



AIG MediCare

משלים שבי



המרכז הרפואי תרבות
שערי צדק
ירושלים, ישראל (ג'י)

AIG MEDICARE

פוליסת בריאות משליםشب"ן

עמודים	תוכן הפוליסה
2-16	תנאים כלליים לביטוח בריאות
17-18	גילוי נאות - ניתוחים בישראל, טיפולים מחלפי ניתוח והתייעצויות אגב ניתוח כסוי משליםشب"ן
19-22	ניתוחים בישראל, טיפולים מחלפי ניתוח והתייעצויות אגב ניתוח כסוי משליםشب"ן
23-25	גילוי נאות - ניתוחים וטיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל
26-30	ניתוחים וטיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל
31-33	גילוי נאות - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
34-38	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
39-40	gilio naot - terufot sheainan makosot basel haferufot
41-45	תרופות שאינן מקוסות בסל התרופות
46-47	gilio naot - terufot bhatama aishit vbedikot geniot
48-51	תרופות בהתאם אישית ובדיקות גנטיות
52-57	gilio naot - nespeh lrefaah ambolitorit vabchon rafai mahir
58-72	נספח לרפואה אמבולטורית ובדיקה רפואי מהיר

תנאים כלליים לביטוח בריאות

איי גי' ישראל חברה לביטוח בע"מ ("הmbtch") מסכימה לבטח את המבוקש על פי פולישה זאת, בהסתמך על הנסיבות הכלולות במפרט המהווים חלק בלתי נפרד מפולישה זו, בכפוף לתשלום דמי הביטוח, ובהתאם להוראות פולישה זו.

אחריות המבטח על פי פולישה זו הינה על פי תנאים כלליים אלה, בהתאם לתנאים ולכיסויים המפורטים בה ותוכניות הביטוח שצורפו לה ולסקומיים 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 היו המונחים הבאים מוגדרים כלהלן:

- 1.1 **אשפוז** - שהותו של המבוקש בבית החולים על-פי הוראה מפורשת של רופא מומחה, לצורך ביצוע פעולה רפואית המcosaה על פי פולישה זאת. יובהר כי ישיה בבית החולים במסגרת אשפוז יום (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום) תחשוף לאשפוז לכל דבר.
- 1.2 **בית חולים** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשות המוסמכת בישראל או בחו"ל כבית חולים, אשר בראשו יותר לבצע ניתוח או פעולה רפואית או פעולה אחרת כןדרש, על פי העניין, שאינו סנטוריום (בית החולים/הבראה), בית חולים למחלות נפש או מוסד שיקומי.
- 1.3 **בית חולים פרטי** - אחד מהלאה:
 1. כבית חולים בישראל שהוא בעלות פרטית ושאיינו בית חולים ציבורי כלל כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומים (תיקוני חקיקה להשגת יעד התקציב לשנים 2013-2014), התשע"ג-2013.
 2. בית חולים ציבורי כלל כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור, שהרשויות המוסמכתות לספק שירות בחירות רפואי בתשלום.
- 1.4 **בן / בת זוג** - האדם הנושא למobotח, או ידוע בצויר המנהל עימו משק בית משותף, אף אם אינם נשוי לו.
- 1.5 **בעל הפולישה** - המבוקש או האדם ששמו מצוי במפרט כבעל הפולישה.
- 1.6 **גיל המבוקש** - גיל המבוקש ביום ה가입ו לביטוח, יהא לפחות יום הולדתו האחרון טרם מועד תחילת הביטוח או לפחות יום ה가입ו, כאמור, כמצוין במפרט.
- 1.7 **דמי הביטוח** - הפרמה שעלה בעל הפולישה ו/או המבוקש לשלם למבטח על-פי תנאי הפולישה.
- 1.8 **המדד הקובע** - הממדד הידוע ביום ביצוע תשלום כלשהו על פי תנאי הפולישה.
- 1.9 **המפקח** - המפקח על הביטוח - הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון בממשרד האוצר.
- 1.10 **הפולישה** - חוזה ביטוח זה, שנעשה לפי תכנית בסיס או תוכנית בסיס ותכנית נוספת, בצויר לתנאים כלליים אלו, לרבות חוזה ביטוח שנעשה לפחות ביום חיבורו, הכוללת תנאים כלליים המתיחסים לכל תוכניות הביטוח ואו הנספחים שצורפו לו: מפרט, הצהרת הבריאות של המועמד לביטוח, וכל תוכנית ביטוח המצויפים לו.

השתתפות עצמית - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקורה ביטוח על פי תנאי הפלישה / או תוכניות הביטוח. ובהר כי, תגמولي הביטוח שישלם המבוטח הינט בעבר הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות העצמית המפורטת בתנאי הפלישה / או בתוכניות הביטוח, אם פורטה.	1.11
חדר ניוח - חדר המאושר על ידי הרשות המוסמכת בישראל או בחו"ל, לפי העניין, לביצוע הניתוח הרלוונטי, אישרוו תקף במדינה בה הוא מופעל, בהתאם לדין החל באוטה מדינה.	1.12
חו"ל - כל מקום מחוץ לגבולות מדינת ישראל. יובהר, לא ינתן כיסוי ביטוח על פי פולישה זו במידינות אויב / או ברכעת עזה / או בשטחים בשליטה ישראל באזורי יהודה ושומרון / או בשטחים בשליטה / או בניהול הרשות הפלסטינית / או במדינה מוחרגת הנקבעה במפרט הפלישה / או באתר המבוטח (www.aig.co.il) כמדינה מוחרגת. רשות המדינות המוחרגותعشיה להתעדכן מעת לעת.	1.13
חוק הביטוח - חוק CHOZA הביטוח, התש"מ"א - 1981.	1.14
חוק הכראות - חוק בטיחות בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994 .	1.15
טיפול נסוני - כל טיפול הדורש אישור ועדת הלסנקי / או טיפול שלא הוכר לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח באף אחת מהמדינות המוכרות.	1.16
ישראל - מדינת ישראל, לרבות השטחים בידי יהודה ושומרון בשליטתה.	1.17
מבוטח - האדם המבוטח על פי פולישה זאת, אשר שם מוצין במפרט.	1.18
מדד - מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרנס על ידי כל מוסד ממשلت אחר, לרבות כל מדד רשמי שיבוא במקומו.	1.19
מדד הבסיס - המדד האחרון הידוע ביום עד תחילת הביטוח.	1.20
מושב - ה钊אי קיבל את תגמולי הביטוח בקרות מקרה ביטוח. בהיעדר קביעת מושב מפורשת על ידי המבוטח, יהיה המושב המבוטח, ולאחר מכן - יירושו החוקיים.	1.21
מועד החידוש - הראISON ביןוי, אחד לשנתיים, לאחר מועד החידוש הראשון.	1.22
מועד תחילת הביטוח - המועד הרשום במפרט כתאריך תחילת הביטוח.	1.23
מחירון המבוטח - מחירון, המתיחס לעלות שכר כוללת של רופא מנתה פרטיו ורופאים פרטיים בגזע ביצוע כל ניתוח, כמפורט בראשית הניתוחים הפרטיים של המבוטח, כפי שייעודן מעת לעת ועל פי הדין, המפורטים באתר המבוטח: www.aig.co.il , והמהווה חלק בלתי נפרד מפולישה זאת.	1.24
מנתה - רופא מומחה, המורשה על פי הסמכתו לנתח, והסמכתה תקפה במדינה בה הוא משתמש מנתחה, בהתאם לדין החל באוטה מדינה.	1.25
mprat - דף פרטי הביטוח המצורף כנספח לפולישה מהווה חלק בלתי נפרד מממנה , כולל את מספר הפולישה, פרטי בעל הפולישה, המבוטח/ים, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח, דמי הביטוח, העתק הצהרות הבריאות שמסר בעל הפולישה/המבוטח לחברה, תנאי קבלת המבוטחים לביטוח וכו"ב.	1.26
מצב רפואי קודם - מערכת נסיבות רפואיות, שאובחנו במובטח לפני מועד הצלרפוותו לביטוח לרבות בשל מחלת או תאונה; לעניין זה "אובחנו במובטח" - בדרך של אבחנה רפואיות מתועדת, או בתהילן של אבחן רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הצלרפוות לביטוח.	1.27
מקרה הביטוח - אירוע, מגודר בכל תוכנית ביטוח, המKENA זכות לתגמולי ביטוח / או לתשולם ממהבוטח, בכפוף לתנאים ולטיגים בפולישה, לרבות בתוכניות הביטוח המצורפות לה.	1.28

1.29 מרפאה כירורגיית פרטית - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, 1940, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בנסיבות מושلتית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.	
1.30 ניתוח - פולונה פולשנית - חידרתיות החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחללה, פגיעה, תיקון פגום או עיוות אצל המבוצעת, או מנעה של כל אחד מלאה, לרבות פולונה המתבצעת באמצעות קרן ליזר, לאבחן או לטיפול, הראיית אברים פנומיים בדרך אנדו-סקופית, צנתור, אנטיגורפי וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גל kil;	
1.31 ניתוח אלקטיבי - ניתוח שהצורך בו היה ציפוי, ואשר קבלתו של המבוצעת בבית החולים לצורך ביצוע ניתוח אינה נעשית באמצעות הפינה מהדר מין מכירה דחוף, אלא שהמבוצעת הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה מרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).	
1.32 סל שירותי הבריאות - סל שירותי הבריאות מכוח חוק הבריאות וכהגדרתו בחוק הבריאות.	
1.33 ספק שירות בהסכם - רופא, רופא מומחה, בית חולים, מרפאה וכל גוף אחר המספק שירות לו זכאי המבוצעת על פי הפלישה ועמו התקשרות המבוצעת למתחם השירותים למובטחים בלבד שהוא צד להסכם התקשרות עם המבוצעת במועד פניית המבוצעת לצורך קבלת השירות.	
1.34 עלייה או שינוי בדמי הביטוח - שינוי בדמי הביטוח שנדרש המבוצעת לשלם בגין פולישה זו או בגין אחת או יותר מתחמיות הביטוח שצורפו לה, ביחס לטבלת דמי הביטוח שפורסטה במפרט האחרון שנמסר למובטח, למעט שינוי הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפולישה או בשל מעבר בין קבוצות גיל או בשל סיום הנחה שנינתה לתקופה קצרה, כפי שפורסם בטבלת דמי הביטוח האחזרה שנמסרה למובטחה.	
1.35 כعلילה בדמי הביטוח ייחשב גם שינוי בהיקף הכספי הביטוחי שנעשה כתחליף עליליה בדמי הביטוח.	
1.36 קופת חולים - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.	
1.36 רופא - רופא בעל רישיון כדין, העוסק ברפואה קוגניציונאלית, והסמכתו תקפה במדינה בה הוא משתמש כרופא, בהתאם לדין החל באוטה מדינה.	
1.37 רופא מומחה - רופא אשר אושר לו בידי הרשות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כולל בראשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.	
1.38 רופא מרדדים - רופא מומחה, המורשה על פי הסמכתו לשמש כרופא מרדדים, והסמכתו תקפה במדינה בה הוא משתמש כרופא מרדדים, בהתאם לדין החל באוטה מדינה.	
1.39 שירותי בריאות נספפים (شب"ז) - תוכנית אשר אושרה על-ידי משרד הבריאות לממן שירותי בריאות נספפים מעבר לשירותי הבריאות הכלולים בסל השירותים והתשלמיים של קופת החולים, הניתנת לחבריה על ידי קופת החולים בה חבר המבוצעת, או על ידי יישות משפטית מטעם קופת החולים שהוקמה לשם כך.	
1.40 תאונה - חבלה גופנית שנגרמה למובטח, עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי, חד-פעמי בלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על-ידי גורם חיצוני וגלי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה, הישירה והמידית ל蹶ה הביטוח.	
למטען הסר ספק, מובהר כי אלומות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או התקף לב ו/או אירע מוחי ו/או הצבירות של פגיעות עצירות חזירות לאורך תקופה לא ייחשכו כתאונת, לפי פולישה זאת.	

תגמولي הביטוח - הסכום שישלם המבטיח למוטב, בנסיבות מקרה ביטוח, בכפוף לתנאים ולסיגים של הפולישה. הסכומים המציגים בתנאי הכספי הינם הסכומים המריביים המהווים את תkartת הכספי וגובל האחריות של המבטיח.	1.41
תוכנית ביטוח - פרטיו הכספיים הביטוחיים הספרטivi ותנאיו, הכלולים בתנאי פולישה זו, אם צוין במפרט.	1.42
תוכנית בסיס - תוכנית ביטוח שהמבטיח רשאי להנήגנה כתוכנית בפני עצמה (לא תלות ברכישת תוכנית אחרת), בגין תנאים כלליים אלו.	1.43
תוכנית נוספת - תוכנית ביטוח או כתוב שירות, שהמבטיח רשאי להנήגנה כndlaimos לתכנית בסיס (モותנה ברכישת תוכנית בסיס) ולתנאים כלליים אלו.	1.44
תקופת אכשורה - תקופה, המתחילה בתאריך הצטרפות המבטיח לbijtou והמסתיימת בתום התקופה שמצוינה עבורה כל כסוי, וכה המבטיח עדין אין זכאי לכיסוי ביטוח מכוח הפולישה ; תקופת האכשורה תחול לגבי כל מבוטח פעמי אחד בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבוטח. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשורה דינו כמו מקרה ביטוח שארע לפני תחילת תקופת הביטוח.	1.45
תקופת הביטוח - התקופה אשר תחילתה במועד תחילת הביטוח ועד למועד חידוש הביטוח. חדש הביטוח לתקופה נוספת במועד החידוש, תימשך תקופת הביטוח עד למועד החידוש הבא, וכן הלאה.	1.46
תרופה - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת היישנותו, כתוצאה ממחלת או תאונה.	1.47

2. פרשנות

כוורות הסעיפים בפולישה זו או/o בתוכניות הביטוח הין לנוחות הקראיה בלבד, ואין ממשימות לצורכי פרשנות הסכם. תוקן הסעיפים הוא הקובל.	2.1
האמור בלשון יחיד משמעו גם רבים והאמור בלשון ذכר משמעו גם נקבה, אלא אם נקבע במפורש אחרת.	2.2

3. חובת גילוי ותוצאותיה

א. חובת הגילוי וה通告אות של אי גילוי, מופיעות בסעיפים 8-6 ו-43 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, המובאים קלשונם להלן:	3.1
חוות גילוי <ul style="list-style-type: none"> 3.1.1. הציג המבטיח למבטיח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת שבסכתב, שאללה בעניין שיש בו כדי להשဖיע על נוכנותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן - עניין מהותי), על המבטיח להסביר עליה בכתב תשובה מלאה וכנה. 	3.1
3.1.2. שאללה גורפת הוכרת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם היה סבירה בעת כריתת החוזה.	3.2
3.1.3. הסתירה בנסיבות מדרגה מצד המבטיח על עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדי מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.	3.2
תוצאות של אי-גילוי <ul style="list-style-type: none"> 3.2.1. ניתנה לשאללה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטיח, תוך 30 ימים מהיום שנודע לו על כן וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את החוזה (הפולישה) בהודעה בכתב למבוטח. 	3.2.1
3.2.2. ביטול המבטיח את החוזה מכח סעיף זה, זכאי המבטיח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בגין הוצאות המבטיח, זולת אם פעל המבטיח בכוונות מרמה.	3.2.2

קרוה מקרה הביטוח לפני שנתבטל החוזה מכוח סעיף זה, אין המבטיח חייב אלא בתגמולו ביטוח מופחתים בשיעור יחס', שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהוא מושתלים כמו קובל אצלם לפि המבטיח לא מיתנו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והוא פטור כליל בכלל אחת מלאה:

3.2.3.1 התשובה ניתנה בכוכנת מרמה.

3.2.3.2 מבטח סביר לא היה מתקשר באוטו חוזה, אף בדמי ביטוח רבים יותר, אילו ידע את המ מצב לא מיתנו; במקרה זה דווקא המבטיח להזהר דמי הביטוח ששילם בעוד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בגין הוצאות המבטיח.

3.2.3.3 המבטיח אין זכאי לתרומות האמורות בסעיף 3.2 בפרק זה, בכלל אחת מלאה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה, ניתנה בכוכנת מרמה:

3.3.1 הוא ידע או היה עלי' לדעת את המ מצב לא מיתנו בשעת כריתת החוזה או שהוא גורם 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 מקרהו, על חבות המבטיח או על הקפה.

3.3.3 על האמור לעיל, המבטיח לא יהיה זכאי לתרומות האמורות בסעיף 3.2 בפרק זה, לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבטיח או האדם חייו בוטחו פעיל בכוכנת מרמה.

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

3.3

.ב.

פרק ב' - תוקף הפולישה, תקופת הביטוח וביטול הפולישה

4. תוקף הפולישה

4.1 הפולישה או כל תוכנית ביטוח שצורפה לה, לפי העניין, יכנסו לתקופם החל מיום תחילת הביטוח כמצוי במפרט בהתייחס לפולישה ו/או לכל תוכנית ביטוח שצורפה לה, לפי העניין, **ובכפוף לתנאים המctrברים הבאים:**

4.1.1 ניתנה הסכמת המבטיח, על תנאה וסיגיה, לבטח את המבטיח על פי פולישה זאת, בהסתמך על ההצהרות הכלולות במפרט, והופקה למבטיח פולישה זו. יובהר כי הפקת פולישה מהווה את הסכמת המבטיח.

4.1.2 תשלום הסכום הראשון בגין דמי הביטוח המגיעים לmbטח על פי הנוקב במפרט לא יהווה תנאי לכינוס הפולישה לתוקפה. יובהר, כי אם שולמו לmbטח כספים על חשבון דמי הביטוח לפני שייתנה הסכמת המבטיח, לא תחשב לקבלת הכספיים האמורים בידי המבטיח כהסכם המבטיח לעriticת הביטוח.

ambilי לפגוע באמור לעיל, שולמו דמי ביטוח לmbטח, טרם ניתנה הסכמת המבטיח כאמור, ישיב המבטיח לmbטח את דמי הביטוח או יודיע על תנאי קבלתו בחור 90 יומם ממועד קבלת דמי הביטוח, ואם פנה המבטיח לmbטח בבקשתה להשלמת פרטיהם, יודיע המבטיח לmbטח על תנאי קבלתו בחור 180 יומם ממועד קבלת דמי הביטוח. לא השיב או הודיע המבטיח לmbטח על הסכמתו / או הסכמתו במהלך התקופה כאמור לעיל בהתחאה, ייחסן הדבר כאילו הסכימים המבטיח לקבלת המבטיח לביטוח בתנאים רגילים.

למביטה עומדת הזכות לווידא שמהמועד בו הצהיר המבוטה על מצבו הרפואי לצורך הцентрופתו לפולישה זו /או לכל תוכניות שצורפה לה, לפחות למועד תחילת הביטוח, לא חל שינוי בבריאותו, או מצבו הגוף של המבוטה, שהו מופיעים על הסכמתו או תנאי הסכמתו של המבוטה אילו ידע עליהם.

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

4.2

5. **תקופת הביטוח וחידושה**

תקופת הביטוח בפולישה /או בכל תוכנית ביתוח לביטוח בריאות שצורפה לה, תהיה שנתיים.

5.1

את לשנתיים, במועד החידוש, תחודש הפולישה מלאיה, לתקופה של שנתיים נוספת, בין אם באותו תנאים ובין אם באותו תנאים שונים, ברצף ביתוח.

5.2

על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, למボוטה שמשך תקופת הביטוח ממועד תחילת הביטוח ועד ל- 1.6.2018 (האחד בינו לשנת אלפים ושמונה עשרה) קצר משנתיים או ארוך משנתיים, תהיה תקופת הביטוח החל ממועד תחילת הביטוח ועד ל- 1.6.2018 (האחד בינו לשנת אלפים ושמונה עשרה).

5.3

למボוטה שמשך תחילת הביטוח הינו לאחר - 1.6.2018 (האחד בינו לשנת אלפים ושמונה עשרה), ועד למועד החידוש תקופת הביטוח קצרה משנתיים, תהיה תקופת הביטוח החל ממועד תחילת הביטוח ועד לממועד החידוש הקרוב. ממועד החידוש יהיה 1 בחודש יוני בכל שנה זוגית, החל משנת 2018.

5.4

נדרש מבוטה לבצע שניי בתנאים בפולישה במועד החידוש, והמבוטה אינו ממשיך לשוק פולישה זו למボוטחים חדשים, רשייא המבוטה, רישיון המבוטה שלא לבצע את השינוי, ולחדש לכלל המבוטחים הקיימים בפולישה את הפולישה באופןם תנאים שהיו בה ערב החידוש. יובהר כי בקרה זה לא יכול המבוטה לשוק פולישה זו למボוטחים חדשים עד לביצוע השינוי האמור אשר יוכל על כלל המבוטחים.

5.5

חידוש הפולישה בהסכם מפורשת של המבוטה על אף האמור בסעיף 5.2 לעיל, לא תחודש מלאיה הפולישה ללא קבלת הסכמתו המפורשת של המבוטה לחידוש, אם חלה עלייה בדמי הביטוח, של יותר מ- 10% או יותר מ- 20% מדמי הביטוח (הגבוה מביניהם), ביחס לדמי הביטוח החדשיהם ששילם המבוטח ערב חידוש הפולישה, עברו כל אחת מתוכניות הביטוח שצורפו לפולישה.

למען הסר ספק, שייעור עליית דמי הביטוח כאמור יבחן לגבי כל אחת מתוכניות הביטוח שצורפו לפולישה בנפרד.

5.6

"הסכם מפורשת" לעניין סעיף זה, משמעה גם הסכמה מפורשת של מボוטה לגביילד עד גיל 21 של מובוטה באותה תכנית או ב/בת זוגו של מובוטה;

חידוש הפולישה ללא הסכמה מפורשת של המבוטה

בהתאם כאמור בסעיף 5.2 לעיל, ועל אף האמור בסעיף 5.5 לעיל, לא תידרש הסכמה מפורשת של המבוטח לחידוש הביטוח, והפולישה תחודש מלאיה, באחד או יותר מקרים הבאים:

5.6.1 לא חלה עלייה בדמי הביטוח.

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

5.6.3 המבוטח הגיע במהלך תקופת הביטוח, הנוכחית או זו שקדמה לה, לתיבעה למיושך זכויות לפי תנאי הפולישה.

5.6.4 אם המבוטח פירט למボוטה שהצטרך לרשותה לתוכנית בתקופה של 120 ימים שקדמו לממועד החידוש, באופן מפורש, את השינויים בתנאי הביטוח

- ודמי הביטוח שיחולו במועד החידוש הקרוב, והmobxטח נתן את הסכמתו להם טרם הczטיפות.
- 5.6.5 אם המפקח קבע מראש ובכתב כי לא נדרש לקבל את הסכמתה mobsטח לגבי שינוי מסוים שעריך המביטה בתכנית.
- הודעות ל mobsטח לעניין תקופת הביטוח וחידושה
- 5.7.1 המביטה ישלח ל mobsطח, 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 הפולישה;
- 5.7.1.2 במקרה שבו לא יישנו תנאי הביטוח ודמי הביטוח - עדכון כי הפולישה תחודש ולא יחולו שינויים בתנאי הכספי הביטוח;
- 5.7.1.3 במקרה שישונו תנאי הביטוח בתקופה הנוספת - פירוט של השינויים המהותיים הצפויים;
- 5.7.1.4 במקרה שישנו דמי הביטוח בתקופה הנוספת - טבלת דמי הביטוח של mobsטח (לרובות הנחות או תוספת לדמי הביטוח שנקבעו ל mobsטח) שייהו נוהגים بعد כל תכנית בפולישה, בתקופה הביטוח הנוספת עברו כל גיל.
- 5.7.2 מביטה רשאי לשלוח mobsטח במועד החידוש העתק של תנאי הפולישה שחודשה, ובלבד שומר mobsטח את המידע שנדרש לפי סעיף 5.7.1, ופירט mobsטח את האפשרות לקבל את העתק הפולישה ו/או תוכנית הביטוח שצורפה לה, וכן את האפשרויות של mobsטח לעניין בהם תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- אין כאמור כדי לגרוע מוחבת המביטה לשלוח mobsטח במועד החידוש מפרט עדכני וטופס גיליוני.
- 5.7.3 יובהר כי ההודעה הראשונה יכולה להישלח במסגרת הדיווח השנתי mobsטח ובלבד שההודעה תציג באופן בולט ומופרד מהדיווחו השנתי.
- 5.7.4 במקרה שנדרשה הסכםות המפורשת של mobsטח כאמור בסעיף 5.5, תכלול ההודעה הראשונה, גם את הפרטים הבאים:
- 5.7.4.1 הודעה כי נדרש לקבל את הסכמתה של mobsטח כתנאי לחידוש הפולישה לתקופה נוספת;
- 5.7.4.2 ציון כי קיימת חשיבות לריצף ביטוחו, וכי אי חידוש הפולישה אצל המביטה יביא לביטול הזכות לריצף הביטוח;
- 5.7.4.3 פרטיים אודות אופן העברת הסכמת mobsטח mobsטח בדבר חידוש הפולישה.
- 5.7.5 נדרשה הסכמתה המפורשת של mobsطח כאמור בסעיף 5.5, והוא לא התקבלה עד ל-45 ימים טרם מועד החידוש, ימסור המביטה mobsטח ל mobsטח, לפחות 21 ימים לפני מועד החידוש, הודעה נוספת נספחת בדבר הצורך בקבלת הסכמתה המפורשת של mobsטח (להלן: **"הודעה שנייה"**). ההודעה השנייה תכלול פירוט כאמור בסעיף 5.7.4 לעיל, וציון מועד תום תקופת הביטוח אם לא תתקבל הסכמתה mobsטח.
- אי חידוש הפולישה
- 5.8.1 על אף האמור בסעיף 5.2 לעיל, לא תחודש מלאיה פולישה כאמור, במקרים הבאים: בכתב שירות - אם נקבעו בו הוראות מפורשות לעניין אי חידוש כתוב השירות על ידי המביטה.
- 5.8.2 פולישה ששוווקה על פי תוכנית שהמפקח אישר לגבייה מראש ובכתב כי פוליסות לפיה לא יהודשו מלאיה.

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

6. ביטול הפוליסה

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

6.1 **ביטול על ידי המבוטח**
מבוטח יהא רשאי לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב שתימסר למבוטח. ביטול המבוטח את הפוליסה יחולו הוראות להלן:

6.1.1 הביטול יכנס לתוקפו עם קבלת הודעה על ידי המבוטח.
6.1.2 המבוטח לא יהיה חייב בתגמול ביטוח או בכל אחריות על פי הפוליסה מיום כניסה הביטול לתוקף.

6.1.3 המבוטח ישיב לבעל הפוליסה את דמי הביטוח אשר שולמו על-ידי בגין התקופה שלאחר מועד הביטול, ככל ששולמו, למעט אם היה פטור המבוטח מכוח חוק הביטוח מהשבת דמי הביטוח.
6.1.4 בוטלה הפוליסה כאמור לעיל ניתן לבן/בת הזוג של המבוטח להמשיך את הביטוח, בתנאי שהודעה על כך תימסר בכתב למבוטח, לא יותר מ-90 ימים מיום הודעה על ביטול הפוליסה.

ביטול בשל אי תשלום דמי ביטוח
לא שולמו דמי הביטוח או חלקיים במועד, ולא שולמו תוך 15 ימים לאחר שהمبוטח דרש מן המבוטח או בעל הפוליסה בכתב לשולם, רשאי המבוטח להודיע לבעל הפוליסה ו/או למבוטח בכתב כי הפוליסה תחבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכם שבפיgor לא יסלק לפני כן.

ביטול בשל אי גילוי נאות
המבוטח יהיה רשאי לבטל פוליסתו זו כאמור בסעיף 3 לעיל.
ביטול לאחר חידוש תקופת הביטוח

5.2 חודשה הפוליסה שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיפים 5.5-6, ונמסרה הודעה מהմבוטח למבוטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הפוליסה, על ביטול הפוליסה לגבי אותו מבוטח, תבוטל הפוליסה לגבי במועד חידוש הביטוח ווישבו למבוטח דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו, ככל שנגבוה, וב惟ך שלא הוגשה תביעה לימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה בויטוח שאריע בתקופת 60 הימים כאמור.

ביטול בשל היעדר הסכמה מפורשת של המבוטח לאחר חידוש הביטוח
במקרים בהם נדרשת הסכמה מפורשת של המבוטח לחידוש הביטוח, כאמור בסעיף 5.5, תבוטל הפוליסה כאמור בסעיף 5.8.3.
בוטלה הפוליסה כאמור בסעיף זה, והתקבלה אצל המבוטח פניה מובטח בבקשת להציג רשותה לביטוח, וזאת תוך 60 ימים מהמועד שבו הינה עתידה להתחדש הפליסה (להלן: "**מועד אי החידוש**"), יחדש המבוטח את הפליסה לתקופת ביטוח נוספת, למפרע החל ממועד אי החידוש, תוך שמירה על רצף ביטוח, והמבוטח יהיה חייב בתשלום דמי הביטוח עבור תקופה זו.

פרק ג' - דמי הביטוח, תביעות ותגמולי ביטוח

7. דמי ביטוח

- 7.1 דמי הביטוח ישולמו למבטח על ידי בעל הפוליסה /או המבוטח בתשלום חדשיו, אשר מועד פרעונו יהיה במועד הגבייה הרלוונטי בהתאם לאמצעי התשלום.
- 7.2 דמי הביטוח יהיו בהתאם לטבלת דמי הביטוח שבמפרט.
- 7.3 במקרים בהם תשלום דמי הביטוח נעשה על ידי הוראת קבע לבנק (שירותות שיקום או כרטיס אשראי), יהוה זיכוי חשבון המבטח 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 המבטח.

8. שינוי דמי ביטוח ותנאי הביטוח במהלך תקופת הביטוח

- 8.1 דמי הביטוח בפוליסה זו הינם בהתאם לגיל המבטח בהתאם לטבלת דמי הביטוח שבמפרט. הוספת מבוטחים לפוליסה, /או גירעת מבוטחים מהפוליסה, מכל סיבה שהיא, לרבות הוספת ילד שנולד, פטירה של מבוטח וכי"ב, תביא לשינוי דמי הביטוח בהתאם לכמות המבטחים בפולישה וגילם.
- 8.2 אין באמור לעיל כדי להוות הסכמה מטעם המבטח לצרף לbijוטו מבוטחים נוספים.
- 8.3 דמי הביטוח ישנותו בהתאם לטבלת דמי הביטוח המצווגת לפוליסה זו, הכל בכפוף להצמדת דמי הביטוח למדד כאמור בסעיף 19 להלן.
- 8.4 המבטח יआזכה לשנות את דמי הביטוח ואת התנאים של פוליסה זו /או כל אחד מתוךן הbiteוח שצורפו לה, לכל המבוטחים בפוליסה זו, לרבות בשל שינוי בתנאי השב"ז והכיסויים להם זכאי המבוטח בגינם. שינוי זה יכנס לתוקף 60 ימים לאחר שהודיע המבטח בכתב למבוטח על אף ויהה תקף בתנאי שהמפקיד אישר את השני.
- 8.5 שינוי דמי הביטוח כאמור בסעיף 8.4 לעיל, יהיה לכל המבוטחים בתכנית ולא יתחשב בשינויו של מצב בריאותו של המבטח (אם חל שינוי כנ"ל) במשך התקופה שקדמה לשינוי כאמור.

9. שינוי דמי הביטוח ותנאי הביטוח בהתאם לתקופת הביטוח

- שינוי 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 פוליסה זו /או תוכניות הביטוח המצורפות לה, על המבוטח /או המוטב להודיע על כך למבטח מיד לאחר שנודע לו, על קרנות המקרה ועל דוחות לtagmoli הביטוח; מתן הודעה מأت אחד מלאה משחרר את השווי מחובתו.
- הmbטח יברר וישב תביעות בהתאם לב, בעניינים, בסודיות, ביעילות, במקצועיות, בשיקיפות ובהוגנות.
- בעת טיפול בתביעות, המבטח לא יתנה טיפול בתביעה, במעשה של מבוטח שאינו מחויב על פי פוליסה זו או הדין שמקורם נובעת החובה, למעט התנאי קיומה של החובה בהמצאת מידע או מסמכים, כמפורט להלן.
- הmbטח ישפה או יפיצה את המבוטח, בהתאם לתנאי הכיסוי המפורט בפוליסה זו /או בתוכניות הביטוח המצורפות לה, או ישלם שירות לנחת השירותים את ההוצאות בגין השירותים הרפואיים עד לסכום הביטוח המירבי, הכל בהתאם לתנאי הפוליסה, בלבד שהתמלאו כל התנאים המפורטים להלן:

- 10.1 המבוטח הודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח סמוך ככל האפשר למועד בו נודע לו על כך ומסר למבטח את כל הפרטים המת吁דים לתביעתו ואת המסמכים הרפואיים והאחרים, לרבות העתקים מהם, שה מבטח דרש לשם בירור התביעה, ואם איןם ברשותו, עליו לסייע למבטח להציגם. בין היתר, לבקשת המבטח, יחתום המבוטח ו/או המוטב על כתוב ויתור על סודיות רפואית, המצויבידי קל רפואן או למי מטעמו לקבל כל מידע ומסמך הנוגע למבוטח, המצויבידי קל רפואן או מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או גוף ציבורי ו/או גוף מוסדי ו/או צבא ההגנה לישראל ו/או כל גוף ריבנתי אחר ו/או עובדי מי מעלה, והכל בכפוף לאמור בסעיף 10.2 להלן.
- לא קיימה חובה המבוטח לפי סעיף זה במועדה, וכיומה היה אפשר למבטח להקטין חבותו, אין המבטח חייב בתגמול הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קיימה החובה. הוראה זו לא תחול בכל אחת מלאה:
- 10.1.1 החובה לא קיימה או קיימה באחרior מסיבות מוצדקות;
- 10.1.2 אי קיימה או אחרת לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכיד על הבירור.
- 10.2 עשה המבוטח או המוטב במתכוון דבר שהוא בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכיד עלי, אין המבטח חייב בתגמול, ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.
- 10.3 החברה לא תדרש מהמבוטח מידע או מסמכים שUMBOTACH סביר אין יכול להשיגם או אין רשותם לקבלם, אלא אם כן יש לחברה יסוד ממש להניח שהמידע או המסמכים כאמור נמצאים בידי המבוטח.
- 10.4 המבוטח קיבל את אישור המבטח מראש לכל אחד מהשירותים הרפואיים. עם זאת, יובהר כי קיבלת אישור המבטח מראש אינה מהווה תנאי לתשלום התביעה. במקרים בהם בוצע טיפול רפואי ללא אישור המבטח מראש, ידון המבטח בתביעה לאחר הטיפול הרפואי ואישר אותה אם היא עומדת בהוראות פוליסה זו ו/או בתוכניות הביטוח המצורפות לה, והוגש לחברה כל המסמכים כנדרש.
- 10.5 המבטח רשאי לנצל על חשבונו כל בדיקה / או חקירה, לצורך בירור חבותו המיידית ו/או העתידית על פי הפולישה, הכל כפי שימצא לנכון, ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, יעקוב העול לסקן את בריאותו של המבוטח. זכותו של המבטח לניהל את הבדיקות והבדיקות נקבע לעיל לא תיפגע מחמת מותנו, חס וחלילה, של המבוטח.
- 10.6 בדיקה רפואית - אם ידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופא מטעם המבטח ועל חשבונו המבטח, וימסור כל פרט או מסמן רפואי שיידרש בלבד שהבדיקה תהיה סבירה בסביבות העניין ובהתאם למצבו הרפואי של המבוטח. יובהר כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפולישה בבית משפט.
- 10.7 המבוטח המציג למבטח קבלות של נתן השירות המאושרת תשלום בפועל של החוצאות הנתבעות מה מבטח על ידי המבוטח.
- 10.8 המבוטח או בעל הפולישה חייבם בתשלום מלא ידי הביטוח עד לאישור התביעה על-ידי המבטח.
- 10.9 את המידע והמסמכים הרפואיים הדורשים לברור התביעה, ניתן להגיש בכתב בדואר אלקטרוני, במסרון ובאזור האישי של המבוטח באתר המבטח בכתבobot www.aig.co.il.

11. **תגמולו הביטוח**

- 11.1 המבטח יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם עבור השירותים הרפואיים יישירות למי שישיפק למטרות את השירות הרפואי, כנגד הצגת חשבון מפורט בכתב של השירותים שניתנו, או לשלם למטרות, לאחר שהציגה בפניו חשבונות מתנות השירות.
- 11.2 מבטח אכן יקבל המבטח לפǐ דרישתו, אישור עקרוני לכיסוי, ובלבן שזכהתו על פי הpolloסה אינה שנوية בהמלחוקת.
- 11.3 תלולים אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות ישראל, ישולם בmetavען המדינה בה יש לבצע את התשלומים.
- 11.4 סכומים הננקוים בmetavעןDDR ומושלים בישראל, ישולם בשקלים, על פי השער להעבות והמחאות (הגבוה) של המטבע הזר הנ"ל בbank הפועלים בע"מ, ביום הפktת התשלומים.
- 11.5 נפטר המבוטח ונורתה יתרת חוב לספק של שירות רפואי, בגין שירות רפואי שנitin למטרות פני פיטרתו, ישלם המבטח את יתרת החוב כאמור לנחת השירות הרפואי. אם יתרת החוב שנורתה (בגין שירות רפואי שנitin למטרות פני פיטרתו) 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.
- 11.6 המבטח ישלם למטרות בתוך 30 ימים, מיום המצאת כל המסמכים כאמור וכל מסמך אחר אשר יהיה דרוש למטרות באופן סביר לבירור חבותו, תגמולו ביטוח בהתאם לפולישה זו ו/או תוכניות הביטוח לצורפו לה.

12. **תחלוף (סברוגציה)**

- 12.1 הייתה למטרות בשל מקרה הביטוח גם זכות שיפוי מאת צד שלישי לא מקום חזזה ביטוח, עוברת זכות זו למטרת, משישים למטרות תגמולו ביטוח וכשייעור התגמולים שיישים.
- 12.2 המבטח אינו רשאי להשתמש בזכות, שעבירה אליו לפי סעיף זה באופן שייגע בזכותו של המבטח לגבות מן הצד השלישי פיזיו או שיפוי מעלה לתגמולים שקיבל מהmbטח.
- 12.3 קיבל המבטח מן הצד השלישי שיפוי שהוא מגיע למטרת לפי סעיף זה, עליו להעבירו למטרת. עשה פשרה, יותר או פעולה אחרת הפגעת בזכות שעבירה למטרת, עליו לפצות את המבטח בשל כך.
- 12.4 המבוטח מתחייב לשחרר פעליה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותה של החברה כאמור.
- 12.5 הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח הוא תוצאה של מעשה ו/או מחדל שלא בכוונה בידי אדם שמכוטח סביר לא היה תובע ממנו שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעמיד ועובד שביניהם.
- 12.6 המבטח, אם יבחר לתבוע צד שלישי, בכוח זכות התחלוף, יודיע על כך למטרות זמן סביר מראש.
- 12.7 אם מצא המבטח, בנסיבות בירור התביעה כי עשויה לעמוד למטרות זכות כנגד הצד השלישי שאוינו עשו המבטח לתבוע מכוון זכות התחלוף, יצין זאת בפני המבטח בכל הודעה שנייתה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו.
- 12.8 אין באמור בסעיף זה כדי לחייב את המבטח ליזג את המבטח או להטיל עליו חובות ייעז.

13. **ביטוח כפלי**

- 13.1 בוטחו מקרים הביטוח כולם או מקצתם אצל יותר ממטבוח אחד לתקופות חופפות על המבטח להודיע על כך למטרות בכתב מיד לאחר שנעשה ביטוח הכפל או לאחר שנודע לו עליו.

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

פרק ד' - חריגים וסיגים לחייב המבוטח

14. כללי

- 14.1 הסיגים והחריגים המפורטים להלן חלים על פולישה זו ותוכניות הביטוח המצוירות לה, למעט על תכנית לביטוח ניתוחים בישראל. יובחר כי החריגים והסיגים החלים על תכנית לביטוח ניתוחים בישראל יפורטו במלואם בתנאי התכנית.
- 14.2 בנוסף לסיגים ולחיריגים המפורטים להלן, יחולו גם הגבלות, הסיגים והחריגים המפורטים בתוכניות הביטוח.

15. חריגים כלליים בפולישה

- המבוטח לא ישלם תגמולו ביטוח או תשלוםנים אחרים כלשהם, בגין תביעה על-פי פולישה זאת, בגין מקרה בגין ביטוח שנגרם /או הקשור במישרין או בעקיפין, עליידי או עקב אחר 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 פגיעה עצמית מכוננת.
- 15.4 נסיבות בין המבוטח העמיד עצמו בסכנה במידה, אלא אם כן, נעשה הדבר לצורך הצלה נפשות.
- 15.5 טיסת המבוטח בכלי טיס כלשהו, פרט לטיסת המבוטח כנוסע במטוס אזרחית בעל ראשון להובלות נסיעים.
- 15.6 מטרות מחקר, או טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות מקרה בגין שודוש אישור של ועדת הלשינקי עליונה או כל גורם אחר שבאה במקומה לביצוען; לעניין זה, "וועדת הלשינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.
- 15.7 פעילותו של המבוטח כספורטאי, לרבות כספורטאי חובב, במסגרת אגודות ספורט רשומה לפי חוק הספורט, התשמ"ח-1988.
- 15.8 עיסוקו של המבוטח בענף ספורט כלשהו לצורה מקצוענית ששכר בצדיו, הכלול השתתפות בתחרויות מוסדרות למיניהן /או הדרכה /או הדגמה פיזית.
- 15.9 ספורט אתגרי /או פעילות אתגרית כדוגמת טיפוס הרים, גלישת מצוקים (סנפלינג), ציד, קروس קאנטרי, רחיפה, צניחה, צניחה חופשית, דאייה, גלשיון רוח עם מצחן, טיסה בכדור פוך, בוג', באקי', פארקור (Parkor), קפיצות בסיס (Base jumping), זורבינג (Zorbing), גליה, גלישת חולות, רכיבה על אופני כביש בדרכים בין עירוניות /או מהירות או בדרך שאינה מיועדת לרכיבי אופניים, מרזצי מכוניות/אופניים (ספורט מוטורי), רכיבה על טוגי קרב מגע למיניהם, סקי מים, רפטינגן, צלילה, אגרוף, הייאקנות וכל טוגי קרב מגע למיניהם, רכיבה על סוסים. ספורט חורף, הכולל גליה או החלקה על שלג או קרת, רכיבה על אופניים

- שלג. רשיימת הפעולות העדכנית מפורשת באתר האינטרנט של המביטה: www.aig.co.il.
- 15.10 מקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מפעולות כוחות בטחון בעלת אופי צבאי או משטרתי לרבות בתרגילים או באמונים מכל סוג שהוא.
- 15.11 פעולות מלחמתית או פעולת איבה, הפיכה, מרד, פרעות, מעשה חבלה, שכיתה הכרוכה בפעולות אלימות.
- 15.12 טיפול רפואי מניעתי בתחום הסיכון החיסוני הנרכש (AIDS) על כל צורתוין.
- 15.13 ביקום גרעיני, היתוך גרעיני, פגעה מנשך לא קוגניציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 15.14 מקרה ביטוח שאינו נובע מכך רפואו כדוגמת מקרי ביטוח שנערכו למטרות יופי, אסתטיקה, או תיקון קוצר ראייה, ניתוח שדים מכל סוג שהוא (למעט שיחזור שד לאחר ניתוח כריתה).
- 15.15 עקרות, פוריות, עיקור מרוץ והפלת, למעט הפללה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 15.16 הטיפול הנדרש הינו טיפול במסגרת רפואית אלטרנטטיבית (משלמה) לרבות טיפולים הומיאופתיים, או תרופות אלטרנטטיביות, למעט אם קיים סיסוי מופרש בפולישה זו ו/או בתוכניות הביטוח המצוروفות לה, ולמעט מקרים בהם על פ' קבועות וופא מומחה בתחום הרלוונטי, הטיפול הנדרש הינו חלק מהטיפול המקביל על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.
- 15.17 מקרה ביטוח הקשור בשניים או בחניכים או ניתוחים המבוצעים על ידי רפואי שיניים.

16. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקיו ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
- 16.1 הוראות לעניין סייג מצב רפואי קודם.
- 16.1.1 המביטה יהיה פטור מחובתו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממש לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למכוחה בתקופה שבה חל הסייג.
- 16.1.2 חריג זה יהיה מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח במועד תחילת הביטוח עד למשך מ- 65 שנים - הסייג יהיה בתוקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת ממועד תחילת הביטוח.
- 16.1.2.1 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה, שלא תעלה על חצי שנה ממועד תחילת הביטוח.
- 16.1.3 על אף האמור, הודיע המבוטח למביטה למועד הצטרפותו לביטוח על מצב רפואי מסוים, יהיה המביטה רשאי לסייע את חבותו ו/או את היקף הכספי בשל מצב רפואי קודם מסוים, وسيיג זה יהיה תקף לתקופה שתצווין במפרט הפולישה לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- 16.1.4 הודיע המבוטח במועד ההצטרפות לביטוח על מצב רפואי מסוים וה מביטה לא סייג במשמעות את המצב הרפואי המופיעים במפרט הפולישה, יהיה הביטוח בתוקף ללא סייגים או מגבלות מכלמין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם הנזכר בהודעת המבוטח.
- 16.2 ביטול הפולישה והשבת דמי הביטוח בגין מצב רפואי קודם:
- 16.2.1 פטור מבחן מחובתו בשל הוראות המפורשות בסעיף 17, ובמבחן סביר לא יהיה מתקשר באותו חזזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חזזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם עד פרק הזמן, יჩזר המביטה למבחן את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חזזה הביטוח, בגין החלק היחסי של דמי הביטוח עברו כסוי ביטוח שbaseline שלו מבחן תגמול ביטוח.

2.2.16 אין באמור לעיל כדי לפטור את המבוטח מחייבת גילוי לפי חוק הביטוח
ובהתאם לאמור בפולישה זו לגבי מצב רפואי קודם קודם, ואין בו כדי להגביל
את הזכות המבוקש במרקבה בו פועל המבוטח שלא על פי חובת הגילוי
הנאות / או להגביל את התקופה בה רשאי המבוקש לבדוק את הגילוי
הנאות.

פרק ה' - **תנאים כלליים**

17. סיג לאחריות המבוקש

המברשת איננו אחראי לטיב השירותים הרפואיים /או השירותים האחרים הניטנים
למבוטח במסגרת ביטוח זה. המברשת איננו אחראי לכל נזק שייגרם למבוטח /או לכל
אדם דוחתו, עקב בחרותו של המבוטח בנוטני שירותים רפואיים /או על-ידי מעשה או
מחדר של הנ"ל. למען הסר שפק, בחרית הרופא המתפל /או ספק השירות הרפואי /או
אופן הטיפול הרפואי, לרבות טיפול רפואי /או בית החולים שבו ינתן השירות הרפואי,
הינם עפ"י בחרית המבוקש.

18. תקופת אישורה

תקופת האישורה חלה על פולישה זו ותוכניות הביטוח המצוירות לה, למעט על
תכניות לביטוח ניטוחים בישראל. יובהר כי תקופת האישורה על תכנית לביטוח
ניתוחים בישראל תפורט במלואה בתנאי התכנית.

18.2 **משך תקופת האישורה הינו 90 הימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח.**
המברשת לא יהיה חייב בתגמולו ביטוח על פי פולישה זאת בגין מקרה בו
התרחש במהלך תקופה זו, למעט מקרה בויטה אשר התרעורים /או ארע עקב
תאונת שהתרחשה לאחר מועד תחילת הביטוח.

19. תנאי הצמדה למדד

19.1 דמי הביטוח יהיו צמודים לשיעור עליית המدد למנ ממד הבסיס ועד לממד שפורסם
לאחרונה לפני מועד תשלום כל תשלום במועדים הנוקבים במפרט.
19.2 תגמולי הביטוח וההשתתפות העצמיות הקבועים בפולישה /או בתוכניות הביטוח
יהיו צמודים לשיעור עליית הממד למנ ממד הבסיס ועד לממד שפורסם לאחרונה
לפני תשלום כל סכום תגמולו ביטוח והשתתפות עצמית.
19.3 על תגמולי הביטוח והתשומות האחרים שהמברשת חייב לשלם לפי פולישה זאת
/או תוכניות הביטוח, יתווסף הפרשי הצמדה כמשמעותם בחוק פסיקת בית
והצמדה, תשכ"א-1961, ביום קרות מקרה הביטוח ורשות צמודה בשיעור שנקבע
בסעיף 1 לחוק האמור מעתה 30 ימים מיום מסירת התביעה למבוטח.

20. התוישנות

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

21. מיסים והיטלים

בעל הפולישה או המברשת, לפי העניין, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים
החלים על ביטוח זו או המוטלים על דמי ביטוח ועל תגמולו הביטוח ועל כל התשלומים
האחרים שմברשת חייב תשלום על פי פולישה זו, בין אם מסים אלה קיימים ביום כניסה
הביטוח לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר.

22. ספקי שירות

המבטה יהיה רשאי לשנות מעט לעת כל רשיינה של נתוני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסזה זו, לרבות, אך לא רק, בתič חולמים, רפואיים מומחין, מנתחים ובתי מרפקת.

23. גבול אחוריות החברת מחוץ למדינת ישראל

- 23.1 אחריות החברה מוגבלת לגבולות מדינת ישראל, לפחות כיסויים לשירותים רפואיים בחו"ל כמפורט בפוליסזה זו ו/או בתוכניות הביטוח שצורפו לה.
- 23.2 **יובהר כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.**
- 23.3 על אף האמור לעיל, במידה ואירע מקרה ביטוח על פי ביטוח זה, בעת שהות המבוטח בחו"ל לתקופה שאינה עולה על 30 יום ברציפות, תהיה למבוטח זכאות לכיסוי בגין אותו מקרה ביטוח על פי תנאי תכנית הביטוח.

24. הוראות בזוגע לחילים המשרתים בחו"ל

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

25. שיפוט

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

26. הودעות

- 26.1 הودעה של המבטה לבעל הפוליסזה או למבוטח בכל הקשור לפוליסזה תישלח לפוי מענו האחרון של המבוטח או בעל הפוליסזה היודע למבטה, בדו"ר ישראל או בדו"ר אלקטרוני. בהיעדר הودעה בכתב מטעם המבוטח או בעל הפוליסזה על שינוי מענו, ייחשב כמענו האחרון יידוע למבוטח המטען המטען בפרט. הודעה של המבוטח או בעל הפוליסזה אל המבטה תישלח או תימסר בכתב למשרדי המבטה על פי הפרטים המופיעים על גבי הפוליסזה, באמצעות דוא"ר ישראל, דוא"ר אלקטרוני, מסרנו או באזור האישי של המבוטח באתר המבטה בכתבobot www.aig.co.il. כל מסמך שנשלח בדו"ר רשום לכתובת המבוטח או בעל הפוליסזה או למבטה, או למבטה, כאמור לעיל, יראה כאילו נמסר למענו בתום 7 ימים מיום שנשלח. כל מסמך שנשלח בדו"ר רשום לכתובת המבוטח או בעל הפוליסזה או למבטה, כאמור לעיל, יראה כאילו נמסר למענו בתום 7 ימים מיום שנשלח.

גילוי נאות - AIG MEDICARE

כיסוי לנитוחים בישראל משלים שב"ן

AIG MEDICARE	שם הביטוח
ניתוחים משלים שב"ן.	סוג הביטוח
מתחדשת כל שנתיים כמפורט בפרק ב' סעיף 5 בתנאים הכלליים.	תקופת הביטוח
<ul style="list-style-type: none"> • 3 התביעויות עם רופא מומחה לגבי ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח • שכר מנתח • ניתוח בבית חולים רפואי או במרפאה כירורגית פרטית הכלול את כל ההצלחות הרפואיות הנדרשות לביצוע ניתוח • טיפול מחליף ניתוח 	תיאור הביטוח
סיגי הפולישה וחריגיה מפורטים בפרק ד' בתנאים הכלליים של הפלישה ובסעיף 9 בנספח ניתוחים.	חריגים בפולישה - הפלישה אינה מכסה את המבוצח במרקם הבאים
90 יום לפחות ניתוחים טיפולים מחליף ניתוח או התביעות בוגנע להרין או לדיה, לגיביהם תחול תקופת אכשרה של 12 חודשים כמפורט בסעיף 8 בנספח ניתוחים.	תקופת אכשרה - אחריו כמה זמן מתחילה הביטוח ניתן לתבעו ולקבל תגמול
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים.	האם קיימים כיסויים חופפים בכיסוי המשלים של קופת החולים

פרמייה חודשית ברוט ביטוח	פרמייה חודשית	גיל
0.63	16.07	0-20
1.37	34.70	21-30
1.78	43.75	31-40
2.78	66.67	41-50
4.16	100.03	51-55
5.44	131.06	56-60
6.57	155.92	61-65
8.69	201.75	+66

- שים לב!
- 1) מחיר הביטוח עשוי להשתנות בהתאם למדד הרפואה או עקב מתן הנחה.
 - 2) הסכומים המפורטים בספר הפלישה הם לפי מדד מאוי 2015, נק'.
 - 3) באפשרות להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירותים השונים השונים במחשבון ביטוח השירותים באחר רשות ההו. **מחירי הביטוח וציון מדד השירותים למוצר זה נכונים ליום פרסום**

עלות הביטוח

תיאור הcisoisים בפוליסה

שם הכספי	תיאור הכספי	מה הסכם המקסימלי שניתן לתובע
טיפול רפואי ניתוח כמפורט בסעיף 5.1 בנספח ניתוחם בין אם בוצעו לפניו הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעו לאחריו.	עד 770 ש"ל להתייעצויות.	עד 770 ש"ל להתייעצויות.
טיפול רפואי ניתוח כמפורט בסעיף 5.2 בנספח ניתוחים	שכר מנתח כמפורט בסעיף 5.2 בנספח ניתוחים ניתוח בבתי חולים פרטי או במרפאה כירוגית פרטית הכוללת את כל החזאות והרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במילר הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרומ ניתוח, כמפורט בסעיף 5.3 בנספח ניתוחים.	עד 100% מתגמולו' הביטוח כמפורט במחירים במחרון AIG Surgery המחרון מפורטם באתר האינטראקטיבי AIG שכתרה: WWW.AIG.CO.IL
טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה, כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידת רפואיות מקובלות ועוד להישג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.	טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה, כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידת רפואיות מקובלות ועוד להישג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.	טיפול רפואי ניתוחם שאלו הוא מחליף.
לתשמות ליבן, 1) חברות הביטוח משוויקות פוליסת אחדה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסת זו מציעות את אותו המוצר. 2) למימוש כסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש דו-קיומיך על פי השב"ן, (שירותי בריאות נספים) חברת הביטוח תענוקיך כסוי מעבר לצואותך בתוכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח. 3) חברת הביטוח תשלם את החזאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה יש לך כסוי זהה בפוליסת אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפוף מעבר לגובה החזאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	טיפול רפואי ניתוח כמפורט בסעיף 5.4 בנספח ניתוחים.	הערות

ניתוחים בישראל, טיפולים מחלפי ניתוח והתייעצויות אגב ניתוח כיסוי "משלים שב"ן"

**תוכנית ביטוח המהווה כיסוי משלים לשיפוי הוצאות בגין
ניתוחים בישראל, טיפולים מחלפי ניתוח והתייעצויות אגב
ניתוח, מעבר לזכאות המבוסת בתוכנית השב"ן בה הוא חבר**

1. כלל:

- הכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו, כפוף לתנאי הפלישה אליה צורפה, על תנאה
וسيגיה, ככל שתוכנית זו נרכשה, ציינה במפורש במסמך ושולמו בוגינה דמי
הביתות.
- תנאי לכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו היינו כי במועד קורת מקרה הביטוח למבחן
הפלישה ותוכנית ביטוח זו בתוקף עבור אותו מבוטח.
- תוכנית ביטוח זו מהווה תוכנית בסיס, כהגדרה בתנאים הכלליים לפוליסה אליה
צורפה.

2. הגדרות מיוחדות לתוכנית ביטוח זו

- בנוסף לאמור בתנאים הכלליים בפוליסה יחולו על הכיסויים בתוכנית ביטוח זו
הגדרות המפורטות להלן.
- במקרה של סתירה בין הגדרות המפורטות בתנאים הכלליים בפוליסה ובין
הגדרות המפורטות בתוכנית ביטוח זו, להלן, יחול על הכיסוי על פי תוכנית ביטוח
זו האמור בהגדרות המפורטות בתוכנית ביטוח זו להלן.

2.3. ההגדרות:

- 2.3.1. בית חולים פרטי** - אחד מכל:
1. בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי
כליל כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפות לאומים (תיקון
חקיקה להשגת יעד התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
2. בית חולים ציבורי כליל כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות
המוסמכות לספק שירות בחירות רופא בתשלום.
- 2.3.2. התיעצות** - התיעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף
ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה
אחריו;
- 2.3.3. טיפול מחליף ניתוח** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף
לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידת רפואיות מקובלות, וזאת להישג
מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 2.3.4. מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות
העומד, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה
האמורה, שאינה בבעלות ממשלה, ואשר מתקבצות בה פעולות כירוגיות;
ניתוח - פועלה פולשניות - חידורית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול
במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד
מאלה, לרבות פועלה המתבצעת באמצעות קרן ליזר, לאבחון או לטיפול,
הראית אברים פנימיים בדרך אנידוסקופית, צנתור, אנטיגרפיה וכן ריסוק
אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;

- 2.3.6 קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 2.3.7 רופא מומחה** - רופא אשר אושר לו בידי 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 האמות.
- 2.3.8 שתל** - כל אבזר, איבר טבעי או מלאכותי או מלאיר טבעי, או איבר מלאכותי, פרט ניתוח המכוונה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שניים ושחל דנטלי.
- 2.3.9 תקופת אכשרה** - תקופה המתחילה בתאריך ה策טרופת המבוצח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצינה עבור כל כסוי, ובה המבוצח עדין אינו זכאי לכיסוי ביטוח מכוח הפלישה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבוטח.

3. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, שבוצע בישראל במובטו, במהלך תקופת הביטוח או התיעיצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

4. תנאי כיסוי משלים שב"

בקרים מקרה הביטוח יחולו התנאים הבאים:

- 4.1** בקרים מקרה הביטוח יפנה המבוצח למיושך זכויותיו על פי תנאי השב", נ, בקופה החולים בה הוא חבר.
- 4.2** לאחר שהמבוצח פנה למיושך זכויותיו על פי תנאי השב", ישלים המבוצח למ湧טח לפחות את ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל, לבין ההוצאות שהוא זכאי לקבל על פי תנאי השב".
- 4.3** תגמולי הביטוח בתוכניות זו יהיו עד לתקרת תגמולי הביטוח המפורטת בסעיף 6 (לרבות ההוצאות בין הניתוח, הטיפול מחליף הניתוח, ההתיעיציות, שתלים, והוצאות נלוות על פי הוראות רופא או בת' חולים), ובכפוף לתנאים המפורטים בסעיף 5 להלן.
- 4.4** קיומה של זכאות לכיסוי על פי תכנית השב"ן לא תהווה תנאי מוקדם לקיומו של הכיסוי הביטוחי, כאמור להלן:
- 4.4.1** במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכל העיתים בשב", לרבות במקרה שבו המבוצח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד ה策טרופתו לביטוח, ישולם למ湧טח סך ההוצאות בפועל עד לתקרת תגמולי הביטוח המפורטת בסעיף 6 (לרבות ההוצאות בין הניתוח, הטיפול מחליף הניתוח, ההתיעיציות, שתלים, והוצאות נלוות על פי הוראות רופא או בת' חולים).
- 4.4.2** במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתוכנית השב"ן, אי-תשולם דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למ湧טח לפחות ה策טרופת, שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהוא משולמות לו, במקרה של מימון ההוצאות על ידי תוכנית השב"ן שבה הוא היה חבר.

5. הכספי הביטוחי

פוליסת ניתוחים בישראל תכלול כיסוי למלא הוצאות של מקרים אלה בלבד:

- שלוש התיעיציות בכל שנה ביטוח; לעניין זה יובהר כי התיעיצות תכסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הנition או הטיפול מחליף הנition שההתיעיצות נערכה לגבי שכר מנתח.
- 5.1
5.2
5.3
- נition בבית חולים רפואי או במרפאה כירוגית פרטית; CISI זה יכול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הנition ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר נition, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הנition והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהnistoch ווצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום- נition.
- 5.4
- טיפול מחליף נition; CISI זה לא ישול מהmbotah את הוצאות נition אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המbotah לטיפול נוספת.

6. **תגמולי הביטוח**

הmbotah ישפה את המbotah בגין הנitionים, טיפולים מחליף נition המפורטים בסעיף 3 בהתאם לסוג הנition/תחלף הנition שבוצעו, ועד לתקרת הסcum הקבוע במחiron המפורטים באתר האינטרנט של החברה וכתובתו: www.aig.co.il.

הmbotah ישפה את המbotah בגין התיעיציות רפואי עד תקרה של 77 ש' להתייעצות.

7. **ברות ביטוח**

mbotah שבוטלה חברותו בתכנית השב"ן" בידי מי מהצדדים לתוכנית (בין אם הוא הצטרף במהלך תקופה זו לתוכנית שב"ן" בקופה אחרת שהיא קיימת תקופה אכשרה, ובן אם לאו), יהיה רשאי לפנות למbotah, תוך 60 ים ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן, בבקשת לעבור לכיסוי ביטוח נitionים, טיפולים מחליף נition והתייעיציות, במנגנון CISI "משקל ראשון" (להלן: "פוליסת הרmars").

במקרים אלה, נعتبر המbotah את המbotah לפוליסת המשך, שתנהיה על פי הקים באותה עת אצל המbotah, תוך מתן רצף ביטוח (ללא חיותם מחדש או בCHANGE מחודשת של מצב רפואי קודם) ולא תקופה אכשרה וכן בפורמה הנהוגה לכלל המbotahים בחברה באופןה עת. תחילת תקופה הביטוח בפוליסת הרmars תהיה למפרע ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן.

לענין סעיף זה "מועד ביטול החברות בתכנית השב"ן" - מועד הודעה קופת חולים על ביטול תוכנית השב"ן או המועד בו נכנס הביטול לתקוף, לפי המאוחר מביניהם.

8. **תקופת אכשרה**

- תקופת האכשרה לכיסוי נitionים, טיפולים מחליף נition או התיעיציות תהיה 90 ימים.
- 8.1
8.2
- על אף האמור בסעיף 8.1, תקופה האכשרה לכיסוי נitionים, טיפולים מחליף נition או נition או התיעיציות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

9. **חריגים לכיסוי**

- כאמור בתנאים הכלליים, על הכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו, יהולו החריגים והסיגים המפורטים להלן:
- 9.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופה הביטוח או במהלך תקופה האכשרה.
- 9.2 נition או טיפול מחליף נition מסוימות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפללה,מעט הפללה הנדרשת מסיבה רפואי.
- 9.3 נition או טיפול מחליף נition או טיפול שניינו נבע מצורך רפואי וכן עד למטרות גופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה,מעט הנitionים הבאים:

- 9.3.1** ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.
- 9.3.2** ניתוח לקיור קיבת למボטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בוגר מבעיות של סכנת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 9.4** ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשניים או בחניים המבוצעים על ידי רופא שניים.
- 9.5** השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתת כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקום, השתלה של מוח עצומות מתורות אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 9.6** ניתוחים או טיפולים מחליפים ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפים ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפים ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "זעדה הלסינקי עליונה" - "הזעדה העולימית" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.
- 9.7** מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולה איבה או הנבע באופן ישיר מפעליות כחות בעלות אופי הבא, לרבות בתרגילים או באמונים צבאיים או טרומ צבאיים מכל סוג שהוא.
- 9.8** מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשך לא קונבנציונלי או דיזום רדיואקטיבי;
- 9.9** 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.

10. ביטול הביטוח

- בנוסף לקבוע בפולישה, תוקף CISI זה יפג מאליון, בנסיבות אחד המקרים להלן, הקודם מביניהם:
- 10.1** עם ביטול הפולישה אליה מצורפת תוכנית ביטוח זו.
- 10.2** עם הפסקת תשלום דמי הביטוח, בהתאם לאמור בסעיף 6.2 לתנאי הפולישה אליה מצורפת תוכנית ביטוח זו.

11. שינויים, יתרומים או סטיות בתנאי הפולישה

- תוכנית ביטוח זו כפופה לכל תנאי הפולישה אליה צורפה.
- 11.1** כל שינוי /או יותר /או סטייה מהמור בפולישה יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו רק אם בכלל במפורש בתוכנית ביטוח זו.
- 11.2** במקרה של סתירה בין האמור בתוכנית ביטוח זו ובין האמור בתוכניות ביטוח אחרות שצורפו לפולישה /או האמור בתנאים הכללים של הפולישה, יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו, האמור בה.
- 11.3**

גילוי נאות - AIG MEDICARE

כיסוי לנитוחים וטיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל

AIG MEDICARE	שם הביטוח
ביטוח לניטוחים 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"> • שייפוי בגין הוצאות בגין ניתוח בחו"ל • שייפוי בגין שירותים נוספים • שייפוי בגין טיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל 	תיאור הביטוח
שיigi הפלישה וחיריגיה מפורטים בפרק ד' בתנאים הכלליים של הפלישה ובסעיף 4 בנספח ניתוחים בחו"ל	חריגים בפולישה - הפלישה אינה מכסה את המבוצעת במקרים הבאים
90 יום	תקופת אכזרה - אחרי כמה זמן מתחילה הביטוח ניתן ללבוע ולקבל תגמול
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים	האם קיימים כיסויים חופפים לביטוח המשלים של קופות החולים
פרמייה 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+
	עלות הביטוח
שים לב! 1) מחיר הביטוח עשוי להשתנות בהתאם למצבך הרפואי או עקב מתן הנחה. 2) הסכומים המפורטים בספר הפלישה הם לפי מัดד מאי 2015, נק'.	

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 ביתוחים בחו"ל			
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 השתול עד תקירה של 50,000 ₪ לשנת ביתוח.	
	עד 2 התיעzeitigות שקל 1,200 ₪ לרופא מומחה - 4,000 ₪ למנחת	התיעציגות עם רופא מומחה	
		העברות המבוקש ומלווה אחד	
	80,000 ₪	הטסה רפואי	
		הטסת גופה לישראל	
	150,000 ₪	פיקcio בגין מנות כתוצאה ישרה מניתוח	
	עד 100,000 ₪ ועד 200,000 ₪ בניתוח גדול כהדרתנו בפוליסה	הBAT רופא מנתח מחו"ל לישראל	
<u>SHIPOT 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 ניתן 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 פיזיותרפיה ריפוי בעיסוק שיעור כושר הדיבור טיפולים רפואיים בגיןmarsh הוצאות רפואיות בארץ
	500 ש"ל לכל יום החלהמה	גמלת החלמה
<u>טיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל</u>		
<p>סכום השיפוי המזרבי בגין טיפול או סדרת טיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל בגין מקרה בגין אعلاה על 200% מהסכום הקבוע במלחiron ניתוחים בישראל המפורסם באתר המבטח : www.aig.co.il בגין אותו סוג הניתוח המוחלף, ולא יותר מ- 250,000 ש"ל למקרה בגין איטהו, לפי הגובה מבכיהם.</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 ליבך, חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקירה הקבועה בפולישה. שים לב, במידה יש לךCSI 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

- 1.1 הכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו, כפוף לתנאי הפולישה אליה צורפה, על תנאייה וסיגיה, ככל שתוכנית זו נרכשה, צוינה במפורש במפרט ושולמו בגין דמי הביטוח.
- 1.2 תנאי לכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו הינו, כי במועד קרות מקרה הביטוח למבוטה, הפולישה ותוכנית ביטוח זו יתוקף עבור אותו מבוטה.
- 1.3 תוכנית ביטוח זו מהווה תוכנית נוספת, בהגדורתה בתנאים הכלליים לפולישה אליה צורפה.

2. הגדרות מיוחדות לתוכנית ביטוח זו:

- 2.1 בנוסף לאמור בתנאים הכלליים בפולישה, יחול על הכיסויים בתוכנית ביטוח זו ההגדרות המפורטות להלן.
- 2.2 במקרה של סתרה בין ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים בפולישה ובין ההגדרות המפורטות בתוכנית ביטוח זו, להלן, יחול הcisוי על פי תוכנית ביטוח זו והאמור בהגדרות המפורטות בתוכנית ביטוח זו להלן.

ההגדרות:

- 2.3.1 **הטסה רפואיות** - הטסה בשירותים מטושים רגיל או מטוס ייעודי, בלבד שנקבע, על-פני או ציוד רפואי המותאם למצבי הרופאי של המבוקח, בלבד שנקבע, על-פני קרייטרוניום רפואיים מקובלים, כי עשוי להתעורר צורך בהתקשרות רפואיים במהלך הטיסה.
- 2.3.2 **התיעצחות** - התיעצחות עם רופא מומחה בתחום הרלוונטי, אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 2.3.3 **טיפול מחליף ניתוח** - טיפול רפואי המבוצעידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי, כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידת רפואיים מקובלת ועד להישג מטרה דומה למטרת הניתוח אותה הוא מחליף.
- 2.3.4 **ניתוח גדול** - ניתוח לב פתוח, ניתוח מוח או ניתוח אחר, אשר תקופת האשפוז, כמוגדר בפרק ההגדרות הכלליות לפולישה זו, בעקבותיו, תעלה על 8 ימים רצופים ומלאים.
- 2.3.5 **רופא מומחה** - רופא, אשר אושר לו בידי הרשות המוסמכת בישראל, תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובוחינות), התשל"ג-1973, ושמו כולל ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמוראות או רופא שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשות המוסכמת לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בחו"ל בה ניתן השירות.
- 2.3.6 **שתל** - כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלactivo או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוקח במהלך ניתוח המcosaה במסגרת הביטוח, **למעט תותבת שניים ושתל דנטלי**.
- 2.3.7 **תנאי מקדים לאחריות המביטה** - המביטה יפנה לקבלת אישור המבטח מיד עם קביעת הצורך לביצוע הניתוח בחו"ל ובטרם ביצועו.

3.1 מקרה הביטוח

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

3.2 הכספי הביטוחי

בקורות מקרה הביטוח, ישלם המבוטח שירותי לספק השירותים /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,صيد 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 תקירה 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, שהוציאו על ידו בפועל.

ב. לא התקיים התנאי המקדים לאחריות המבטח כהגדרתו בסעיף ההגדירות לעיל, ישפה המבוטח את המבוטח לאחר בירור ואישור חנותו בגין הוצאותיו הרפואיות הקשורות בגיןו, שהוציאו על ידו בפועל, אך לא יותר מ-200% מהסכום הקבוע במחiron ניתוחים בישראל המפורטם באתר המבטח: www.aig.co.il בסוג הניתוח לא מופיע באתר האינטרנט של המבטח, סכום השיפוי המרבי לא עולה על 200% מהסכום הקבוע במחiron המפורטם באתר המבטח בגין ניתוח דומה, כפי שקבע על פי אמות מידת 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 במתבע ישראלי בישראל בהתאם לשער היציג של המתבע, שבו שולמו על ידי המבוטח אותן הוצאות, הידוע ביום ביצוע התשלום ע"י המבטח.

3.2.2 שייפוי בגין שירותי נוספים

3.2.2.1 שייפוי רפואי מומחה

טרם ביצועו, עם מנתח או עם רופא מומחה אחר בתחום הרלוונטי. החזר זה יהיה בגובה הסכם 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 רפואית - במקרה שנקבע על ידי רופא מומחה בתחום, כי המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, ויש צורך בהטסה רפואיות של המבוטח לחו"ל, כהגדרתה בסעיף ההגדרות לעיל, לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארוצה לאחר הניתוח, ישפה המבוטח בגין הוצאות ששולמו בפועל עד לסכום 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 שחזרו מבית החולים לאחר ביצוע הניתוח.

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

3.2.4 הובאת רופא מנתח מהו"ל לישראל - מבוטח, אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, או שהמבוטח קבע, לבקש את המבוטח, כי הכספי בגין ניתוח בחו"ל יונתן באמצעות שייפוי בגין הוצאות שהוצעו בפועל בעבר הבאותו של רופא מנתח מומחה מהו"ל לישראל לצורך ביצוע הניתוח, לרבות הוצאות ביצוע הניתוח, וזאת כתחליף לאמור בסעיפים 3.2.1 ו-3.2.2 (למעט סעיף 3.2.3). סכום הביטוח המירבי לשעיף 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 בגין ניתוח גדול בלבד -

3.2.5.1 הוצאות טיסה - הוצאות בגין רכישת כרטיס טיסה, בטיסה מסחרית רגילה במחלkat תיירים למבוטח ולמלואה אחד, בישראל לחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל וזרתו 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 שהוא 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 לשעיף זה לא עלה על 65,000 ₪ לסך כל הוצאות שהיא.

3.2.5.3 אח/ות פרטיה - הוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין אח/ות פרטיה לתקופת 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 שהוציא המבוטח בפועל בגין בדיקות והתייעצויות רפואיות בחו"ל, שנדרשו על ידי המנתה שבייצע בפועל את הניתוח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח וכמהמשך ישר ממכו, ובתנאי שבוצעו במשך 90 ימים ממועד ביצוע הניתוח. סכום הביטוח המירבי לשעיף 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 200₪ 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 עפ"י הוראות רופא מומחה בתחום הרלונטי תוך תקופה של 90 ימים ממועד ביצוע הניתוח, עד תקירה של 500₪ לטיפול, ולא יותר מ-12 טיפולים בגין מקרה **בイトוח 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 200₪ לטיפול, ולא יותר מ-12 טיפולים בגין מקרה **בイトוח ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20% מעלות כל טיפול.**

גמלת החלמה לאחר חזרה המבוטח לישראל - המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות החלמה של המבוטח, אשר הוצאה בפועל, במוסד הבראה בישראל, עד לסך של 500₪ 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 הביטוח - 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 כל דין במדינתה בה מתבצע הטיפול לבצע את הטיפול החלופי.
- 4.1.3 הטיפול החלופי בוצע בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל, המורשים לבצע את הטיפול החלופי על-פי כל דין במדינתה בה הם ממוקמים.

הכיסוי הביטוחי - 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 מחלפי ניתוח בחו"ל.
 - 4.2.2 הוצאות רפואיות הנדרשות לביצוע הטיפול מחלפי 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 במחירים ניתוחים בישראל המפורטים באתר המבטח: www.aig.co.il בגין אותו סוג הניתוח המוחלף, ולא יותר מ-250₪ למקרה ביטוח, לפי הגובה מבניהם.**

במקרה בו הניתוח המוחלף לא מופיע באתר האינטרנט של המבטח, סכום השיפוט המרבי לא עליה על 200% מהסכום הקבוע במחiran המפורטם באתר המבטח בגין ניתוח דומה, כפי שיקבע על פי אמות מידת רפואות 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 תגמולו 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 מהמחלת הניתוח המכוסה.

6.3 מקרה הביטוח ארע למכובט השווה רוב ימות השנה בחו"ל (פחות 183 ימים) במהלך 12 חודשים טרם מקרה הביטוח (או שלא יצא מישראל לצורך ביצוע ניתוח /או הטיפול מחליף ניתוח וחזר לישראל לאחר מכון).

6.4 ניתוח /או טיפול מחליף ניתוח שאינו נבע 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 שדר.

6.4.2 ניתוח לקיצור קיבה למצבה עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מכבוטה 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 נכלל 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 רופאים 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, דחות המנתח, וכן את כל הפרטיטים הננספים ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח, לרבות קבלות וכל הפרטיטים הנדרשים בקשר למצבו הרפואי בגין נזקק המבטח לניתוח או לטיפול המחליף ניתוח בחו"ל, כפי שידרשו המבטח.

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

AIG MEDICARE	שם הביטוח
ביטוח 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 הכרוכות בביוטר השתלה עד גבול אחראיות של 5,000,000 ש"ח 2) מסלול רפואי - פיצוי כספי חד פעמי בסך 350,000 ש"ח עד 1,200,000 ש"ח • טיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל עד 1,200,000 ש"ח למבוטח 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 במקרה 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!	
1) מחיר הביטוח עשוי להשתנות בהתאם למצבם הרפואי 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 ביחס להבריאות באutor רשות ההון. מחירי הביטוח וציון ממד השירות למוצר 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 שתי בדיקות למקורה ביטוח.
₪ 350,000	בדיקות לאיתור תרומה מוח עצם / או תאGI גutz / או דם היקפי / או דם טבורו.
₪ 100,000	בדיקות להתקנת האיבר.
₪ 200,000	הבאת מומחה רפואי לביצוע השתלה בישראל.
בגובה מחיר קרטיסים טיישה הליך ושוב במחלקת תיירם	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 הוצאות 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

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

שם הכספי: טיפולים מיוחדים בחו"ל

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

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

הערות

לחושמת ליבך, חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפולישה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי 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 בשירות מטושים רגיל או במוטס ייעודי, בלויין צוות ו/או ציוד רפואי המותאם למצבי הרפואית של המבוטח, בלבד שנקבע, על-פי קרייטריונים רפואיים מקובלים, כי עלול להתעורר צורך בהתקשרות רפואית במהלך הטיסה.

השכלה - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבב, כבד, שחלה, מעי וכל שימוש בהםם, והשתלת איבר שלם או חלק ממנו אשר נלקחו מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח במקוםם, או השכלה בגוף המבוטח של מה עצמות או תא גזע או תא אב אחרים, שהופקו מדם טבורי או שנלקחו מתרום אחר או מגופו של המבוטח.

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, שמנעו מהו סכנה ממשית לח'י המבוטח.

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 או טיפול חלופי בישראל וכי לא מדובר בטיפול נסיוני כהגדרתו בתנאים הכלליים לפולישה.

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

זמן ההמתנה בישראל לטיפול הוא ארוך מזמן ההמתנה בחו"ל ועלול לגרום להחמרה משמעותית במצבו של המבוטח, המשקנת את חייו / או העוללה לגרום נזונות רפואיות צמיחה בשיעור של 40% לפחות פירושו פגיעה קשה (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 החודרת 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 זו אפשר למבוטח, בנסיבות מקרה הביטוח, לבחוור באחד משני מסלולי כסוי שיפורטו להלן, בהתאם לתנאי הכספי המפורטים להלן, ובכפוף לתנאי לכיסוי הביטוחי.

תנאי לכיסוי הביטוחי

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

- נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי דין החל באותה מדינה.
- מתיקיימות הוראות החוק לענין 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

בנסיבות 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 המבוטח עצמו, עד תקרת כסוי בגין 350,000 ₪über סך כל הבדיקות וההוצאות.

ג. הוצאות בדיקות להערכת האיבור להשתלה (למעט עבור מכם וגין 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 ובקרה ולא ניתן להテיס 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 שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע השתלה.

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

ג. הוצאות בגין איבר מלאכותי שהושתל בגוף של המבוטח, בהתאם להגדלה בתנאי הפוליסה, ולתנאי תוכנית ביטוח זו, עד תשלום ככובע 400,000 ₪.

4.1.1.3 הוצאות לאחר ביצוע השתלה

- השנה. הוצאות שהיה סבירות בחול' לUMB ולבסוף למלואה לתקופה של עד 120 ים לאחר ביצוע ההשתלה, עד תקרת CISI בגובה 1,000 מ' ליום למלואה ולUMB. אם המבוקש שבסעעה זו ההשתלה בחול' הינו בטקי', תקרת CISI בגובה 1,500 מ'

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

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

- סכום השיפוי המרבי לו יהיה זכאי המבוטח בקנות מקרה הביטוח, בגין כל הוצאות הכרוקות ביצוע הטיפול הרפואי המוחדר בחו"ל, לרבות הוצאות המפורטו להלן, לא עלה על 1,200,000 ₪ למבוטח, וזאת בגין תלולות הביטוח וכל מקרים הביטוח יחד במצטבר.
- הכיסוי בגין הטיפול הרפואי המוחדר בחו"ל, כאמור לעיל, יהיה בגין הוצאות ששולמו בפועל, ובכפוף למפורט להלן:
- 4.2.1 תשולם לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור בדיקות הערקה רפואיות של המבוטח הנובעות ממקרה הביטוח.
- 4.2.2 תשולם לצוות הרפואי והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע הניתוח או הטיפול המוחדר 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 בעבור אשפוז בית 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 ביטוחן.
- 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 עורבים, טיפולים ממומתרפים או אונקולוגיים, טיפול היפורתמי, היפותרמי, דריוקות, הדלופות, בדיקה/ות ופעולות 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 ביצעת 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 רופאים המומחים כאמור בסעיף 3.2 לעיל, פרטיהם אודות בית החולים בחו"ל בו הינו מעוניין לבצע את ההשתלה או הטיפול המוחדר, דוחות המנתחת, וכן את כל הפרטים הננספים הקשורים בבייצוע 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

גילוי נאות - AIG MEDICARE

כיסוי לתרופות מוחוץ לסל

AIG MEDICARE	שם הביטוח
ביטוח לתרופות מוחוץ 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 ההתויה הרפואית לטיפול במצב הרפואי של המטופת יידי רשות מוסמכת בישראל או באחת המדינות המוכרות • תרופה הכלולה בסל בהתאם לרפואית אחרת • 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 הmobxוטה במרקם 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 המבטיחים השונים במחשבון鄙טוחה תיתכן 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 לתבע
תרופות מוחז לסל	תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות ואושרה לשימוש על פי התוויה 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 מרבי המתחדש בעת חידוש הפולישה.
	תרופה הכלולה בסל הבריאות להתויה רפואית אחרת כמפורט בסעיף 3.2 בנספח תרופות.	
	תרופת יтом כמפורט בסעיף 3.4 בנספח תרופות.	
	תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL עד 50,000 ₪ לחודש לפחות 10 חודשיים קלינדיים רצופים לכל מקרה 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	פייצי לשירות או טיפול רפואי הכרוך בנטילת התרופה שאושרה כאמור בסעיף 4.3 בנספח תרופות.	150 ₪ ליום עד 60 ימים.
	לשומנת ליבך, חברות הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפולישה. שים לב, במידה יש לך CISI זהה בפולישה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לתגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפולישה.	

תרופות שאינן מכוסות בסל הרווחות

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 תנאה
וSIGMA, ככל שתוכנית זו נרכשה, ציינה במפורש ושולמו בגין דמי הביטוח.
תנאי לכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו הינו כי בעוד קורת מקרה הביטוח למכותה
הפולישה ותוכנית ביטוח זו בתוקף עבור אותו מכותה.
תוכנית ביטוח זו מהווה תוכנית בסיס, בהגדרתה 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, לפחות טיפול הנitin במסגרת אשפוז יום.
- מחיר מרבי מאושר** - הסכם המאושר, מעת לעת, לגבייה בגין תרופה, על ידי
הרשויות המוסמכות בישראל.
לא נקבע לרופאה מחיר מרבי מאושר על ידי הרשותות המוסמכות בישראל, יקבע
המחיר מרבי על פי הסכם המרבי המאושר לאלה תרופה בהולנד, במחירים دولار
אורה"ב.
לא נקבע לרופאה מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע המחיר מרבי על פי הסכם
המרבי המאושר לאלה תרופה באנגליה, במחירים דולר אורה"ב.
יחסוב מחירי دولار אורה"ב עשה על פי שער המכורה (העברות והמחאות) של
долר אורה"ב שהיה נהוג בנק הזרים בע"מ, ביום הכנסת התשלום על-ידי
הimbach 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 קביעת המינון 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 המבוטח, ובכלל שהתרופה הוכרה
כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מה הבאים:
FDA – פרטוני ה-ADA.

American Hospital Formulary Service Drug Information 2.5.2

US Pharmacopoeia - Drug Information 2.5.3

הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת הממלצות):
- עצמת המלצה (Strength of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I
או IIa.

- חזק הראות (Strength of Evidence) – נמצאת בקטgorיה A או B.
- עילות (Efficacy) נמצאת בקבוצה I או IIa.

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 במצטבר:

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

- הפרסום נעשה בעיתונות רפואיות שימושה כתבי עת מדעיים מקובלים ולא בעיתונות יומיית או בידיעון כלשהו או כזה המתפרסם באמצעות גופים או עמותות הנוגעות בתחום רפואי מסוים.

תרופה נסינית - אחת מלאה:

- תרופה אשר לא אושרה ע"י הרשות המוסמכת במדינות המוכרות לטיפול בהתויה הרפואית הנדרשת למボטה.

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

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

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

תרופה יתומן - תרופה לטיפול במחלת נדירה אשר אושרה ו/או הוכחה כתרופה יתומן ע"י הרשות המוסמכת באחת או יותר מהמדינות המוכרות, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.

3. מקרה הביטוח .3

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

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

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

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

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

4. הcisוי הביטוחי

בקרות מקרה הביטוח זכאי המבוטח לכיסוי עלות הטיפול הרפואי, בגיןו השתתפות עצמית ועד תקרת הcisוי המפורט להלן, ובהתאם לתנאים המפורטים להלן:

4.1 המבוטח ישפה את המבוטח או ישלם שירותים לספק הטיפול, על פי שיקול דעתה המבוטח, בגין מקרה רפואי, כהגדרתו לעיל, אשר ארע למבוטח בעת היהו cisוי זה בתוקף, עבור הוצאותיו לריפוי, ועד תקרת סכום הביטוח הרפואי.

4.2 הcisוי ינתן לכיסוי המין הנדרש בכל פעם, בגיןו הסכום שבו השתתפו קופת החוליםים ו/או השב"ן של קופתו, אם השתתפו, וב בגיןו השתתפות עצמית המפורטת להלן, עד תקרת סכום הביטוח הרפואי.

4.3 המבוטח ישפה את המבוטח או ישלם שירותים לספק השירות, על פי שיקול דעתה המבוטח, עבור השירותים ו/או הטיפול הרפואי הקשור בנסיבות הטיפול, כאמור לעיל, עד 150 ש"ל ליום, ולתקופה שלא עולה על 60 יום במצטבר.

למען הסר ספק, cisוי על פי סעיף זה ינתן אך ורק בגין נטילת תרופות, אשר המבוטח שיפסה את המבוטח עבור ריצישן.

4.4 הcisוי להוצאות בגין ריצישת תרופה על פי תוכנית ביטוח זו, לא עולה על המחיר המורבי המאושר לאחתה תרופה.

4.5 הcisוי על פי פרק זה ינתן בגין הוצאות שהוצעו בפועל בלבד.

4.6 מובהר ומודגש בדף cisוי הרפואי יהיה אך ורק בגין עלות הטיפול, ולא ינתן cisוי עבור השירותים ו/או הטיפול הרפואי הקשור במנתן הטיפול, למעט האמור בסעיף 4.3 לעיל.

5. סכום הביטוח המידי

5.1 סכום הביטוח הרפואי שיישלם המבוטח בגין תביעה ו/או תביעות המкосות על-פי תוכנית ביטוח זו, יהיה עד לסר 1,500,000 ש"ל לתקופת טיפול בגין הנסיבות ומשמעותה בפרק התנאים הכלליים לפוליסה אליה צורפה תוכנית ביטוח זו. בעת חידוש הביטוח, יחולש סכום הביטוח הרפואי.

5.2 סכום הביטוח הרפואי שיישלם המבוטח מתוך הסר הרפואי הקבוע בסעיף 5.1 לעיל, בגין תביעה ו/או תביעות לריפוי OFF LABEL, המכוסה על פי סעיף 2.5.6, בגין תביעה זו, שימושו הינה כי הטיפול הוכרה ב-3 פרסומים מדיעים מקובלים לפוליסה זו, שלא הזכרו בפרסומים המפורטים בסעיפים 2.5.5 - 2.5.1 (כולל), והוא עד לסר של 50,000 ש"ל לחודש ולתקופה שלא עולה על 10 חודשים קלנדירים רצופים, לכל מקרה ביטוח.

5.3 סכום הביטוח הרפואי יתחדש בכל תקופה טיפול, כאמור לעיל, למעט סכום הטיפול המפורט בסעיף 5.2 לעיל. למען הסר ספק מובהר, כי cisוי לריפוי OFF LABEL יחולש אך ורק לגבי הטיפולים המפורטים בסעיפים 2.5.5 - 2.5.1 (כולל). לא יחולשו סכומי ביטוח לגבי טיפול OFF LABEL המכוסה על פי סעיף 2.5.6 לפוליסזה זו.

5.4 חידוש סכומי הביטוח יעשה באופן הבא:

5.4.1 מבוטח, אשר בגין תביעתו ו/או תביעותיו על פי תוכנית ביטוח זו, קיבל מהמבוטח את סכום הביטוח הרפואי במילואו, יהיה זכאי לסקום טיפול מרבי נוסף כמפורט בסעיף 5.1, עם חידוש תקופת הטיפול כאמור, בכפוף לאמור בסעיף 5.3.

5.4.2 מבוטח, אשר בגין תביעתו ו/או תביעותיו על פי תוכנית ביטוח זו, קיבל מהמבוטח חלק מסכום הביטוח הרפואי, יהיה זכאי לסקום טיפול מרבי מלא, כמפורט בסעיף 5.1, עם חידוש תקופת הטיפול כאמור, אשר יחליף את יתרת סכום הטיפול שנותרה לאחר תשלומי המבוטח. יודגש כי סעיף זה

יחסול אך ורק לגבי הסכומים המתחדשים בלבד, כמפורט בסעיף 5.2 ובכפוף
לאמור בסעיף 5.3.

6. השתתפות עצמית

- בגין תרופות כמפורט בסעיף 2 תשולם השתתפות עצמית בסך 300 ש' למרשם.
על אף האמור בסעיף 6.1 לעיל, בגין תרופה שעולתה החודשית, על פי מחירה
הרבבי המאושר, עולה על 5000 ש', לא תשולם השתתפות עצמית.
יובהר, כי ההשתתפות העצמית למרשם הינה חודשית ויחסול על כל חדש בנפרד.

7. חריגים נוספים ומוחדים לכיסוי זה

ambil לגורע מהחריגים הכלליים הקבועים בפולישה, המבetta לא ישלם תגמולו ביטוח
או תשלומיים אחרים כלשהם בגין טיפול רפואי המפורט להלן ו/או בגין מקרה ביטוח
על-פי תוכנית ביטוח זו, שנגרם במישרין או בעקיפין, על-ידי או עקב אחת או יותר
מהנסיבות הבאות:

- 7.1 טיפול ניסיוניות.
7.2 תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה שבוצעו בבית חולים, או במהלך
אשפוז בבית חולים כמוגדר בפולישה (למעט באשפוז יום).
7.3 תרופה לטיפול בעיות שניים.
7.4 טיפול רפואי מונע במסגרת שירות רפואי מנעת, טיפול ביוטמינים ו/או חיסונים
ו/או תוספי מזון.
7.5 טיפולים רפואיים שעדיין לא ניתן למכוון בפועל ו/או בגין התcheinות גותן
השירות לטיפולים רפואיים עתידיים.

8. תביעות

בנוסח כאמור בתנאים הכלליים, ובכפוף להם, המבetta ישלם למכוון את תגמולו
הביטוח לפי תוכנית ביטוח זו, או בעברית שירות לנוכח השירות אם נתקיים כל אלה:
8.1 המבetta יפנה לאישור המבetta קודם לרכישת התרופות כאשר בידיו מרשם,
ויקבל את אישורו להchnerו על פי תוכנית ביטוח זו. למען הסר ספק, מובהר כי
קיבלה אישור כאמור איננה תנאי לתשולם התביעה, ובמקרים בהם נרכשה
התרופה ללא אישור המבetta מראש, יידן המבetta בתביעה לאחר מכון ויאשר
אותה אם היא עומדת בהוראות פולישה זו ו/או תוכנית ביטוח זו המצוירת לה,
והוגשו למבetta כל המסמכים הנדרש.

לא קיימה חובת המבetta לפי סעיף זה במועדה, וקיומה היה מאפשר למבetta
להקטין חבותו, אין המבetta חייב בתגמולו הביטוח אלא במידה שהיא חייב בהם
אליה קיימה החובה. הוראה זו לא תחול בכל מקרה מלאה:

- 8.1.1 החובה לא קיימת או קיימת באיחור מסוימות מוצדקות;
8.1.2 אי קיומה או איוראה לא מנע מן המבetta את בירור חבותו ולא הבהיר עלי
הבירור.

לכל תרופה ינתן מרשם נפרד והמנון בכל מרשם ניתן לטיפול של עד שלושה
חודשים בכל פעם. אם ניתן למבetta מרשם לטיפול רפואי לתקופה פרחותה
משלושה חודשים ייה המבetta רשאי להמציא מרשם לחודשיים נוספים,
חתוממים בידי רופא שאינו רופא מומחה, לפי בחירתו, ובתנאי שאחת לשולשה
חודשיים ימציא המבetta מרשם רפואי מומחה.
למען הסר ספק, יודges, כי גם על פי מרשם שניון לשולשה חודשיים, תנוכה
השתתפות העצמית מיד' חודש.

- 8.3 המבטיח לא ישפה מבוטח המצוין מחוץ לגבולות מדינת ישראל לעלota מ-180 ימים ברציפות לאחר קורת מקורה הביטוח, כל עוד שוהה המבטיח בחו"ל. מובהר בזאת, כי אם חזר המבטיח ארצها והוכיח זכאותו לתגמולו ביטוח כאמור, המבטיח ימשיך לשלם בהתאם להוראות כספי זה.
- 8.4 במקרה של הפסקת הדואות לתגמולו הביטוח, על המבטיח להודיע על כך מיידית למבטח בכתב רשמי ו/או בכל דרך אחרת. **תשליםים שקיבל מבוטח שלא כדין, יוחזרו למבטח.**

9. **שינויים, יתורים או סטיות בתנאי הפלישה**

- 9.1 תוכנית ביטוח זו כפופה לכל תנאי הפלישה אליה צורפה.
- 9.2 כל שינוי ו/או יתרור ו/או סטייה מהאמור בפלישה יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו רק אם בכלל במפורש בתוכנית ביטוח זו.
- 9.3 במקרה של סטירה בין האמור בתוכנית ביטוח זו ובין האמור בתוכניות ביטוח אחרות שצורפו לפוליסה ו/או האמור בתנאים הכלליים של הפלישה, יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו, האמור בה.

תמצית תנאי הביטוח - הרחבת לרופות בהתאם אישית ובדיקות גנטיות

גילוי נאות- AIG MEDICARE הרחבת לרופות בהתאם אישית ובדיקות גנטיות																			
שם הביטוח	AIG MEDICARE																		
סוג הביטוח	הרחבת לרופות																		
תקופת הביטוח	מתהדרשת כל שנתיים כמפורט בפרק ב', סעיף 5 בתנאים הכלליים כיסוי לאחד או יותר מה הבאים: <ul style="list-style-type: none">• לרופות בהתאם אישות כהגדרתן בסעיף 2.8 בתנאי הרחבנה• בדיקות גנטיות ו/או בדיקות גנטיות כהגדרתן בסעיף 2.1 ו- 2.2 בתנאי הרחבנה• 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 לרופות בהתאם אישית ובדיקות גנטיות																		
תקופת אכזרה - אחריו כמה זמן מתחלת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול	90 ימים																		
הוצאות הביטוח	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">פרימה 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>	פרימה 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
פרימה 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																		
שים לב! 1. מחיר הביטוח עשוי להשתנות בהתאם למצב רפואי או עקב מתן הנחה. ברכישת חבילות ביטוח תיתכן הזולה בפרימה. 2. הסכומים המפורטים בספר הפוליסה הם לFY ממד דצמבר 2015, 538.0594 נק'.																			
3. באפשרות להשוות בין מחירי הביטוח וציון מועד השירות של המבטיחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות ההון. מחירי הביטוח וציון מועד השירות למוצר זה נקבעים ליום פרסוםם.																			

תיאור הכספיים בפולישה

שם הכספי	תיאור הכספי	מה הסכם המקסימלי שניון לתבוע	השתתפות עצמית
תרופות בההתאמאה אישית ובבדיקות גנטיות	תרופות בההתאמאה אישית ובבדיקות גנטיות	עד 250,000 ש"ן בחודש ולא יותר מ-1,000,000 ש"ן למקראה ביטוח ולכל תקופות הביטוח	לאה השתתפות עצמית
	בדיקות גנטיות או גנומיות כהגדרתן בסעיף 2.1-2.2 ובההתאמם למפורט בסעיף 4.2 להרחבת תרופות בההתאמאה אישית ובבדיקות גנטיות	עד 30,000 ש"ן למקראה ביטוח ולא יותר מ-60,000 ש"ן לתקופת הביטוח	20% מהסכום שהוציא המבוטח בפועל עבור הבדיקות
	ויטמינים או חוסך תזונה או קנאביס רפואי - למחלת הסרטן כהגדרתם בסעיפים 2.3, 2.5-2.7 ובהתאם למפורט בסעיף 4.3 להרחבת תרופות בההתאמאה אישית ובבדיקות גנטיות	עד 1000 ש"ן לחודש לחודש (לאחר השתתפות עצמית) ועד 15,000 ש"ן למקראה ביטוח ולכל תקופות הביטוח	150 ש"ן לחודש
	כיסוי לשירות או טיפול רפואי הכרוך בנטיילת תרופה מותאמת אישית שאושרה בהתאם לסעיף 4.4 להרחבת תרופות בההתאמאה אישית ובבדיקות גנטיות	350 ש"ן ליום עד 60 ימים	לאה השתתפות עצמית
הוצאות	لتשומת לבך, חברות הביטוח תשולם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפולישה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפולישה אחרת לא תהיה דכאי להחזיר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפולישה.		

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, המבוצעת על 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, המבוצעת על 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 בנטילת התרופות בהתאם אישית, במהלך תקופות הביטוח בגין מקרה ביטוח ולהחר ניכוי השתתפות עצמאיות.
- 2.5 "קנאביס רפואי"** - קנאביס הנintel למטרות רפואי לטיפול במקרים של סרטן, או להקלת בתסמים הנובעים ממחלה הסרטן, אשר ניתן למボטח אישור לשימוש בו על ידי גורמים 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 תוסוף התזונה יעליל באופן ממשי טיפול / או תמיכה במצבו הרפואי של המבוטח

/או להקללה בתסמינים ותופעות לוואי הנובעות מהמצב הרפואי /או מהטיפול במצב הרפואי של המבוטה.

2.8

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

- 2.8.1 תרופה, שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות והmbוטה קיבל אישור ליבוא אישי שלה על פי סעיף 29 א' 3 לתקנות הרוקחים למtan תשס"מ (תקשיים) התשס"מ"-1986 (אישור על פי פקודת הרוקחים למtan תשס"מ (תקשיים) רפואי שAINO רשום בספר התרופות לחולה ספציאלי 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 אחרות) ובהתקדים אחד מהתנאים הבאים:
- 2.8.2.1 התרופה נמצאה עילאה לטיפול במצב רפואי אחר וללא במצב בדיקה גנטית /או בבדיקה גנטית להתקנת הטיפול בתרופה.
- 2.8.2.2 רופא מומחה קבע, כי מתקנים התנאים הבאים במצב הרפואי:
- 2.8.2.2.1 התרופה עילאה באופן ממשי לטיפול במצב רפואי שני פרסומים מדעיים רפואיים
- מקובלים לפחות.
- 2.8.2.2.2 התועלות בשימוש בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה.
- 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 גנטומית, לאחר שאובחנו המבוטח במחלת, ולצורך בחינת התקנת הטיפול הרפואי והשפעתו על אותה המחלת, קיבל החלטה טיפולית רפואיות, לרבות כדיות הטיפול /או מניעת תופעות לוואי, /או קביעת המין והערכות התקדמות עתידית של המחלת, והכל, על פי הוראת רופא מומחה.
- 3.1.3 בשל מחלת הסרטן - נטילת ויטמינים /או תוסף תזונה /או קנאביס רפואי, על פי הוראת רופא מומחה.
- 3.2 תגמולי הביטוח יישלמו לmbוטה על פי הרחבבה זו, בגין המקרים לעיל בהתאם לסעיף 8 לתוכנית הבסיס וסעיף 10 לתנאים הכלליים ועד לאחר כניסה להרחבבה לתוקף ולאחר תום תקופת האכשה.

4. הכספי הביטוחי

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

תרופות בהתאם אישית -

- 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 מרשים 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 ו/או הרחבה זו, וhogשו לחברה כל המסמכים כנדרש.
- 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 מסוימות 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 למחלת הסרטן או אותם על פי הנקיטת רופא מומחה **בעור טיפול במחלת הסרטן / או לצורך הקלה בתסמיינים הנbowים ממחלת הסרטן/ או מהטיפול הרפואי למחלת הסרטן, וכן שמהחלת 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 לשירותים / 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 קיימים 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**
- 5.1 מוביל לגרוע מהחריגים המפורטים בפרק התנאים הכלליים לתקנית ביטוח בריאות והחריגים הנוספים בסעיף 7 לתקנית הבסיס, למעט החיריגים שבוטלו מפורשות בתקנית ביטוח זו, החברה לא תשלם תגמולו 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:
- 5.1.1 שתל / או אביזר / או אמצעי אחר להחדרת תרופה, לרבות שתל / או אביזר מצופה תרופה;
 - 5.1.2 תרופה לטיפול בהשמנת יתר;
 - 5.1.3 תרופה למגילה מעישון;
 - 5.1.4 תרופה לטיפול באין אנות;
 - 5.1.5 תרופה לטיפולים קוסמטיים / או אסתטיים;
 - 5.1.6 טיפול רפואי מונע למחלה החיסוני הנרכש (SIDA) / או לנשאות של HIV / או טיפול רפואי מונע למחלה הצחבת (הפטיטיס) לסוגיה השונות.
 - 5.1.7 תרופה ניסיונית, אשר לא אושרה ע"י הרשות המוסמכת במדיניות המוכנות לטיפול בהתויה הרפואי הנדרשת למוכחת, למעט טיפול/תרופה המכוסה באופן מפורש בהרחבת זו.
 - 5.1.8 בדיקות גנטיות הקשורות בהריון/טרום לידה בעובר.

6. תקופת אכשלה
על הרחבת זו תחול תקופת אכשלה של 90 ימים.

תמצית תנאי הביטוח - נספח לרפואה אמבולטורית ואבחון רפואי מהיר

גילוי נאות - AIG MEDICARE שירותי רפואי רפואי אמבולטורית ואבחון רפואי מהיר					
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 ליד. הזכאות לכיסויים ליד תינוקן אם צוין במפורש במסמך הפולישה 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 חוופיים בביטוח המשלים של קופות החולים				
פרמייה חודשית ללא רכישת כיסוי אמבולטוריה	אmbolutorio מרווח לח'ך (חל'ך ב')	אmbolutorio מרווח לח'ך (חל'ך ב')	אmbolutorio מרווח לח'ך (חל'ך ב')	נספח אmbolutorio ואבחון רפואי מהיר (חל'ך א')	נספח אmbolutorio ואבחון רפואי מהיר (חל'ך א')
24.97	23.95	8.24	8.24	0-18	גיל
		47.53	38.79	19-55	
		53.24	53.24	56-64	
		58.56	58.56	+56	
שים לב! 1) מחיר הביטוח עשו להשתנות עקב מתן הנחה. 2) הסכומים המפורטים בספר הפולישה הם לפי מัดד 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'					
הтиיעצויות עם רופא מומחה	4. עם רופא מומחה כמפורט בסעיף 5.1	3 חודשים להתייעצויות	90 ש"	1. בגין התיעצויות ראשונה 80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-750 ש"ן 2. בגין יתר ההתייעצויות 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 מעתות הבדיקה בהתאם למחיון משרד הבריאות	20% מעתות הבדיקה בהתאם למחיון משרד הבריאות	1. 4500 ש"ן לצינטורים וירטואלי/ ירטומסקופיה וירטואלית/ גלולה להראית המעי הדק 2. 4000 ש"ן לשאר הבדיקות האבחנתיות המכווצות 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 במרקח העולה על 40 ק"מ ממקום מגורי המבוקח, המבוקח יהיה זכאי לנונן שירות אחר בכפוף לקבלת אישור הספק מראש. במקרה זה, תקרת השיפוי תהיה - 50% מההוצאות בפועל ולא יותר מ- 80 ש"ח למפגש.</p>	<p>90 ש"ח 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"ח לכל בדיקה. סכום השיפוי המזרבי להרionario בגין כל הבדיקות המפורטות בסעיף 5.6.1.1 במצטבר - 4000 ש"ח לכל תקופת ההרionario.</p>		<p>12 חודשים</p>	<p>בדיקות הרionario למבוקחת הרה כמפורט בסעיף 5.6.1 הcoliילם: סקירת מערכות ראשונה ושניה, שקיות עורפית, מי שפיר, סייסי שלייה, בדיקות גנטיות, צ'יפ גנטי ובדיקת דם מחליפה מי שפיר</p>	
<p>650 ש"ח להרionario</p>			<p>שמירת דם טבורי כמפורט בסעיף 5.6.2</p>	<p>שירותי סל הרionario כמפורט בסעיף 5.6</p>
<p>280 ש"ח להרionario</p>			<p>קורס הכנהليلדה למבוקחת הרה כמפורט בסעיף 5.6.3</p>	
<p>200 ש"ח ליום ועד לתקרה של 7 ימי שהייה להרionario</p>			<p>בית החלה (מלוניית) למבוקחת לאחר לידה כמפורט בסעיף 5.6.4</p>	
<p>50% מההוצאות בפועל ולא יותר מ- 50 ש"ח למפגש</p>	<p>40 ש"ח למפגש</p>		<p>יעצתת הנקה למבוקחת לאחר לידה, עד 12 מפגשים להרionario כמפורט בסעיף 5.6.5</p>	

					טיפולים פיזיולוגיים והידרותרפיה
ולא יותר מ-120 נט לטיפול ולא מההוצאות בפועל 50%	40 נט לטיפול	3 חודשים	16 טיפולים בשנה כמפורט בסעיף 5.7		
ללא השתתפות עצמית	ללא תקופת אכשרה	ללא מיפוי זכויות באמצעות מוקד הספק כמפורט בסעיף 5.8			שירותי "מקסימום בריאות"
ליעוז 150 נט	3 חודשים	שירות אבחון ראשון הכללי "יעוז עם רופא" מומחה שבהסכם כמפורט בסעיף 5.9.1			שירות אבחון רפואית מהירה בموافחת נתן השירות שבהסכם כמפורט בסעיף 5.9
500 נט. בכיצוע בדיקות ביופסית - שד - השתתפות עצמית נוספת בסך 320 נט	3 חודשים	שירות אבחון רפואי מקיף (בדיקות הדמיה רפואיות אבחנתיות) כאשר נדרש המשך אבחון ובירור המצב הרפואי כמפורט בסעיף 5.9.2			
שירותים רפואיים לילדים - חלק ב'					
ללא השתתפות עצמית	لלא תקופת אכשרה	התיעצות טלפונית/מקוונת עם רופא ילדים ללא מגבלה ועד 90 דקות ממועד הפנייה לקבלת השירות כמפורט בסעיף 5.10			התיעצות רפואית/טלפונית/ יעוז רפואי עם רופאים 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 תקופת 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) וריכוד (MOXO) 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) וריכוד (MOXO) עד 3 אבחונים לכל תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 5.15</p>	פיתוח מיומנויות למידה
<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>	

<p>75% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-200 ש"ח לטיפול. סכום השיפוי המירבי 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 התפתחותיים 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

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

1. כללי

- המבוטח יהיה זכאי לשירותים הכלולים בנספח זה, או לשיפוי בגין החזאות שheckeo
בגינם בפועל, בכפוף לתנאים, להוראות ולסיגים המפורטים להלן, וב└בך שצוי
במפורט במפרט הפלישה, כי נספח זה מתווסף לפלישה על שם המבוטח והינו
בתוקף בmund קבלת השירותים בפועל, וב└בך שהפלישה אף היא בתוקף במועד
קבלת השירותים.
- השירותות הנ提נים על פי נספח זה ניתנים על ידי הספק, שאינם חברה, והם
ניתנים בתנאים ובמגבליות המפורטים בנספח זה.**
- נספח זה ייחשב לתוכנית נוספת כהגדרתה בתנאים הכלולים, בכפוף לתוקפה של
הפלישה אליה נלווה נספח זה והוראות התנאים הכלולים והחריגים של הפלישה,
אליה מצורף נספח זה, חלים עליו, ככל שלא קיימות הוראות סותרות בנספח זה.
- כל האמור בנספח זה בלשון יחיד, משמעו גם בלשון רבים. כוורות הטעיפים
נקתבו לצורך הנוחות בלבד, ולא תשמשנה לצורך פרשנות.

2. הגדרות

- בנוסח להגדרות הכלולות בפלישה אשר יחולו במלואן על תנאי הכספי, בנספח זה יהיו
לmongim המפורטים להלן המשמעות האמורה שבדרכם:
- 2.1 "דמי הביטוח"** - הסכומים שעול בעל הפלישה ו/או המבוטח לשלם לחברה בגין
הזכאות לשירותים בנספח זה, כנקוב במפרט הפלישה.
- 2.2 "החברה"** - איי אי גי' ישראל חברת 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, כהפרש בין תאריך לידת המבוטח
לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. שישה חודשים ומעלה יוסיפו לגיל המבוטח שנה
שלמה. בהתאם כל שנה ממוקד תחילת הביטוח ישנה גיל המבוטח בשנה אחת.
- 2.5 "השתתפות עצמאית"** - סכומים שהמבוטח מחזיב לשלם, בהתאם לקבלת השירותים
על פי הוראות נספח זה.
- 2.6 "יום עסקים"** - ימים א'-ה' שאינם ימי חג, ערבי חג או יום שבתון.
- 2.7 " מבוטח" - אדם המבוטח על פי הפלישה ונספח זה אשר שמו מציין במפרט כמו
שಡאכי לקבל שירותים על פי נספח זה.**
- 2.8 "המועד הקובל"** - מועד כניסה לתוקף של נספח זה עברו המבוטח, כאמור
במפורט הפלישה.
- 2.9 "המועד"** - מוקד טלפוני לטיפול בפניות המבוטחים לקבלת השירותים
באמצעותו יופנו המבוטחים לנוטני השירות לשם קבלת השירותים על פי נספח
זה ו/או אשר יטפל בחזריהם הכספיים המגיעים למבוטחים על פי נספח זה. מס' ספר
הטלפון של המוקד: **03-5688588** והוא ניתן לשינוי ו/או לעדכן בכל עת בכפוף
לעדכן המבוטח מראש.
- 2.10 "יעצת הנקה"** - מי שהוסמכה מטעם IBLCE, הארגון הבינלאומי להסמכת יועצות
הנקה, לרבות המורים לשם ארגון זה בישראל.
- 2.11 "יעוץ מקוון"** - שיחת יעוץ באמצעות שימוש בטכנולוגיה אינטראקטיבית המعتبرה
קול ותמונה חזותית באמצעותה ניתן להקל המבוטח שיחה עם הרופא מטעם גותן
השירותות לצורך קבלת השירותים המפורטים בנספח זה.

- 2.12 "מחירון משרד הבריאות"** - מחירון לשירותים רפואיים ומנהליים, הכלול תעריפיים אמבולטוריים ותערפי אשפוז שונים לצורכי התחרשנות במערכות הבריאות בישראל, כפי שמתעדכן מעת לעת על ידי משרד הבריאות ומפורסם באתר האינטרנט של משרד הבריאות.
- 2.13 "מפורט הפליטה"** - מסמך המהווה חלק בלתי נפרד מפולשת הביטוח אשר בו מצוינים, בין היתר, פרטי המבוקח, מקום דמי הביטוח, המועד הקובל ופרטים נוספים הנוגעים לנספח השירות.
- 2.14 "נותן שירות"** - נותן שירות שבהסכם /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 שירותים המפורטים בספח זה, ואשר אינו נותן שירות שבהסכם.
- 2.16 "נותן שירות שבהסכם"** - מטפל באחד או יותר מתחומי השירותים, אשר עבר הכשרה לעסוק בתחום הטיפול שבו הוא משתמש כמטפל, המספק שירותים מהשירותים המפורטים בספח זה, ואשר הספק קשור עמו בהסכם תקף במועד פיתוח המבוקח למוקד לצורך קבלת השירות. **רישימת נתני השירות מופיעה באתר הספק ומתחדכנת מעת לעת.**
- 2.17 "סכום שיפוי מרבי"** - הסכום המרבי שישפה הספק את המבוקח בגין כל שירות בהתאם למפורט לגבי בסעיף 5 שלו להלן.
- 2.18 "פליטה"** - פוליסט הביטוח מסווג בריאות, אליו מצורף נספח זה.
- 2.19 "רופא"** - מי שרשי לעסוק ברפואה בישראל לפי פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ג-1976, **למעט רופא טרינר ורופא שניינים**.
- 2.20 "רופא מומחה"** - רופא אשר אושר לו בידי הרשותות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובcheinות) התשל"ג-1973 ושמו כולל ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורוט.
- 2.21 "רופא מומחה שבהסכם"** - רופא מומחה שהספק קשור עמו בהסכם תקף במועד פניית המבוקח אליו לצורך קבלת השירות.
- 2.22 "רופא מומחה אחר"** - רופא מומחה שאינו רופא מומחה שבהסכם.
- 2.23 "שירותות" או "שירותים"** - סוג השירותים המפורטים בסעיף 3 לנספח זה, הניתנים בהתאם להוראותיו, חריגיו וסיגיו של נספח זה, כולם או מקצתם, לפי הקשר הדברים.
- 2.24 "שנה"** - תקופה של 12 חודשים קלנדריים רצופים, כאשר השנה הראשונה מתחילה במועד הקובל.
- 2.25 "תקופת האכשורה"** - תקופה המתחילה לגבי כל מבוקח במועד הקובל ונמשכת לפחות כל שירות בהתאם לפרקי הזמן המפורט לגבי בסעיף 5 בנספח זה. נספח זה כולל תקופות אכשורה, שאורכו שונה לשירותים שונים הנכללים בו. **בתקופה זו המבוקח עדין אינו רשאי לשירותים על פי נספח זה.**elman הסר ספק, מובהר כי המבוקח יחויב בתשלום דמי הביטוח בגין תקופת האכשורה. תקופת האכשורה תחול על כל מבוקח פעמי אחת בלבד כל עוד נספח זה הינו בתוקף, ותחול מחדש בכל פעם שבה יゾרף המבוקח לנספח זה מחדש, לתקופות שירות בלתי-

3. השירותים

סוגי השירותים הכלולים בספח זה הינם כאמור להלן:

3.1 **חלק א'** - שירותי רפואיים

3.1.1 התיעיצות עם רופא מומחה; 3.1.2 בדיקות הדמיה רפואיות אבחנתיות; 3.1.3 בדיקת סקר מנהלים; 3.1.4 בדיקת סקר לגילוי מחלת הסרטן; 3.1.5 טיפול פסיקולוגי; 3.1.6 שירותי סל הרווח; 3.1.7 טיפול פיזיותרפיה והידרותרפיה; 3.1.8 אבחון רפואי מהיר; 3.1.9 שרות "מקסימום בריאות"	3.2.1 תלמידין - ייעוץ רפואי לילדים מקווים; 3.2.2 אבחוני קשב, ריכוז ולקויות למידה; 3.2.3 פיתוח מיומניות למידה - הוראה מתתקנת וקלינאיות תקשורת; 3.2.4 פיתוח כישוריים התפתחותיים רגשיים- רכיבה טיפולית, טיפול באומנות; 3.2.5 ריפוי בעיסוק; 3.2.6 תזונאי ילדים; 3.2.7 טיפול בהרטבה; 3.2.8 טיפול בעניות שינוי; 3.2.9 חדר מלחת.
--	--

4.1 בכל עניין הקשור בקבלת שירותי על פי נספח זה, על המבוטח לפנות למוקד וכי לפעול בהתאם להוראות המפורטות בנספח זה וכמפורט להלן.	4.2 יובהר, כי שייפוי בגין הוצאות יונ坦 למבוטח על פי נספח זה, רק לגבי השירותים ביהם נקבע במפורש בסעיף 5 להלן, כי המבוטח זכאי לקבל החזר הוצאות בגין ביצוע השירותים אצל נוותן שירות אחר.	4.3 מקום בו המבוטח זכאי לקבל החזר בגין טיפול אצל נוותן שירות אחר, הספק שפיה את המבוטח אך ורק בגין הוצאות שהוצעו עבור טיפולים שניתנו בפועל.
--	--	---

5.1.1 המבוטח זכאי לעד 4 התיעיצות בשנה עם רופא מומחה. 5.1.2 בחור המבוטח לפנות לרופא מומחה שב��כם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך של 90 ₪ בגין כל התיעיצות. 5.1.3 בחור המבוטח לפנות לרופא מומחה אחר, ישפה הספק את המבוטח בגין התיעיצות עד לסכום השפיי המרבי המפורט להלן: 5.1.3.1 בגין התיעיצות ראשונה בשנת הבוטוח: 80% מההוצאות המשמשות שהוציא המבוטח בפועל בגין התיעיצות ולא יותר מ-750 ₪ לתתייעצות. 5.1.3.2 בגין ההתייעצות השנייה, השלישית והרביעית בשנת הבוטוח: 80% מההוצאות המשמשות שהוציא המבוטח בפועל בגין התיעיצות ולא יותר מ- 450 ₪ לתתייעצות. 5.1.4 מובהר כי דין התיעיצות כזרת חמניות בין המניין. דהיינו, התתייעצות החודרת תימנה בגין התיעיצות לו זכאי המבוטח לקבל על פי סעיף 5.1.1 דלעיל.
--

5.1.5 המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשורה בת 3 חוודשים שתחילהה במועד הקובלע.	5.1.6 השירות אינו כולל התיעצות עם רופא משפחה, וכן התיעצות לצורך מתן חוות דעת משפטי לצורך הליכים משפטיים תלויים וועודדים או צפויים.	5.2 בדיקות הדמיה רפואיות אבחנתיות
		5.2.1
	<u>הכללות בראשימה של להלן</u> (אחת או יותר) יהיה זכאי לקבלה באמצעות נתן שירות שב הסכם או לשיפויו בגין על פי המפורט בסעיף זה להלן.	5.2.1
	רשימת הבדיקות הרופאיות האבחנתיות כוללת את הבדיקות המפורטוות להלן, ובדיוקות אלו בלבד:	5.2.2
	5.2.2.1 הדמיה באמצעות טכנולוגיות רנטגן;	5.2.2.1
	5.2.2.2 הדמיה באמצעות אולטרסאונד;	5.2.2.2
	5.2.2.3 הדמיה באמצעות T.C.;	5.2.2.3
	5.2.2.4 הדמיה באמצעות P.E.T. C.T.;	5.2.2.4
	5.2.2.5 הדמיה באמצעות I.M.R.I.;	5.2.2.5
	5.2.2.6 הדמיה באמצעות A.M.R.A.;	5.2.2.6
	5.2.2.7 הדמיה באמצעות E.M.R.E.;	5.2.2.7
	5.2.2.8 קולונוסקופיה וירטואלית;	5.2.2.8
	5.2.2.9 צנתור וירטואלי;	5.2.2.9
	5.2.2.10 גוללה להראית המעי הדק.	5.2.2.10
	בחר המבוטח לפנות לנוטן שירות שב הסכם לביצוע הבדיקה, ישלם המבוטח לנוטן השירות שב הסכם השתתפות עצמית בשיעור 20% מעלות הבדיקה.	5.2.3
	בחר המבוטח לפנות לנוטן שירות אחר לצורך ביצוע הבדיקה, יספק את המבוטח בגובה 80% מההוצאות המשמשות שהוציא המבוטח בפועל בגין הבדיקה, ולא יותר מסכום השיפוי המירבי לבדיקה כמפורט להלן:	5.2.4
	5.2.2.4.1 בגין הבדיקות הכלולות בסעיפים 5.2.2.1 עד 5.2.2.7 סך של 4,000 נט.	5.2.2.4.1
	5.2.2.4.2 בגין הבדיקות הכלולות בסעיפים 5.2.2.8 ועד 5.2.2.10 סך של 4,500 נט. בלבד.	5.2.2.4.2
	ambil לגורע מהאמור לעיל, הסכום לו יהיה זכאי המבוטח (בין לשיפויו המרבי שישולם במצטבר למבוטח ובין בתשלום שירות לנוטן השירות שב הסכם בגין השירותים המפורטים בסעיף 5.2.2.2 לעיל לא עלה על - 11,000 ש"ח לשנה).	5.2.5
	עלותה של הבדיקה לצורך קביעת ההשתתפות עצמית שבסעיף 5.2.3 לעיל, לצורך קביעת סכומי השיפוי שבסעיף 5.2.4.2 לעיל ולצורך קביעת סכום השיפוי המרבי לשנה כאמור בסעיף 5.2.5 לעיל תהיה בהתאם למחירו משדר הבריאות שיחיה בתקוף בעת ביצוע הבדיקה.	5.2.6
	5.2.7 המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשורה בת 3 חוודשים שתחילהה במועד הקובלע.	5.2.7
	5.3 בדיקת סקר מנהלים	5.3
	המבנה יהיה זכאי לבצע את שנתיים בדיקת סקר תקופתי, הכוללת את הבדיקות המפורטות בראשימה הסgorה של להלן:	5.3.1
	בדיקות רופא מקיפה, בדיקות דם ומוגבהת הכוללות ספירת דם, רמות אלקטROLיטים, תפקודי כבד וכליות, רמות שומנים בדם (コレסטרול וטריגליקידים), בדיקת לחץ דם, בדיקת גובה ומשקל, בדיקת דם בזואה,	5.3.1

		בדיקת בלבות הערמונית (פרוסטטה), בדיקת ראייה ושמיעה, בדיקת לחץ תור-עין, בדיקת תפוקדי ריה, צילום חזה, בדיקת לב - אק"ג, בדיקת לב במאמצז (ארוגומטריה) ופענוח קרדיולוג מומחה.
5.3.2		בסיום הבדיקות המפורטות לעיל אצל נוותן שירות שבהסיםם, יונתן למボוטח תיק מודפס הכלול המלצות להמשך טיפול וסיכון רופא.
5.3.3		בדיקות יבוצעו אצל נוותן שירות אחד ובמועד אחד, ככל הניתן, וחrigה מכל מחייבות אישור מרasher ובכתב של הספק.
5.3.4		בחור המבוטח לבצע את סקר המנהלים אצל נוותן שירות שבהסיםם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 150 ש"ח בעבר בבדיקה הסקר.
5.3.5		בחור המבוטח לבצע את סקר המנהלים אצל נוותן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בגין בדיקת הסקר כאמור, בגובה 50% מההוצאות המשניות שהוצאה בפועל בגין בדיקת הסקר ולא יותר מ- 500 ש"ח.
5.3.6 המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף זה לאחר תקופת אישרה בת 12 חודשים שתחלתה במועד הקובע.	5.4.1	בדיקות סקר לגילוי מחלת סרטן
	5.4.1	המבוטח והוא זכאי לבצע אתל-3 שנום בבדיקה סקר תקופתי, הכללת את הבדיקות המפורחות בראשינה של להלן:
	5.4.1.1	מייפוי גורמי סיכון אישיים לפתח סוגי סרטן שונים (בליווי שאלון). מובנה).
	5.4.1.2	בדיקה רופא מומחה בתחום (בין היתר: בדיקת חלל הפה, העור, הערמונית, בלוטת התannis, האשכים ועוד), מתנייעז אישיל הפקחת גורמי הסיכון, בדיקת שד על ידי כירורג, בדיקת ממוגרפיה, בדיקת דם בשתן, בדיקה גנטולוגית, 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 פסיקולוג לבודקת הקשר בין היבטים נפשיים למחלת הסרטן, פגישה עם תזונאי לשינוי אורחות חיים.
5.4.2		בסיום הבדיקות המפורחות לעיל אצל נוותן שירות שבהסיםם, יונתן למボוטח תיק מודפס הכלול המלצות להמשך טיפול וסיכון רופא.
5.4.3		בדיקות יבוצעו אצל נוותן שירות אחד ובמועד אחד, ככל הניתן, וחrigה מכל מחייבות אישור מרasher ובכתב של הספק.
5.4.4		בחור המבוטח לבצע את בדיקת הסרטן לגילוי הסרטן באמצעות נוותן שירות שבהסיםם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 350 ש"ח בעבר בבדיקה הסרטן.
5.4.5		בחור המבוטח לבצע את הסרטן לגילוי הסרטן אצל נוותן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בגין בדיקת הסרטן כאמור, בגובה 50% מההוצאות המשניות שהוצאה המבוטח בגין בדיקת הסרטן ולא יותר מ- 400 ש"ח.
5.4.6 המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף זה לאחר תקופת אישרה בת 3 חודשים שתחלתה במועד הקובע.	5.5.1	פגש טיפול עם פסיכולוג בהסדר
	5.5.1	המבוטח יהיה זכאי לסדרה של עד 12 מפגשים בשנה עם פסיקולוג בכפוף למפורט להלן:
	5.5.2	בעבר כל פגישה ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 90 ש"ח.
5.5.3		השירות יונתן על ידי פסיכולוג, שהינו נוותן שירות שבהסיםם בלבד ("פסיכולוג בהסדר"), והמבוטח לא יהיה זכאי לקבל את השירות אצל נוותן שירות אחר

/או לשיפוי או לכל תשולם אחר בגין.

- 5.5.4 היה והפסיכולוג בהסדר הקרוב ביוירט נמצא במרקח העולה על 40 ק"מ ממקום מגורי המבוטח, המבוטח יהא זכאי לפנות לנוטן שירות אחר בכפוף ל渴別ת אישור הספק מראש ובכתב. במקרה זה, ישפה הספק את המבוטח בגין כל מפגש בגובה 50% מההוצאות המשמשות, שהוחזיא המבוטח בפועל ולא יותר מ- 80 ש"ל למפגש.

המבוסח יהיה זכאי לשירות לאחר תקופת אכשורה בת 3 חודשים
שתחילה ביוםعد הקובלע.

5.6 שירות סל הירון

בדיוקות הרינו 5.6.1

מצטטת הרים תחא זכאי ל渴בלת שיפוי מאת נוון השירות עברו הוצאות
שהזענו כפועל לדיקות ברישן ובדקוח אל **בלגד**:

- 5.6.1.2 סקירת מערכות ראשונה ושנייה, בדיקת שקייפות עורפית, בדיקת מי שפיר, ציוף גבוני ובבדיקות גנוגניות

5.6.1.2 במקורה בו רופא מומחה המליך למכות (זכר) בנספח שירות זה לבצע בדיקות גנטיות כהשלמה לבדיקות שביבעה אשתו, יהיה זכאי המכוטח לשיפעי עבורי הבדיקות הגנטיות בלבד.

- 5.6.1.3 סכום השיפוי בגין בדיקות ההייון כאמור בסעיף 5.6.1.1 הינו 80% מהוצאות המשויות שהוציאה המבוקחת בפועל ולא יותר מ- 2,000 ל' לבדיקת אחות.

5.6.1.4 סכום השיפוט המרבי שישולם במצטבר בגין כל בדיקות ההירות המפורטות בסעיף 5.6.1.1 לעיל לא עלתה על **4,000 ₪ בכל תקופה**
הבריאן.

5.6.2 שמיות דם וטורו

כל מębוטה בסוגרת כיiso זה, יהא צקאי להחזיר הוצאות ממשיות שהוציא כפועל על איסוף ושמור של דם טבורי בעקבות לידה ולדו (של המבוטה), נוד לשלכם ביטוח מירכי של 650 ₪ לכל בריאות.

קורס הכנה לילדי

- מבוטחת הרה, תהא זכאיות להחזר הוצאות ממשיות, שהוציאו על ידה בפועל, עבור מימון קורס הכנה אליה, עד לסכום ביטוח מרבי של 280 ש"ל ליום.

בית הלחמה (מלוגית) לאחר לידה

המזכונית תהא יכולה לבקש חזרה הוצאות ממשיות, שהוצאות על ידה בכספי, עבור שימוש בשירותי בית החולים (מלונות) לאחר כל לידי שUberה המזוכנת. סכום השיפוט בגין השותות בבית החולים הינו עד לתקרה של 200₪ ליום ועד 7 ימי שהייה סה"כ.

וועצת הנזק

- 5.6.5.1 המבוצחת תהאזכאית לקבالت **נ"ד** מפגשים עם יונצץ הנקה.
 לאחר כל לידעה בעברה, במהלך השנה המתחילה במועד הלידה.
 5.6.5.2 בחרגה המבוצחת לפנות ל佗ות שירותם שבחסכם. תשלם המבוצחת

השתתפות

- 5.6.5.3 בחירה המבוצחת לפנות לנוטן שירות אחר, ישפה הספק את המבוצחת בגין כל מפגש בשיעור 50% מההוצאות המשאיות שהזיהה המבוצחת בפועל, ולא יותר מ- 50 ₪ לכל מפגש.

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

5.7 טיפול רפואי והידרותרפיה

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

5.7.1.1 בחור המבוצח לפנות לנוטן שירות שבהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 40 ₪ לטיפול.

5.7.1.2 בחור המבוצח לפנות לנוטן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בגין 50% מההוצאות המשניות שהוציא ולא יותר מ-120 ₪ לטיפול.

5.7.2 המבוצחת יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשרה בת 3 חודשים שתחילה במועד הקובלע.

5.8 שירותי "מקסימום בריאות"

5.8.1 המבוצח זכאי לשירות מידע רפואי אובייקטיבי למיינוש זכויות באמצעות הנקד, בהקשר לביעיה הרפואיות ממנה הוא סובל:

5.8.1.1 מתן מידע לגבי CISCOMS הקיימים במסגרת קופת החולים בה חבר המבוצח;

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

5.8.1.3 מתן מידע לגבי CISCOMS הקיימים במסגרת הזכויות המגיעות מביתוח לאומי.

5.8.2 למען הסר ספק, הייעוץ הנינתן אינו ייעוז משפטית או רפואי. אין ולא תהיה לחברה או לספק כל אחראות משפטית בגין מסירת המידע בעניין זה.

5.8.3 השירותים ינתנו במסגרת מוקד ייעודי של הספק בלבד והמבוצח 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 ינתן ללא הגבלה של מספר הפניות מצד המבוצח ואיינו כרוך בתשלום השתתפות עצמית.

5.8.5 השירותים המפורטים בסעיף זה אינם כפויים לתקופת אכשרה.

5.9 שירותי אבחון רפואי רפואי מהיר

המבוצח יהיה זכאי לשירותי אבחון רפואי מהיר כמפורט להלן:

5.9.1 שירותי אבחון ראשוני - המבוצח יהיה זכאי לייעוץ ראשוני עם רופא מומחה שבהסכם בלבד (להלן: "**הרופא המייעץ**"), במסגרתו יהיה זכאי לקבלת מידע והכוונה רפואית 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 ורידי בלבד) ודגימות שתן:

ב) בדיקות אבחנوتיות - ביצוע בדיקת רנטגן ו/או בדיקת הדמיה באמצעות אולטרסאונד.

5.9.1.1 השירות ינתן בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך 150 ₪ לשירות הכלול ייעוז ובדיקות.

5.9.1.2 בסיום הייעוץ הרפואי וקבלת ממצאי הבדיקות, ינתן למבוטח סיוכם ייעוז הכלול אבחון מצבו הרפואי ו/או המלצה להמשך בירור המקרה הרפואי.

5.9.1.3 השירות ינתן תוך 3 ימי עסקים מרגע פניית המבוצח למוקד של הספק.

על אף האמור, מובהר כי השירות האבחון הרפואי הרפואים לא יכללו אבחון פסיכיאטרי ו/או אבחון של מחלות נפש ו/או אבחון של הפרעות נפש, אבחון הפרעות קשב ורכיב, אבחון מצביים רפואיים בתחום רפואת השיניים ו/או הפה והלסת, בדיקות רפואיים בתחום אבחנות רפואיים המבוצעות להירין ו/או לידה ו/או לפריון ו/או לעקרות ואבחון גינקולוגי.

5.9.1.4 השירות אבחון רפואי מקצועי

המבוטח יהיה זכאי לשיחת ייעוץ עם רופא מומחה שביחסם בלבד וביצועו אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בלבד ועל פי המלצת הרופא המומחה שביחסם **לצורך אבחון רפואי והמשך בירור מצבו הרפואי**.

5.9.2.1 שיחת ייעוץ עם רופא מומחה במגון רחב של התמחויות (הרופא המיעץ) בכפוף לבעה הרפואית ממנה סובל המבוטח.

5.9.2.2 ביצוע בדיקות אבחנתיות אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בלבד, וזאת בכפוף להמלצות הרופא המיעץ כאמור לעיל:

- (א) הדמיה באמצעות C.T;
- (ב) הדמיה באמצעות C.T.P.E.T;
- (ג) הדמיה באמצעות A.M.R.;
- (ד) הדמיה באמצעות E.M.R.;
- (ה) הדמיה באמצעות I.M.R.;
- (ו) בדיקת מגגרפה;
- (ז) צנטור ירטואלי;
- (ח) קולונוסקופיה ירטואלית;
- (ט) אקו לב;
- (י) ביופסיה שד.

5.9.2.3 בסיום הייעוץ הרפואי וקיבלה מממצאי הבדיקות האבחנתיות אשר בוצעו על ידי המבוטח, ינתן למabitח סיכום ייעוץ הכלול אבחון במצבו הרפואי ותוצאות להמשך טיפול במצבו הרפואי.

5.9.2.4 השירות ינתן תוך 3 ימי עסקים מהמלצת הרופא המומחה בהיסכם. **5.9.2.5** השירות ינתן בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך 500 ש"ח לשירות הכלול ייעוץ ובדיקות. בקרה של ביופסיה שד תשלום תוספת השתתפות עצמית של 320 ש"ח.

5.9.2.6 במידה שתידרשנה בדיקות כאמור בסעיף 5.9.2.2, סיכום הרופא מטעם הספק לאחת או יותר מהבדיקות שפורטו בסעיף 5.9.2.2. ינתן בתוך 4 ימי עסקים ממועד קבלת תוצאות הבדיקה الأخيرة הנדרשת.

5.9.2.7 השירותים המפורטים בסעיפים 5.9.1 ו- 5.9.2 לעיל, ינתנו בתום

תקופת אכשרה בת 3 חודשים מהמועד הקבוע.

חלק ב' פירוט שירותי רפואיים לילדים לילדי יודגש, כי השירותים הרפואיים המנויים בחלק ב' לנספח זה ניתנים לילדים בלבד, שגילם אינו עולה על 21 שנה.

5.10 התיעוזות רפואיות טלפוןית/יעוץ רפואי מקצועי (וידאו צ'ט) עם רופא ילדים. **5.10.1** המבוטח יהיה זכאי להתייעזויות מוקוונות עם רופא ילדים כמפורט להלן: השירות ינתן באמצעות רופא מטעם הספק שהוא נותן שירותים בלבד עד 90 דקות ממועד פניית המבוטח למקום. **מובהר כי המבוטח אינו רשאי לקבלת שירות ייעוץ על פ' נספח זה מרופא מומחה אחר ו/או לשיפוי או לכל תשלום אחר בגיןם.**

- במקרה שהמבוטח יבקש לבטל את שיחת הייעוץ המקורי אשר נקבעה לו, יודיע על כך המבוטח למועד באופן מייד.
- 5.10.3** השירות ינתן ללא הגבלה של מספר הפניות / או תקופת המתנה / או תשלום השתתפות עצמאית מצד המבוטח.
- 5.10.4** השירות ינתן במועדים המפורטים להלן בלבד:
- 5.10.4.1** בכל יום, לפחות ביום כיפור: החל מעה 19:00 בערב ועד לשעה 00:00 בבוקר למחרת.
 - 5.10.4.2** ביום כיפור החל משעתים מצאת החג ועד לשעה 00:00 בבוקר למחרת.
- 5.10.5** הרופא המומחה שבסכם רשמי, לפי שיקול דעתו ובמלוי שתישמע כל טענה כנגדו להודיעו למבוטח כי הנسبות אינן מתאימות למקרה ייעוץ המקורי. וכי הוא מלאץ למבוטח לפנות למטפל אשר יפגש עמו פנים מול פנים. בכל מקרה של בעיה דחויפה, מצב חירום רפואי, או מצב של מצוקה (גופנית או נפשית) על המבוטח לפנות לאופן מיידי לקבלת טיפול רפואי אצל גורם אחר רלוונטי לרבות שירות רפואי דחויפה.
- 5.10.6** המידע הרפואי / או הייעוצים הרפואיים שיינתנו במסגרת נספח זה, הינם שירותים הניתנים בהסתמך על המידע הנמסר על-ידי המבוטח ו/או הוור_mbוטח קטן במהלך הייעוץ המקורי, ובהתבסס על מידע זה בלבד.
- 5.10.7** בתום שיחת הייעוץ המקורי עם הרופא המומחה כאמור לעיל, קיבל המבוטח או הוור_mbוטח (לմבוטח קיטין), סיכום ייעוץ באמצעות דוא"ל ו/או פקס ו/או כל אמצעי אלקטронני אחר ובמידת הצורך, אחת או יותר מהמלצות המפורחות להלן והכל בהתאם לצורך ולמקרה הרפואי שבגינו פנה המבוטח לקבל השירות:
- 5.10.7.1** מרשם לצורך רכישת תרופה לטיפול בבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח.
 - 5.10.7.2** הפניה לבית חולים או מוקד לשירותי רפואי דחויפה.
 - 5.10.7.3** המלצה להמשר טיפול אצל רופא ילדים או רופא אחר.
- 5.10.8** **השירותים אינם כוללים את עלות הביקור / או האשפוד בבית חולים / או התרופות / או כל הוצאות רפואיות אחרות מלבד הייעוץ, בתוסף, הייעוץ אינו כולל מתוך דעת לזרכי הליך משפטי צפוי או תלי וועמד.**
- 5.10.9** המבוטח מודע לכך שאין בייעוץ המקורי כדי להוות תחליף לבדיקה / או ייעוץ רפואי מלא על ידי צוות רפואי בהתאם לצורך.
- 5.10.10 סודיות רפואי**
- 5.10.10.1** המבוטח מודע לכך כי עליו לוודא, כי פניהם נעשית באמצעות תקשורת מאובטחת ואם לא יעשה כן, המידע שmorphעל עליה להיות חשוף. בתום כל שימוש, על המבוטח שומרת האחריות הבלעדית להסיר מהאמצעי בו השתמש (מחשב / או מכשיר טלפון סלולרי) את המידע / או נתוניםיו היזחיים וכן כל נתן אחר אשר עלול לאפשר חשיפה של המידע למי שאינו מושחה לכך.
 - 5.10.10.2** המבוטח מודע לכך שעליו לדאג לשמרות המידע הרפואי אותו הוא מוסר וכן לכך שלא יחשף לעינייהם של אחרים אשר עשויים להיות עמו בחדר / או להימצא בקרבתו / או אשר באפשרותם להיכנס למערכות המידע וכי מניעת כל חשיפה של מידע כאמור הינה באחריותו המלאה.

5.11 אבחון וייעוץ דידקטי

- 5.11.1 המבוטח יהיה זכאי לקבלת שירותים אבחון וייעוץ דידקטי במרפאות המוסמכות למתן שירותים אלה (להלן: **"אבחון דידקטי"**).
- 5.11.2 המבוטח יהיה זכאי לקבלת **עד 3** אבחונים דידקטיים 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 דידקטי.
- 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 דידקטי.
- 5.11.5 בהתאם למבצע שבסע' 5.11.4, ישלם המבוטח שתהיקם שיחת סיכום עם המבוטח ויסלח אליו דוח' מסכם הכלל המלצות להמשך טיפול.
- 5.11.6 מובהר, כי דין אבחון חוזר כדי אבחן מן המניין הנמנית לצורך סעיף 2 דלעיל.
- 5.11.7 המבוטח יהיה זכאי לאבחון דידקטי על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשורה בת 6 חודשים מהמועד הקבוע.**

5.12 אבחון וייעוץ פסикו-דידקטי

- 5.12.1 המבוטח יהיה זכאי לקבלת שירותים אבחון וייעוץ פסיקו-דידקטי, המשלב בדיקה דידקטית ופסיכולוגית, במרפאות המוסמכות למתן שירותים אלה (להלן: **"אבחון פסיקו-דידקטי"**).
- 5.12.2 המבוטח יהיה זכאי לקבלת **עד 3** אבחונים פסיקו-דידקטיים 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-דידקטי.
- 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-דידקטי.
- 5.12.5 בהתאם למבצע שבסע' 5.12.3, ישלם המבוטח שתהיקם שיחת סיכום עם המבוטח ויסלח אליו דוח' מסכם הכלל המלצות להמשך טיפול.
- 5.12.6 מובהר, כי דין אבחון חוזר כדי אבחן מן המניין הנמנית לצורך סעיף 2 דלעיל.
- 5.12.7 המבוטח יהיה זכאי לאבחון פסיקו-דידקטי 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 מסווג **TOVA** (להלן: **"אבחן 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 לצורך סעיף 2 דלעיל.
- 5.13.6 המבוטח יהיה זכאי לאבחן הפרעות קשב ורכיב על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשורה בת 6 חודשים מהמועד הקבוע.**

- 5.14 אבחון וייעוץ בהפרעות קשבר וריכוד (BRC)**
- 5.14.1 המבוצת יהיה זכאי לקבלת אבחון ובידיקות ממוחשבות מסוג **BRC** (להלן: "אבחוני BRC").
- 5.14.2 המבוצת יהיה זכאי לקבלת **עד 3** אבחוני **BRC** בכל התקופה בה נספח זה יהיה בתוקף.
- 5.14.3 בחור המבוצת לפנות לנוטן שירות במסמך, ישלם המבוצת השתתפות עצמית בסך 250 ₪ בגין כל אבחון.
- 5.14.4 בחור המבוצת לפנות לנוטן שירות אחר, ישפה הספק את המבוצת 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 לצורך סעיף דלעיל.
- 5.14.6 המבוצת יהיה זכאי לאבחן הפרעות קשבר וריכוד על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשורה בת 6 חודשים מהמועד הקובלע.**
- 5.15 אבחון וייעוץ בהפרעות קשבר וריכוד (MOXO)**
- 5.15.1 המבוצת יהיה זכאי לקבלת אבחון ובידיקות ממוחשבות מסוג **MOXO** (להלן: "אבחוני MOXO").
- 5.15.2 המבוצת יהיה זכאי לקבלת **עד 3** אבחוני **MOXO** בכל התקופה בה נספח זה יהיה בתוקף.
- 5.15.3 בחור המבוצת לפנות לנוטן שירות במסמך, ישלם המבוצת השתתפות עצמית בסך 250 ₪ בגין כל אבחון.
- 5.15.4 בחור המבוצת לפנות לנוטן שירות אחר, ישפה הספק את המבוצת 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 לצורך סעיף דלעיל.
- 5.15.6 המבוצת יהיה זכאי לאבחן הפרעות קשבר וריכוד על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשורה בת 6 חודשים מהמועד הקובלע.**
- 5.16 פיתוח מיומנויות למים - הוראה מתකנת/קלינאי תקשורת**
- 5.16.1 המבוצת יהיה זכאי לקבלת סדרה של **עד 15** טיפולים בשנה המקיים מיומנויות למים, שפה או תקשורת הנינתנים על ידי מורה מוסמך להוראה מתקנת או קלינאי תקשורת.
- 5.16.2 בחור המבוצת לפנות לנוטן שירות במסמך, ישלם המבוצת השתתפות עצמית בסך 40 ₪ בגין כל טיפול.
- 5.16.3 בחור המבוצת לפנות לנוטן שירות אחר, ישפה הספק את המבוצת 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 לצורך 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 כישוריים התפתחותיים ורגשיים**
- 5.17.1 המבוצת 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 המבוצת 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 גוונתי 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 נוטן השירות בפועל.
- 5.17.8 המבוטח יהיה זכאי לטיפולים על פי סעיף קטן זה לאחר תקופת אכשלה**
- בת 3 חודשיים 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 אכשלה 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 התיעצות.
- 5.19.3 בחור המבוטח לפנות לנוטן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 50% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין התיעצות ולא יותר מ- 110 ₪ להתייעצות.
- 5.19.4 המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף קטן זה לאחר תקופת אכשלה**
- 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 שבהסכם, 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 למען הסר ספק, **השירות אינו כולל הוצאות של המבוטח בגין רכישת אביזרים שנוטן השירות המלא עליהם לצורך הטיפול.**
- 5.20.5 מובהר, כי דין התיעצות חוזרת כדי התיעצות מן המניין הנמנית לצורך סעיף 5.20.1 לעיל.
- 5.20.6 המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשלה בת 3 חודשים מהמועד הקובלע.**

5.21 אבחון ויעוץ בעיות 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 /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 להשיגו 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 השירותים מעלה.

6.3 על המבוטח להגיע למועדם קבלת השירות בכוחות עצמו 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 בריטם ממועד 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 מסויים 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 בחרית המכוטה.

7. קבלת השירותים בעת שירות צבאי

בעת השירות הצבאי (סדיר, מילואים או קבוע), חלות על המכוטה הוראות הצבא והנוחותי, המשתנות מעט לעומת העולות להגביל / או למנוע מהמכוטה (חיל), בעת השירות הצבאי, לקבל 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. ככל מקרה שבו המכוטה נמצא בשירות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנוחות אלה.

8. הצהרות, אחريות והתחייבויות הספק

הספק מצהיר, כי הוא בעל הידע, הניסיון, המימון והetermination להציגו הכספיים, האמצעים, כוח האדם, הצדוק והחומרם, הנדרשים לביצוע התחייבותיו, על פי נספח זה.

הספק מתחייב להתקשר עם נתני שירות בהסכם שהינם בעלי מקצוע מתאימים, מיומנים וROLONGNTIUM ל█████ השירות.

הספק יבחן מעט לעת, את רמת השירות של נתני השירות שבהסכם ויסיע, ככל שניתן, בטיפול בכל מחלוקת שתתעורר בין המבוצחים לבין נתני השירות שבהסכם בקשר לשירותים המפורטים בספח זה.

mobharr כי החברה אינה המעסיקה של הספק, והחברה והספק אינם המעסיקים של נתני השירות.

החברה / או הספק אינם אחראים במקרה של פגיעה בפעולות הספק או בחלקו משמעותי ממנו עקב מלמה, הפיכה, סכסוך עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק.

mbali' לגורען מן האמור לעיל, החברה והספק לא יהיו אחראים עבור הוצאות שהוצעו מובטח בעבור שירות החורג מהשירותים המפורטים בספח.

יבחר כי העברת מידע רפואי על המכוטה לנוכח השירות אינה מהוות קבלה של המידע הרפואי בידי החברה.

9. תוקפו של נספח זה

נספח זה יכנס לתוקף החל ממועד הקובל ויהיה בתוקף כל עוד הפוליטה לה גלווה נספח זה, בתוקף.

תוקפו של נספח זה יוגマルו 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.

להסרת כל ספק יבחר, כי במועד ביטול / או סיום תוקפו של נספח זה, תסתהים זכאותו של המכוטה לקבלת השירותים על פי נספח זה. יבחר 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 וחריגיה

11. דמי הביטוח

- 11.1 שיעורם של דמי הביטוח נקבעים במפרט הפלישה.
11.2 המבוטח ישלם לחברת דמי הביטוח מראש, במועדים ובאופן מדרכי התשלומים שמצויה החברה. למנן הסר ספק, דמי הביטוח ישולם החל מהמועד הקבוע.
11.3 לא ישולם 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 עצמים וסקומי השיפוי, יהיו צמודים למדד ייעודכנו בהתאם ליחס המدد החדש לממד הבסיס.
12.2 "המדד" - משמעו ממד המחרירים לצרכן, כולל פירות וירקות, שມפרסתת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מפעם לפעם, ובכלל זה אותו ממד אף אם יפרנסו אותו גוף או מוסד רשמי אחר שיבוא במקומה, אם יהיה עלי אותם נתונים שעלה בהם בני הממד המקוריים ואם לאו. אם יבוא במקום הממד האמור ממד אחר שיפרנס גוף או מוסד כאמור, והוא גוף או מוסד לא יקבע את היחס שבין הממד الآخر לבני הממד המקורי, יקבע היחס האמור על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
12.3 "מדד הבסיס" - יהיה ממד חדש אוקטובר 2018 שפורסם.
12.4 "המדד החדש" יהיה כמפורט להלן:
12.4.1 בכל הנוגע לתשלומים דמי הביטוח - הממד החדש יהיה הממד האחרון הידוע בראשון לכל חודש שבו מבוצע תשלום דמי הביטוח.
12.4.2 לגבי כל סכום אחר הנקבע בכיסוי זה - הממד החדש יהיה הממד 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 מבוטחים 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 הגיע 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 עורך בכל עת
באזור האיש שולץ או aig.co.il

אאי גי' ישראל חברה לביטוח בע"מ, הסיבים 25, קריית מטלוון, תד. 535 פתח-תקווה 49100001
מכירות, טל': 03-9272300 | שירות, טל': 03-9272300 | שירות לקוחות, טל': sales@aig.co.il | claims@aig.co.il | service@aig.co.il