים על נספח זה יחולו כל תנאי הפלישה וחיריגיה

11. דמי הביטוח

- 11.1 שיעורם של דמי הביטוח נקבעים במפרט הפלישה.
11.2 המבוטח ישלם לחברת את דמי הביטוח מראש, במועדים ובאופן מדריכי התשלומים שמצויה החברה. למנן הסר ספק, דמי הביטוח ישולם החל מהמועד הקבוע.
11.3 לאShouldmo דמי הביטוח או חלק מהם במועדם, תפעל החברה כמפורט בפרק ב' לתנאים הכללים בפלישה.

12. תנאי הצמדה

- 12.1 כל הסכומים הנקבעים בנספח, לרבות דמי הביטוח, סכומי ההשתתפות עצמאיות וסקומי השיפוי, יהיו צמודים למדד ייעודכנו בהתאם ליחס המدد החדש למدد הבסיס.
12.2 "המדד" - משמעו מدد המחריים לצרכן, כולל פירות וירקות, שמספרסת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מפעם לפעם, ובכלל זה אותו מدد אף אם יפרנסו אותו גוף או מוסד רשמי אחר שיבוא במקומה, אם יהיה עלי אותם נתונים שעלה בהם בני המدد המקוריים ואם לאו. אם יבוא במקום המدد האמור מدد אחר שיפרנס גוף או מוסד כאמור, ואותו גוף או מוסד לא יקבע את היחס שבין המدد האחר לבני המدد המקורי, יקבע היחס האמור על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
12.3 "מדד הבסיס" - יהיה מدد חדש אוקטובר 2018 שפורסם.
12.4 "המדד החדש" יהיה כמפורט להלן:
12.4.1 בכל הנוגע לתשלומים דמי הביטוח - המدد החדש יהיה המدد האחרון הידוע בראשון לכל חודש שבו מבוצעו תשלומים דמי הביטוח.
12.4.2 לגבי כל סכום אחר הנקוב בכיסוי זה - המدد החדש יהיה המدد האחרון הידוע במועד ביצוע התשלומים על ידי הספק ו/או המבוטח.

13. שונות

- 13.1 הזכות לקבלת השירות על פי נספח זה הנה אישית, ואין המבוטח רשאי להעבירה לאחר.
13.2 כל התשלומים הנקבעים בנספח זה כוללים מע"מ כחוק.
13.3 במקרה של מספר מボטחים האזאים לנספח זה, הרו' שהודעות שנשלחו למבוטח הראשי כהגדרתו בפלישה, לפי מענו האחרון שנמסר לחברת, ייחשבו כהודעות שנמסרו לכל המבוטחים הרשומים בפלישה.
13.4 המבוטח הראשי כאמור ו/או המבוטח מותחים להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתם, ולא תישמע טענה כי הודעה כלשהי לא הגיעו לידיים, אם נשלחה לפיה הכתובת الأخيرة שנמסרה לחברת.

14. מקום השיפוט

- מקום השיפוט הבלעדי בכל מחלוקת בקשר עם CISI זה הוא בbatis המשפט בישראל והדין החל הינו דיני מדינת ישראל בלבד.



כל השירותים זמינים עבורי בכל עת
באזרז האישי שלך או aig.co.il

אי איג' ישראל חברה לביטוח בע"מ, הסיבים 25, קריית מטלון, ת.ד. 535 פתח-תקווה 4910000
מכירות, טל': 000-400-400-1-800-1 מייל: sales@aig.co.il | שירותות ותביעות,
טל': 03-9272300 | שירות, מייל: service@aig.co.il | תביעות, מייל: claims@aig.co.il