



AIG MediCare



AIG MEDICARE

פוליסת בריאות מהשקל הראשון

עמודים

1-16

תנאים כלליים לביטוח בריאות

17-18

גילוי נאות - ניתוחים בישראל, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות
אגב ניתוח כיסוי משקל ראשון

19-21

ניתוחים בישראל, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות אגב ניתוח כיסוי
משקל ראשון

22-24

גילוי נאות - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

25-29

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

30-32

גילוי נאות - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

33-37

השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

38-39

גילוי נאות - תרופות שאינן מכוסות בסל התרופות

40-44

תרופות שאינן מכוסות בסל התרופות

45-46

גילוי נאות - תרופות בהתאמה אישית ובדיקות גנטיות

47-50

תרופות בהתאמה אישית ובדיקות גנטיות

51-56

גילוי נאות - נספח לרפואה אמבולטורית ואבחון רפואי מהיר

57-71

נספח לרפואה אמבולטורית ואבחון רפואי מהיר

תנאים כלליים לביטוח בריאות

איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") מסכימה לבטח את המבוטח על פי פוליסה זאת, בהסתמך על ההצהרות הכלולות במפרט המהווים חלק בלתי נפרד מפוליסה זו, בכפוף לתשלום דמי הביטוח, ובהתאם להוראות פוליסה זו.

אחריות המבטח על פי פוליסה זו הינה על פי תנאים כלליים אלה, בהתאם לתנאים ולכיסויים המפורטים בה ובתוכניות הביטוח שצורפו לה ולסכומים המצוינים במפרט ובתנאים הכלליים, בגין מקרה ביטוח כהגדרתו להלן ובכל אחת מתוכניות הביטוח שצורפו לה, אשר ארע במהלך תקופת הביטוח.

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

1. הגדרות כלליות

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

- 1.1 אשפוז** - שהותו של המבוטח בבית חולים על-פי הוראה מפורשת של רופא מומחה, לצורך ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי פוליסה זאת. יובהר כי שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום) תחשב כאשפוז לכל דבר.
- 1.2 בית חולים** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים, אשר ברשותו היתר לבצע ניתוח או פעולה רפואית או פעולה אחרת כנדרש על פי העניין, שאינו סנטוריום (בית החלמה/הבראה), בית חולים למחלות נפש או מוסד שיקומי.
- 1.3 בית חולים פרטי** - אחד מאלה:
 1. בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 2. בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.4 בן / בת זוג** - האדם הנשוי למבוטח, או ידוע בציבור המנהל עימו משק בית משותף, אף אם אינו נשוי לו.
- 1.5 בעל הפוליסה** - המבוטח או האדם ששמו מצוין במפרט כבעל הפוליסה.
- 1.6 גיל המבוטח** - גיל המבוטח ביום הצטרפותו לביטוח יהא לפי יום הולדתו האחרון טרם מועד תחילת הביטוח או לפי יום הצטרפותו, כמצוין במפרט.
- 1.7 דמי הביטוח** - הפרמיה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטח על-פי תנאי הפוליסה.
- 1.8 המדד הקובע** - המדד הידוע במועד ביצוע תשלום כלשהו על פי תנאי הפוליסה.
- 1.9 המפקח** - המפקח על הביטוח - הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.
- 1.10 הפוליסה** - חוזה ביטוח זה, שנעשה לפי תכנית בסיס או תוכנית בסיס ותכנית נוספת, בצירוף לתנאים כלליים אלו, לרבות חוזה ביטוח שנעשה לפי חבילה, הכולל תנאים כלליים המתייחסים לכל תוכניות הביטוח ו/או הנספחים שצורפו לו - מפרט, הצהרת הבריאות של המועמד לביטוח, וכל תוכנית ביטוח המצורפים לו.
- 1.11 השתתפות עצמית** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח על פי תנאי הפוליסה ו/או תוכניות הביטוח.
- 1.12 חדר ניתוח** - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל, לפי העניין, לביצוע הניתוח הרלוונטי, ואישורו תקף במדינה בה הוא מופעל, בהתאם לדיון החל באותה מדינה.
- 1.13 חו"ל** - כל מקום מחוץ לגבולות מדינת ישראל.

יובהר, לא יינתן כיסוי ביטוחי על פי פוליסה זו במדינות אויב ו/או ברצועת עזה ו/או בשטחים שבשליטת ישראל באזור יהודה ושומרון ו/או בשטחים בשליטה ו/או בניהול הרשות הפלסטינית ו/או במדינה מוחרגת הנקובה במפרט הפוליסה ו/או

- באתר המבטח (www.aig.co.il) כמדינה מוחרגת. רשימת המדינות המוחרגות עשויה להתעדכן מעת לעת.
- 1.14 חוק הביטוח - חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.**
- 1.15 חוק הבריאות - חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.**
- 1.16 טיפול נסיוני - כל טיפול הדורש אישור וועדת הלסינקי ו/או טיפול שלא הוכר לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח באף אחת מהמדינות שבשליטתה.**
- 1.17 ישראל - מדינת ישראל, לרבות השטחים ביהודה ושומרון שבשליטתה.**
- 1.18 מבוטח - האדם המבוטח על פי פוליסה זאת, אשר שמו מצוין במפרט.**
- 1.19 מדד - מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי שיבוא במקומו.**
- 1.20 מדד הבסיס - המדד האחרון הידוע במועד תחילת הביטוח.**
- 1.21 מוטב - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח בקרות מקרה ביטוח.**
- בהיעדר קביעת מוטב מפורשת על ידי המבוטח, יהיה המוטב המבוטח, ולאחר מותו - יורשיו החוקיים.
- 1.22 מועד החידוש - הראשון ביוני, אחת לשנתיים, לאחר מועד החידוש הראשון.**
- 1.23 מועד תחילת הביטוח - המועד הרשום במפרט כתאריך תחילת הביטוח.**
- 1.24 מחירון המבטח - מחירון, המתייחס לעלות שכר כוללת של רופא מנתח פרטי ורופא מרדים פרטי בגין ביצוע כל ניתוח, כמופיע ברשימת הניתוחים הפרטיים של המבטח, כפי שיעודכן מעת לעת ועל פי הדין, המפורסמים באתר המבטח: www.aig.co.il **והמהווה חלק בלתי נפרד מפוליסה זאת.****
- 1.25 מנתח - רופא מומחה, המורשה על פי הסמכתו לנתח, והסמכתו תקפה במדינה בה הוא משמש כמנתח, בהתאם לדין החל באותה מדינה.**
- 1.26 מפרט - דף פרטי הביטוח המצורף כנספח לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, וכולל את מספר הפוליסה, פרטי בעל הפוליסה, המבוטח/ים, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח, דמי הביטוח, העתק הצהרת הבריאות שמסר בעל הפוליסה/ המבוטח לחברה, תנאי קבלת המבוטחים לביטוח וכיו"ב.**
- 1.27 מצב רפואי קודם - מערכת נסיבות רפואיות, שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח לרבות בשל מחלה או תאונה; לענין זה "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.**
- 1.28 מקרה הביטוח - אירוע, כמוגדר בכל תוכנית ביטוח, המקנה זכאות לתגמולי ביטוח ו/או לתשלומים מהמבטח בכפוף לתנאים ולסייגים בפוליסה, לרבות בתוכנית הביטוח המצורפת לה.**
- 1.29 מרפאה כירורגית פרטית - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, 1940, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות**
- 1.30 ניתוח - פעולה פולשנית - חדיריתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;**
- 1.31 ניתוח אלקטיבי - ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).**

- 1.32 סל שירותי הבריאות - סל שירותי הבריאות מכוח חוק הבריאות וכהגדרתו בחוק הבריאות.**
- 1.33 ספק שירות בהסכם - רופא, רופא מומחה, בית חולים, מרפאה וכל גוף אחר המספק שירות לו זכאי המבוטח על פי הפוליסה ועמו התקשר המבטח למתן השירותים למבוטחים ובלבד שהינו צד להסכם התקשרות עם המבטח במועד פניית המבוטח לצורך קבלת השירות.**
- 1.34 עלליה או שינוי בדמי הביטוח - שינוי בדמי הביטוח שנדרש המבוטח לשלם בגין פוליסה זו ו/או בגין אחת או יותר מתוכניות הביטוח שצורפו לה, ביחס לטבלת דמי הביטוח שפורטה במפרט האחרון שנמסר למבוטח, למעט שינוי הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או בשל מעבר בין קבוצות גיל או בשל סיום הנחה שניתנה לתקופה קצובה, כפי שפורטו בטבלת דמי הביטוח האחרונה שנמסרה למבוטח.**
- 1.35 קופת חולים - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.**
- 1.36 רופא - רופא בעל רישון כדון, העוסק ברפואה קונבנציונאלית, והסמכתו תקפה במדינה בה הוא משמש כרופא, בהתאם לדין החל באותה מדינה.**
- 1.37 רופא מומחה - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.**
- 1.38 רופא מרדים - רופא מומחה, המורשה על פי הסמכתו לשמש כרופא מרדים, והסמכתו תקפה במדינה בה הוא משמש כרופא מרדים, בהתאם לדין החל באותה מדינה.**
- 1.39 שירותי בריאות נוספים (שב"ן) - תוכנית אשר אושרה על-ידי משרד הבריאות למתן שירותי בריאות נוספים מעבר לשירותי הבריאות הכלולים בסל השירותים והתשלומים של קופת החולים, הניתנת לחבריה על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית מטעם קופת החולים שהוקמה לשם כך.**
- 1.40 תאונה - חבלה גופנית שנגרמה למבוטח, עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי, חד-פעמי בלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על-ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה, הישירה והמיידיית למקרה הביטוח.**
- 1.41 תגמולי הביטוח - הסכום שישלם המבטח למוטב, בקרות מקרה ביטוח, בכפוף לתנאים ולסייגים של הפוליסה. הסכומים המצויינים בתנאי הכיסוי הינם הסכומים המירביים המווים את תקרת הכיסוי וגבול האחריות של המבוטח.**
- 1.42 תוכנית ביטוח - פרטי הכיסוי הביטוחי הספציפי ותנאיו, הכלולים בתנאי פוליסה זו, אם צוין במפרט.**
- 1.43 תוכנית בסיס - תכנית ביטוח שהמבטח רשאי להנהיגה כתכנית בפני עצמה (ללא תלות ברכישת תכנית אחרת), בצירוף לתנאים כלליים אלו.**
- 1.44 תוכנית נוספת - תכנית ביטוח או כתב שירות, שהמבטח רשאי להנהיגם כנלווים לתכנית בסיס (מותנה ברכישת תוכנית בסיס) ולתנאים כלליים אלו.**
- 1.45 תקופת אכשרה - תקופה, המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי**

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

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

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

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

2. פרשנות

- 2.1 כותרות הסעיפים בפוליסה זו ו/או בתוכניות הביטוח הינן לנוחות הקריאה בלבד, ואינן משמשות לצורכי פרשנות ההסכם. תוכן הסעיפים הוא הקובע.
- 2.2 האמור בלשון יחיד משמעו גם רבים והאמור בלשון זכר משמעו גם נקבה, אלא אם נקבע במפורש אחרת.

3. חובת גילוי ותוצאותיה

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

3.1 חובת גילוי

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

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

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

3.2 תוצאות של אי-גילוי

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

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

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

3.2.3.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

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

מרחבים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו; במקרה זה זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

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

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

3.3.2 העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

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

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

פרק ב' - תוקף הפוליסה, תקופת הביטוח וביטול הפוליסה

4. תוקף הפוליסה

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

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

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

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

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

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

5. תקופת הביטוח וחידושה

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

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

5.3 על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, למבוטח שמשך תקופת הביטוח ממועד תחילת הביטוח ועד ל- 1.6.2018 (האחד ביוני שנת אלפיים ושמונה עשרה) קצר משנתיים או ארוך משנתיים, תהיה תקופת הביטוח החל ממועד תחילת הביטוח ועד ל- 1.6.2018 (האחד ביוני שנת אלפיים ושמונה עשרה).

למבוטח שמועד תחילת הביטוח הינו לאחר - 1.6.2018 (האחד ביוני שנת אלפיים ושמונה עשרה), ועד למועד החידוש תקופת הביטוח קצרה משנתיים, תהיה תקופת הביטוח החל ממועד תחילת הביטוח ועד למועד החידוש הקרוב. מועד החידוש יהיה 1 בחודש יוני בכל שנה זוגית, החל משנת 2018.

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

5.5 חידוש הפוליסה בהסכמה מפורשת של המבוטח

על אף האמור בסעיף 5.2 לעיל, לא תחודש מאליה הפוליסה ללא קבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח לחידוש, אם חלה עלייה בדמי הביטוח, של יותר מ- 10 ₪ או יותר מ- 20% מדמי הביטוח (הגבוה מביניהם), ביחס לדמי הביטוח החודשיים ששילם המבוטח ערב חידוש הפוליסה, עבור כל אחת מתוכניות הביטוח שצורפו לפוליסה.

למען הסר ספק, שיעור עליית דמי הביטוח כאמור ייבחן לגבי כל אחת מתוכניות הביטוח שצורפו לפוליסה בנפרד.

"הסכמה מפורשת" לעניין סעיף זה, משמעה גם הסכמה מפורשת של מבוטח לגבי ילד עד גיל 21 של מבוטח באותה תכנית או בן/בת זוגו של מבוטח;

5.6 חידוש הפוליסה ללא הסכמה מפורשת של המבוטח

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

5.6.1 לא חלה עלייה בדמי הביטוח.

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

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

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

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

הודעות למבוטח לעניין תקופת הביטוח וחיידוש

- 5.7.1 המבטח ישלח למבוטח, לפחות 60 ימים לפני מועד החידוש, אך לא יותר מ- 120 ימים לפני מועד החידוש, הודעה בכתב (להלן: "**הודעה ראשונה**") אשר תכלול את הפרטים הבאים:
- 5.7.1.1 מועד חידוש הפוליסה;
- 5.7.1.2 במקרה שבו לא ישונו תנאי הביטוח ודמי הביטוח - עדכון כי הפוליסה תחודש ולא יחולו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;
- 5.7.1.3 במקרה שישונו תנאי הביטוח בתקופה הנוספת - פירוט של השינויים המהותיים הצפויים;
- 5.7.1.4 במקרה שישונו דמי הביטוח בתקופה הנוספת - טבלת דמי הביטוח של המבוטח (לרבות הנחות או תוספת לדמי הביטוח שנקבעו למבוטח) שיהיו נהוגים בעד כל תכנית בפוליסה, בתקופת הביטוח הנוספת עבור כל גיל.
- 5.7.2 מבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח במועד החידוש העתק של תנאי הפוליסה שחודשה, ובלבד שמסר למבוטח את המידע שנדרש לפי סעיף 5.7.1, ופירט למבוטח את האפשרות לקבל את העתק הפוליסה ו/או תוכנית הביטוח שצורפה לה, וכן את האפשרויות של המבוטח לעיין בהם תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- 5.7.3 אין באמור כדי לגרוע מחובת המבטח לשלוח למבוטח במועד החידוש מפרט עדכני וטופס גילוי נאות.
- 5.7.3 יובהר כי ההודעה הראשונה יכולה להישלח במסגרת הדיווח השנתי למבוטח ובלבד שההודעה תוצג באופן בולט ומופרד מהדיווח השנתי.
- 5.7.4 במקרה שנדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח כאמור בסעיף 5.5, תכלול ההודעה הראשונה, גם את הפרטים הבאים:
- 5.7.4.1 הודעה כי נדרש לקבל את הסכמתו של המבוטח כתנאי לחידוש הפוליסה לתקופה נוספת;
- 5.7.4.2 ציון כי קיימת חשיבות לרצף ביטוחי, וכי אי חידוש הפוליסה אצל המבטח יביא לביטול הזכות לרצף הביטוחי;
- 5.7.4.3 פרטים אודות אופן העברת הסכמת המבוטח למבטח בדבר חידוש הפוליסה.
- 5.7.5 נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח כאמור בסעיף 5.5, והיא לא התקבלה עד ל- 45 ימים טרם מועד החידוש, ימסור המבטח למבוטח, לפחות 21 ימים לפני מועד החידוש, הודעה נוספת בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח (להלן: "**הודעה שניה**"). ההודעה השניה תכלול פירוט כאמור בסעיף 5.7.4 לעיל, וציון מועד תום תקופת הביטוח אם לא תתקבל הסכמת המבוטח.

אי חידוש הפוליסה

- על אף האמור בסעיף 5.2 לעיל, לא תחודש מאליה פוליסה כאמור, במקרים הבאים:
- 5.8.1 בכתב שירות - אם נקבעו בו הוראות מפורשות לעניין אי חידוש כתב השירות על ידי המבטח.
- 5.8.2 פוליסה ששווקה על פי תכנית שהמפקח אישר לגביה מראש ובכתב כי פוליסות לפיה לא יחודשו מאליהן.
- 5.8.3 נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח כאמור בסעיף 5.5, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד תום תקופת הביטוח, לא תחודש הפוליסה לתקופה נוספת.

6. ביטול הפוליסה

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

6.1

ביטול על ידי המבוטח

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

6.1.1 הביטול ייכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי המבטח.

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

6.1.3 המבטח ישיב לבעל הפוליסה את דמי הביטוח אשר שולמו על-ידו בגין התקופה שלאחר מועד הביטול, ככל ששולמו, למעט אם היה פטור המבטח מכוח חוק הביטוח מהשבת דמי הביטוח.

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

6.2

ביטול בשל אי תשלום דמי ביטוח

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

6.3

ביטול בשל אי גילוי נאות

המבטח יהיה רשאי לבטל פוליסה זו כאמור בסעיף 4 לעיל.

6.4

ביטול לאחר חידוש תקופת הביטוח

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

6.5

ביטול בשל היעדר הסכמה מפורשת של המבוטח לאחר חידוש הביטוח

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

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

פרק ג' - דמי הביטוח, תביעות ותגמולי ביטוח

7. דמי ביטוח

- 7.1 דמי הביטוח ישולמו למבטח על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח בתשלום חודשי, אשר מועד פרעונו יהיה במועד הגבייה הרלוונטי בהתאם לאמצעי התשלום.
- 7.2 דמי הביטוח יהיו בהתאם לטבלת דמי הביטוח שבמפרט.
- 7.3 במקרים בהם תשלום דמי הביטוח נעשה על ידי הוראת קבע לבנק (שירות שיקים או כרטיס אשראי), יהווה זיכוי חשבון המבטח בבנק או בחברת האשראי **בפועל** את תשלום דמי הביטוח.
- 7.4 לדמי הביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית, על-פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה, תשכ"א-1961, מיום היווצר פיגור ועד פרעון בפועל של דמי הביטוח אצל המבטח.

8. שינוי דמי ביטוח ותנאי הביטוח במהלך תקופת הביטוח

- 8.1 דמי הביטוח בפוליסה זו הינם בהתאם לגיל המבוטח בהתאם לטבלת דמי הביטוח שבמפרט. הוספת מבוטחים לפוליסה, ו/או גריעת מבוטחים מהפוליסה, מכל סיבה שהיא, לרבות הוספת ילד שנולד, פטירה של מבוטח וכיו"ב, תביא לשינוי דמי הביטוח בהתאם לכמות המבוטחים בפוליסה וגילם.
- 8.2 אין באמור לעיל כדי להוות הסכמה מטעם המבטח לצרף לביטוח מבוטחים נוספים.
- 8.3 דמי הביטוח ישתנו בהתאם לטבלת דמי הביטוח המצורפת לפוליסה זו, הכל בכפוף להצמדת דמי הביטוח למדד כאמור בסעיף 21 להלן.
- 8.4 המבטח יהא זכאי לשנות את דמי הביטוח ואת התנאים של פוליסה זו ו/או כל אחת מתוכניות הביטוח שצורפו לה, לכל המבוטחים בפוליסה זו, לרבות בשל שינוי בתנאי השב"ן והכיסויים להם זכאי המבוטח בגינם. שינוי זה יכנס לתוקף 60 יום לאחר שהודיע המבטח בכתב למבוטח על כך ויהיה תקף בתנאי שהמפקח אישר את השינוי.
- 8.5 שינוי דמי הביטוח כאמור בסעיף 8.4 לעיל, יהיה לכלל המבוטחים בתכנית ולא יתחשב בשינוי שחל במצב בריאותו של המבוטח (אם חל שינוי כנ"ל) במשך התקופה שקדמה לשינוי כאמור.

9. שינוי דמי הביטוח ותנאי הביטוח בתום תקופת הביטוח

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

10. תביעות

- קרה מקרה ביטוח, המכוסה על פי פוליסה זו ו/או תוכניות הביטוח המצורפות לה, על המבוטח ו/או המוטב להודיע על כך למבטח מיד לאחר שנודע לו, מיד לאחר שנודע לו, על קרות המקרה ועל זכותו לתגמולי הביטוח; מתן הודעה מאת אחד מאלה משחרר את השני מחובתו.
- המבטח יברר ויישב תביעות בתום לב, בענייניות, ביסודיות, ביעילות, במקצועיות, בשקיפות ובהוגנות.
- בעת טיפול בתביעות, המבטח לא יתנה טיפול בתביעה, במעשה של מבוטח שאינו מחויב על פי פוליסה זו או הדין שמכוחם נובעת החובה, למעט התניית קיומה של החובה בהמצאת מידע או מסמכים, כמפורט להלן.
- המבטח ישפה או יפצה את המבוטח, בהתאם לתנאי הכיסוי המפורט בפוליסה זו ו/או בתוכניות הביטוח המצורפות לה, או ישלם ישירות לנותן השירות את ההוצאות בגין

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

- 10.1 המבוטח הודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח סמוך ככל האפשר למועד בו נודע לו על כך ומסר למבטח את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת המסמכים הרפואיים והאחרים, לרבות העתקים מהם, שהמבטח דרש לשם בירור התביעה, ואם אינם ברשותו, עליו לסייע למבטח להשיגם. בין היתר, לבקשת המבטח, יחתום המבוטח ו/או המוטב על כתב ויתור על סודיות רפואית, המאפשר למבטח ו/או למי מטעמו לקבל כל מידע ומסמך הנוגע למבוטח, המצוי בידי כל רופא ו/או מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או גוף רפואי ו/או גוף ציבורי ו/או גוף מוסדים ו/או צבא ההגנה לישראל ו/או כל גוף רלבנטי אחר ו/או עובדי מי מאלו, והכל בכפוף לאמור בסעיף 12.2 להלן.
- לא קויימה חובת המבוטח לפי סעיף זה במועדה, וקיומה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין המבטח חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קויימה החובה. הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
 - 10.1.1 החובה לא קויימה או קויימה באיחור מסיבות מוצדקות;
 - 10.1.2 אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.
- 10.2 עשה המבוטח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.
- 10.3 החברה לא תדרוש מהמבוטח מידע או מסמכים שמבוטח סביר אינו יכול להשיגם או אינו רשאי לקבלם, אלא אם כן יש לחברה יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים כאמור נמצאים בידי המבוטח.
- 10.4 המבוטח קיבל את אישור המבטח מראש לכל אחד מהשירותים הרפואיים. עם זאת, יובהר כי קבלת אישור המבטח מראש איננה מהווה תנאי לתשלום התביעה. במקרים בהם בוצע טיפול רפואי ללא אישור המבטח מראש, ידון המבטח בתביעה לאחר הטיפול הרפואי ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות פוליסה זו ו/או תוכניות הביטוח המוצרפות לה, והוגשו לחברה כל המסמכים כנדרש.
- 10.5 המבטח רשאי לנהל על חשבונו כל בדיקה ו/או חקירה, לצורך בירור חבותו המיידית ו/או העתידית על פי הפוליסה, הכל כפי שימצא לנכון, ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, עיכוב העלול לסכן את בריאותו של המבוטח. זכותו של המבטח לנהל את החקירות והבדיקות כנקוב לעיל לא תיפגע מחמת מותו, חס וחלילה, של המבוטח.
- 10.6 בדיקה רפואית - אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופא מטעם המבטח ועל חשבון המבטח, וימסור כל פרט או מסמך רפואי שיידרש ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ובהתאם למצבו הרפואי של המבוטח. יובהר כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית משפט.
- 10.7 המבוטח המציא למבטח קבלות של נותן השירות המאשרות תשלום בפועל של ההוצאות הנתבעות מהמבטח על ידי המבוטח.
- 10.8 המבוטח או בעל הפוליסה חייבים בתשלום מלוא דמי הביטוח עד לאישור התביעה על-ידי המבטח.
- 10.9 את המידע והמסמכים הרפואיים הדרושים לברור התביעה, ניתן להגיש בכתב בדואר אלקטרוני, במסרון ובאזור האישי של המבוטח באתר המבטח בכתובת www.aig.co.il

11. תגמולי הביטוח

- 11.1 המבטח יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם עבור השירותים הרפואיים ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי, כנגד הצגת חשבון מפורט בכתב של השירות שניתן, או לשלם למבוטח, לאחר שהוצגה בפניו חשבונית מנותן השירות. מבטוח זכאי לקבל מהמבטח לפי דרישתו, אישור עקרוני לכיסוי, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 11.2 תשלומים אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות ישראל, ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 11.3 סכומים הנקובים במטבע זר ומשולמים בישראל, ישולמו בשקלים, על פי השער להעברות והמחאות (הגבוה) של המטבע הזר הנ"ל בבנק הפועלים בע"מ, ביום הפקת התשלום.
- 11.4 נפטר המבוטח ונותרה יתרת חוב לספק של שירות רפואי, בגין שירות רפואי שניתן למבוטח לפני פטירתו, ישלם המבטח את יתרת החוב כאמור לנותן השירות הרפואי. אם יתרת החוב שנוותר (בגין שירות רפואי שניתן למבוטח לפני פטירתו) הינה כלפי המבוטח עצמו, שנפטר, ישלם המבטח את יתרת החוב כאמור למוטב ואם המבוטח לא נקב שם של מוטב, ליורשיו החוקיים של המבוטח על פי כל דין.
- 11.5 המבטח ישלם למבוטח בתוך 30 ימים, מיום המצאת כל המסמכים כאמור וכל מסמך אחר אשר יהיה דרוש למבטח באופן סביר לביהור חבותו, תגמולי ביטוח בהתאם לפוליסה זו ו/או תוכניות הביטוח שצורפו לה.

12. תחלוף (סברוגציה)

- 12.1 הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות שיפוי מאת צד שלישי לא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח, מששילם למבוטח תגמולי ביטוח וכשיעור התגמולים ששילם.
- 12.2 המבטח אינו רשאי להשתמש בזכות שעברה אליו לפי סעיף זה באופן שיפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעל לתגמולים שקיבל מהמבטח.
- 12.3 קיבל המבוטח מן הצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח לפי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצות את המבטח בשל כך.
- 12.4 המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותה של החברה כאמור.
- 12.5 הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח הוא תוצאה של מעשה ו/או מחדל שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.
- 12.6 המבטח, אם יבחר לתבוע צד שלישי, ככוח זכות התחלוף, יודיע על כך למבוטח זמן סביר מראש.
- 12.7 אם מצא המבטח, במסגרת בירור התביעה כי עשויה לעמוד למבוטח זכות כנגד הצד השלישי שאותו עשוי המבטח לתבוע מכוח זכות התחלוף, יציין זאת בפני המבוטח בכל הודעה שניתנה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו.
- 12.8 אין באמור בסעיף זה כדי לחייב את המבטח לייצג את המבוטח או להטיל עליו חובת ייעוץ.

13. ביטוח כפל

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

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

פרק ד' - חריגים וסייגים לחבות המבטח

14. כללי

- 14.1 הסייגים והחריגים המפורטים להלן חלים על פוליסה זו ותוכניות הביטוח המצורפות לה, למעט על תכנית לביטוח ניתוחים בישראל. יובהר כי החריגים והסייגים החלים על תכנית לביטוח ניתוחים בישראל יפורטו במלואם בתנאי התכנית.
- 14.2 בנוסף לסייגים ולחריגים המפורטים להלן, יחולו גם ההגבלות, הסייגים והחריגים המפורטים בתוכניות הביטוח.

15. חריגים כלליים בפוליסה

- המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח או תשלומים אחרים כלשהם, בגין תביעה על-פי פוליסה זאת, בגין מקרה ביטוח שנגרם ו/או הקשור במישרין או בעקיפין, על-ידי או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:
- 15.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 15.2 אלכוהולזים או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק למעט שימוש בסמים רפואיים בהוראת רופא.
- 15.3 התאבדות, ניסיון התאבדות או פגיעה עצמית מכוונת.
- 15.4 נסיבות בהן המבטח העמיד עצמו בסכנה במודע, אלא אם כן, נעשה הדבר לצורך הצלת נפשות.
- 15.5 טיסת המבטח בכלי טייס כלשהו, פרט לטיסת המבטח כנוסע במטוס אזרחי בעל רישיון להובלת נוסעים.
- 15.6 מטרות מחקר, או טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות מקרה ביטוח שדורש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצוע; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א - 1980
- 15.7 פעילותו של המבטח כספורטאי, לרבות כספורטאי חובב, במסגרת אגודת ספורט רשומה לפי חוק הספורט, התשמ"ח - 1988.
- 15.8 עיסוקו של המבטח בענף ספורט כלשהו בצורה מקצוענית ששכר בצידו, הכוללת השתתפות בתחרויות מוסדרות למיניהן ו/או הדרכה ו/או הדגמה פיזית.
- 15.9 ספורט אתגרי ו/או פעילות אתגרית כדוגמת טיפוס הרים, גלישת מצוקים (סנפלינג), צייד, קרוס קאנטרי, רכיפה, צניחה, צניחה חופשית, דאיה, גלשני רוח עם מצנח, טיסה בכדור פורח, בנג'י, באקיי, פארקור (Parkor), קפיצות בסיס (Base jumping), זורבינג (Zorbing), גלישה, גלישת חולות, רכיבה על אופני כביש בדרכים בין עירוניות ו/או מהירות או בדרך שאינה מיועדת לרכבי אופניים, מרוצי מכוניות/אופנועים (ספורט מוטורי), רכיבה על אופנוע ים, סקי מים, רפטינג, צלילה, אגרוף, היאבקות וכל סוגי קרב מגע למיניהם, רכיבה על סוסים. ספורט חורף, הכולל גלישה או החלקה על שלג או קרח, רכיבה על אופנוע שלג. רשימת הפעילויות העדכנית מפורטת באתר האינטרנט של המבטח: www.aig.co.il

- 15.10 מקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מפעילות כוחות בטחון בעלת אופי צבאי או משטרתית לרבות בתרגילים או באימונים מכל סוג שהוא.
- 15.11 פעילות מלחמתית או פעולת איבה, הפיכה, מרד, פרעות, מעשה חבלה, שביתה הכרוכה בפעולות אלימות.
- 15.12 טיפול תרופתי מניעתי בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) על כל צורותיו.
- 15.13 ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 15.14 מקרה ביטוח שאינו נובע מצורך רפואי כדוגמת מקרי ביטוח שנועדו למטרות יופי, אסתטיקה, או תיקון קוצר ראייה, ניתוחי שדיים מכל סוג שהוא (למעט שיחזור שד לאחר ניתוח כריתה)
- 15.15 עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 15.16 הטיפול הנדרש הינו טיפול במסגרת רפואה אלטרנטיבית (משלימה) לרבות טיפולים הומיאופתיים, או תרופות אלטרנטיביות, למעט אם קיים כיסוי מפורש בפוליסה זו ו/או בתוכניות הביטוח המצורפות לה, ולמעט מקרים בהם על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, הטיפול הנדרש הינו חלק מהטיפול המקובל על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.
- 15.17 מקרה ביטוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.

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

- 16.1 הוראות לענין סייג מצב רפואי קודם
- 16.1.1 המבטח יהיה פטור מחבותו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 16.1.2 חריג זה יהא מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח במועד תחילת הביטוח כדלקמן:
- 16.1.2.1 פחות מ- 65 שנים - הסייג יהא בתוקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת ממועד תחילת הביטוח.
- 16.1.2.2 65 שנים או יותר - החריג יהא תקף לתקופה, שלא תעלה על חצי שנה ממועד תחילת הביטוח.
- 16.1.3 על אף האמור, הודיע המבוטח למבטח במועד הצטרפותו לביטוח על מצב רפואי מסוים, יהיה המבטח רשאי לסייג את חבותו ו/או את היקף הכיסוי בשל מצב רפואי קודם מסוים, וסייג זה יהיה תקף לתקופה שתצוין במפרט הפוליסה לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- 16.1.4 הודיע המבוטח במועד ההצטרפות לביטוח על מצב רפואי מסוים והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים במפרט הפוליסה, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לענין אותו מצב רפואי קודם הנזכר בהודעת המבוטח.
- 16.2 ביטול הפוליסה והשבט דמי הביטוח בגין המצב רפואי קודם:
- 16.2.1 פטור מבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות בסעיף 17, ומבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח עבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח.

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

פרק ה' - תנאים כלליים

17. סייג לאחריות המבטח

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

18. תקופת האכשרה

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

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

19. תנאי הצמדה למדד

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

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

19.3 על תגמולי הביטוח והתשלומים האחרים שהמבטח חייב לשלם לפי פוליסה זאת ו/או תוכניות הביטוח, יתווספו הפרשי הצמדה כמשמעותם בחוק פסיקת רבית והצמדה, תשכ"א - 1961, מיום קרות מקרה הביטוח ורבית צמודה בשיעור שנקבע בסעיף 1 לחוק האמור מתום 30 ימים מיום מסירת התביעה למבטח.

20. התיישנות

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

21. מיסים והיטלים

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

22. ספקי שירות

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

23. גבול אחריות החברה מחוץ למדינת ישראל

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

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

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

24. הוראות בנוגע לחיילים המשרתים בצה"ל

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

25. שיפוט

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

26. הודעות

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

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

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

גילוי נאות - AIG MEDICARE

כיסוי לניתוחים בישראל "מהשקל הראשון"

AIG MEDICARE	שם הביטוח																		
ניתוחים "מהשקל הראשון".	סוג הביטוח																		
מתחדשת כל שנתיים כמפורט בפרק ב' סעיף 5 בתנאים הכלליים.	תקופת הביטוח																		
<ul style="list-style-type: none"> ● 3 התייעצויות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח ● שכר מנתח ● ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית ● הכולל את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לביצוע הניתוח ● טיפול מחליף ניתוח 	תיאור הביטוח																		
סייגי הפוליסה וחריגיה מפורטים בפרק ד' בתנאים הכלליים של הפוליסה ובסעיף 7 בנספח ניתוחים.	חריגים בפוליסה - הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים																		
90 יום למעט ניתוחים טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה, לגביהם תחול תקופת אכשרה של 12 חודשים כמפורט בסעיף 6 בנספח ניתוחים.	תקופת אכשרה - אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול																		
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים.	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופת החולים																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">פרמיה חודשית</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">גיל</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">25.3</td><td style="text-align: center;">0-20</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">54.9</td><td style="text-align: center;">21-30</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">71.0</td><td style="text-align: center;">31-40</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">111.1</td><td style="text-align: center;">41-50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">166.6</td><td style="text-align: center;">51-55</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">217.7</td><td style="text-align: center;">56-60</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">262.6</td><td style="text-align: center;">61-65</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">347.8</td><td style="text-align: center;">+66</td></tr> </tbody> </table>	פרמיה חודשית	גיל	25.3	0-20	54.9	21-30	71.0	31-40	111.1	41-50	166.6	51-55	217.7	56-60	262.6	61-65	347.8	+66	עלות הביטוח
פרמיה חודשית	גיל																		
25.3	0-20																		
54.9	21-30																		
71.0	31-40																		
111.1	41-50																		
166.6	51-55																		
217.7	56-60																		
262.6	61-65																		
347.8	+66																		
<p>שים לב!</p> <p>(1) מחיר הביטוח עלול להשתנות בהתאם למצבך הרפואי או עקב מתן הנחה.</p> <p>(2) הסכומים המפורסמים בספר הפוליסה הם לפי מדד מאי 2015, 538.0594 נק'.</p> <p>(3) באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות ההון. מחירי הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים ליום פרסומם.</p>																			

תיאור הכיסויים בפוליסה		
מה הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
עד 770 ₪ להתייעצות.	3 התייעצויות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח כמפורט בסעיף 4.1 בנספח ניתוחים בין אם בוצעו לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעו לאחריו.	משלים שב"ן -ניתוחים בישראל והתייעצויות אגב ניתוח
עד 100% מתגמולי הביטוח כמופיע במחירון AIG Surgery המחירון מפורסם באתר האינטרנט של AIG שכתובתו: WWW.AIG.CO.IL	שכר מנתח כמפורט בסעיף 4.2 בנספח ניתוחים. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית הכוללות את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח, כמפורט בסעיף 4.3 בנספח ניתוחים.	
	טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה, כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף כמפורט בסעיף 4.4 בנספח ניתוחים.	טיפול מחליף ניתוח
	לתשומת ליבך, 1) חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. 2) אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פנייה למימוש הזכויות בקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח. 3) חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	הערות

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

1. כללי

- 1.1 הכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו, כפוף לתנאי הפוליסה אליה צורפה, על תנאי וסייגיה, ככל שתוכנית זו נרכשה, צויינה במפורש במפרט ושולמו בגינה דמי הביטוח.
- 1.2 תנאי לכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו הינו כי במועד קרות מקרה הביטוח למבוטח הפוליסה ותוכנית ביטוח זו בתוקפם עבור אותו מבוטח.
- 1.3 תוכנית ביטוח זו מהווה תוכנית בסיס, כהגדרתה בתנאים הכלליים לפוליסה אליה צורפה.

2. הגדרות מיוחדות לתוכנית ביטוח זו

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

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

2.3 ההגדרות:

2.3.1 בית חולים פרטי - אחד מאלה:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. מקרה הביטוח

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

4. הכיסוי הביטוחי

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

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

4.2 שכר מנתח.

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

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

5. תגמולי הביטוח

המבטח ישפה את המבוטח בגין הניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח המפורטים בסעיף 3 בהתאם לסוג הניתוח/תחליף הניתוח שבוצעו, ועד לתקרת הסכום הקבוע במחירון המפורסם באתר האינטרנט של החברה וכתובתו: www.aig.co.il. המבטח ישפה את המבוטח בגין התייעצות רפואית עד תקרה של 770 ₪ להתייעצות.

6. תקופת אכשרה

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

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

7. חריגים לכיסוי

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

- 7.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 7.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית
- 7.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 7.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.
 - 7.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 7.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 7.5 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 7.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980
- 7.7 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או הנובע באופן ישיר מפעילות כוחות בטחון בעלת אופי צבאי, לרבות בתרגילים או באימונים צבאיים או טרום צבאיים מכל סוג שהוא.
- 7.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 7.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004

8. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

- 8.1 תוכנית ביטוח זו כפופה לכל תנאי הפוליסה אליה צורפה.
- 8.2 כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטייה מהאמור בפוליסה יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו רק אם נכלל במפורש בתוכנית ביטוח זו.
- 8.3 במקרה של סתירה בין האמור בתוכנית ביטוח זו ובין האמור בתוכנית ביטוח אחרות שצורפו לפוליסה ו/או האמור בתנאים הכלליים של הפוליסה, יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו, האמור בה.

גילוי נאות - AIG MEDICARE

כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

AIG MEDICARE	שם הביטוח																		
ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	סוג הביטוח																		
מתחדשת כל שנתיים כמפורט בפרק ב' סעיף 5 בתנאים הכלליים	תקופת הביטוח																		
<ul style="list-style-type: none"> ● שיפוי בגין הוצאות ביצוע ניתוח בחו"ל ● שיפוי בגין שירותים נוספים ● שיפוי בגין טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל 	תיאור הביטוח																		
סייגי הפוליסה וחריגיה מפורטים בפרק ד' בתנאים הכלליים של הפוליסה ובסעיף 4 בנספח ניתוחים בחו"ל	חריגים בפוליסה - הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים																		
90 יום	תקופת אכשרה - אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול																		
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופת החולים																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">פרמיה חודשית</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">גיל</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">2.09</td> <td style="text-align: center;">0-20</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3.65</td> <td style="text-align: center;">21-30</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4.51</td> <td style="text-align: center;">31-40</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6.68</td> <td style="text-align: center;">41-50</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10.01</td> <td style="text-align: center;">51-55</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">13.03</td> <td style="text-align: center;">56-60</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">15.66</td> <td style="text-align: center;">61-65</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">16.70</td> <td style="text-align: center;">66+</td> </tr> </tbody> </table>	פרמיה 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
פרמיה 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+																		
<p>שים לב!</p> <p>(1) מחיר הביטוח עשוי להשתנות בהתאם למצבך הרפואי או עקב מתן הנחה.</p> <p>(2) הסכומים המפורסמים בספר הפוליסה הם לפי מדד מאי 2015, 538.0594 נק'.</p>																			

תיאור הכיסויים בפוליסה		
שם הכיסוי		
<p align="center">ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל שיפוי בגין הוצאות ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל כמפורט בסעיפים 3 ו-4 בנספח ניתוחים וטיפולי מחליפי ניתוח בחו"ל <u>ניתוחים בחו"ל</u></p>		
השתתפות עצמית	מה הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי
		שכר מנתח
		ניתוח בבית חולים בחו"ל - כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח.
	₪ 50,000	שתלים - בוצע במבוטח ניתוח ובמהלכו הושתל בגופו שתל כמוגדר בסעיף ההגדרות לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגין עלות השתל עד תקרה של 50,000₪ לשנת ביטוח.
	עד 2 התייעצויות ₪1,200 לרופא מומחה ו-4,000₪ למנתח	התייעצות עם רופא מומחה
		העברות המבוטח ומלווה אחד
	₪80,000	הטסה רפואית
		הטסת גופה לישראל
	₪150,000	פיצוי בגין מוות כתוצאה ישירה מניתוח
	עד 100,000₪ ועד 200,000₪ בניתוח גדול כהגדרתו בפוליסה	הבאת רופא מנתח מחו"ל לישראל
<p align="center"><u>שיפוי בגין שירותים נוספים כתוצאה מניתוח גדול בלבד כמפורט בסעיף 3.2.5</u></p>		

		הוצאות כרטיס טיסה בטיסה מסחרית רגילה	
	עד 1,000 ₪ ליום. במקרה שגיל המבוטח הינו עד 18 יינתן שיפוי עבור מבוטח ו-2 מלווים עד - 1,500 ₪ ליום. סכום הביטוח לסעיף זה לא יעלה על 65,000 ₪	הוצאות שהייה	
	לתקופה של עד 8 ימים ועד לסך של 500 ₪ ליום	אח/אחות פרטי/ת	
	100,000 ₪	המשך מעקב רפואי	
20%	עד תקרה של 200 ₪ לטיפול, ולא יותר מ-12 טיפולים בגין מקרה ביטוח.	טיפול פיזיותרפיה	שיפוי בגין המשך הוצאות רפואיות בארץ
		ריפוי בעיסוק	
		שיקום כושר הדיבור	
500 ₪ לכל יום החלמה	גמלת החלמה		
<u>טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</u>			
סכום השיפוי המירבי בגין טיפול או סדרת טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל בגין מקרה ביטוח לא יעלה על 200% מהסכום הקבוע במחירון ניתוחים בישראל המפורסם באתר המבטח : www.aig.co.il בגין אותו סוג הניתוח המוחלף, ולא יותר מ-250,000 ₪ למקרה ביטוח, לפי הגבוה מבניהם. במקרה בו הניתוח המוחלף לא מופיע באתר האינטרנט של החברה, סכום השיפוי המירבי לא יעלה על 200% מהסכום הקבוע במחירון המפורסם באתר המבטח בגין ניתוח דומה, כפי שיקבע על פי אמות מידה רפואיות מקובלות.		שכר נותן הטיפול מחליף ניתוח בחו"ל	
		הוצאות רפואיות הנדרשות לביצוע הטיפול מחליף ניתוח בחו"ל	
		הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים	
		הוצאות אשפוז בבית חולים	
הערות			
לתשומת ליבך, חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

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

1. כללי

- 1.1 הכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו, כפוף לתנאי הפוליסה אליה צורפה, על תנאי וסייגיה, ככל שתוכנית זו נרכשה, צויינה במפורש במפרט ושולמו בגינה דמי הביטוח.
- 1.2 תנאי לכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו הינו, כי במועד קרות מקרה הביטוח למבוטח, הפוליסה ותוכנית ביטוח זו בתוקפם עבור אותו מבוטח.
- 1.3 תוכנית ביטוח זו מהווה תוכנית נוספת, כהגדרתה בתנאים הכלליים לפוליסה אליה צורפה.

2. הגדרות מיוחדות לתוכנית ביטוח זו:

- 2.1 בנוסף לאמור בתנאים הכלליים בפוליסה, יחולו על הכיסויים בתכנית ביטוח זו ההגדרות המפורטות להלן.
- 2.2 במקרה של סתירה בין ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים בפוליסה ובין ההגדרות המפורטות בתכנית ביטוח זו, להלן, יחול הכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו והאמור בהגדרות המפורטות בתוכנית ביטוח זו להלן.
- 2.3 **ההגדרות:**
- 2.3.1 **הטסה רפואית** - הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס ייעודי, בליווי צוות ו/או ציוד רפואי המותאם למצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שנקבע, על-פי קריטריונים רפואיים מקובלים, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה.
- 2.3.2 **התייעצות** - התייעצות 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 המבוצע בידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי, כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 2.3.4 **ניתוח גדול** - ניתוח לב פתוח, ניתוח מוח או ניתוח אחר, אשר תקופת האשפוז, כמוגדר בפרק ההגדרות הכלליות לפוליסה זו, בעקבותיו, תעלה על 8 ימים רצופים ומלאים.
- 2.3.5 **רופא מומחה** - רופא, אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל, תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות או רופא שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בחו"ל בה ניתן השירות.
- 2.3.6 **שתל** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, **למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי**.
- 2.3.7 **תנאי מקדים לאחריות המבטח** - המבוטח יפנה לקבלת אישור המבטח מיד עם קביעת הצורך לביצוע הניתוח בחו"ל ובטרם ביצעו.

3.1 מקרה הביטוח

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

3.2 הכיסוי הביטוחי

בקורות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לספק השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל, בקשר עם ניתוח המבוצע במבוטח בחו"ל, כמפורט להלן ובגבולות האחריות הקבועים בהם.

3.2.1 שיפוי בגין הוצאות ביצוע הניתוח

3.2.1.1 שכר מנתח.

3.2.1.2 ניתוח בבית חולים בחו"ל - כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח.

שתלים - בוצע במבוטח ניתוח ובמהלכו הושתל בגופו שתל כמוגדר בסעיף ההגדרות לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגין עלות השתל עד תקרה של 50,000 ₪ לשנת ביטוח.

3.2.1.3 גבול לאחריות המבטח בגין סעיף 3.2.1 לעיל:

א. התקיים התנאי המקדים לאחריות המבטח כהגדרתו בסעיף ההגדרות לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאותיו הרפואיות הקשורות בניתוח, שהוצאו על ידו בפועל.

ב. לא התקיים התנאי המקדים לאחריות המבטח כהגדרתו בסעיף ההגדרות לעיל, ישפה המבטח את המבוטח לאחר בירור ואישור חבותו בגין הוצאותיו הרפואיות הקשורות בניתוח, שהוצאו על ידו בפועל, אך לא יותר מ-200% מהסכום הקבוע במחירון ניתוחים בישראל המפורסם באתר המבטח: www.aig.co.il בגין אותו סוג הניתוח. במקרה בו הניתוח לא מופיע באתר האינטרנט של המבטח, סכום השיפוי המירבי לא יעלה על 200% מהסכום הקבוע במחירון המפורסם באתר המבטח בגין ניתוח דומה, כפי שיקבע על פי אמות מידה רפואיות מקובלות. למען הסר ספק, גבול האחריות מתייחס למקרה ביטוח אחד (בין אם מדובר בניתוח ובין אם מדובר בסדרת ניתוחים הנובעים מאותו מקרה ביטוח).

ג. כל התשלומים לעיל יבוצעו במטבע ישראלי בישראל בהתאם לשער היציג של המטבע, שבו שולמו על ידי המבוטח אותן הוצאות, הידוע ביום ביצוע התשלום ע"י המבטח.

3.2.2 שיפוי בגין שירותים נוספים

3.2.2.1 התייעצות עם רופא מומחה - עד שתי התייעצויות, אגב הניתוח

וטרם ביצועו, עם מנתח או עם רופא מומחה אחר בתחום הרלוונטי. החזר זה יהיה בגובה הסכום ששולם בפועל ועד 4,000 ₪ להתייעצות עם מנתח ועד 1,200 ₪ להתייעצות עם רופא מומחה.

3.2.2.2 **העברות המבוטח ומלווה אחד** - הוצאות נסיעה יבשתיות סבירות של המבוטח ומלווה אחד, אשר שולמו בפועל, משדה התעופה לבית החולים בחו"ל וחזרה.

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 רפואית של המבוטח לחו"ל, כהגדרתה בסעיף ההגדרות לעיל, לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, ישפה המבטח בגין הוצאות ההטסה ששולמו בפועל עד לסכום מירבי של 80,000 ₪ למקרה ביטוח.

3.2.2.4 **הטסת גופה לישראל** - שיפוי בגין הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר הניתוח, אם נפטר המבוטח חו"כ בעת שהותו בחו"ל, כתוצאה מניתוח המכוסה על פי תכנית זו, ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 14 ימים ממועד שחרורו מבית החולים לאחר ביצוע הניתוח.

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

3.2.4 **הבאת רופא מנתח מחו"ל לישראל** - מבוטח, אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, או שהמבטח קבע, לבקשת המבוטח, כי הכיסוי בגין ניתוח בחו"ל יינתן באמצעות שיפוי בגין הוצאות שהוצאו בפועל עבור הבאתו של רופא מנתח מומחה מחו"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 לסעיף זה לא יעלה על 200,000 ₪ במקרה של ניתוח גדול או על 100,000 ₪ במקרה של ניתוח אחר.

3.2.5 **שיפוי בגין שירותים נוספים כתוצאה מניתוח גדול בלבד**

3.2.5.1 **הוצאות טיסה** - הוצאות בגין רכישת כרטיס טיסה, בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה אחד, מישראל לחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל וחזרתו לישראל לאחר ביצועו. במקרה בו המבוטח הינו עד גיל 18, ישפה המבטח בגין הוצאות רכישת כרטיס טיסה עבור שני מלווים.

3.2.5.2 **הוצאות שהייה** - שיפוי עבור הוצאות אשר הוצאו בפועל בגין שהייה בחו"ל לצורך ביצוע הניתוח. עבור מבוטח ומלווה אחד עד לסך כולל של 1,000 ₪ ליום. במקרה שגיל המבוטח הינו עד 18 יינתן שיפוי עבור מבוטח ושני מלווים, עד לסך כולל של 1,500 ₪ ליום. סכום הביטוח המירבי לסעיף זה לא יעלה על 65,000 ₪ לסך כל הוצאות השהייה.

3.2.5.3 **אחות/פרטיט** - הוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין אחות/פרטיט לתקופה של עד 8 ימים ועד לסך של 500 ₪ ליום, ובתנאי, כי השירותים סופקו בתוך 30 יום 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 המנתח שביצע בפועל את הניתוח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח וכהמשך ישיר ממנו, ובתנאי שבוצעו בתוך 90 יום מיום ביצוע הניתוח. סכום הביטוח המירבי לסעיף זה לא יעלה על 100,000 ₪.

3.2.5.5 שיפוי בגין המשך הוצאות רפואיות בארץ-

א. טיפולי פיזיותרפיה - המבטח ישפה את המבוטח בגין

הוצאות טיפולי פיזיותרפיה שבוצעו בפועל עפ"י הוראות רופא מומחה בתחום הרלוונטי תוך תקופה של 90 יום ממועד ביצוע הניתוח, עד תקרה של 200₪ לטיפול, ולא יותר מ-12 טיפולים בגין מקרה ביטוח **ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20% מעלות כל טיפול.**

ב.

רפיו בעיסוק - המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות רפיו בעיסוק שבוצעו בפועל עפ"י הוראות רופא מומחה בתחום הרלוונטי תוך תקופה של 90 יום ממועד ביצוע הניתוח, עד תקרה של 200₪ לטיפול, ולא יותר מ-12 טיפולים בגין מקרה ביטוח **ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20% מעלות כל טיפול.**

ג.

שיקום כושר הדיבור - המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות שיקום כושר הדיבור שבוצעו בפועל ע"י קלינאי תקשורת עפ"י הוראות רופא מומחה בתחום הרלוונטי בהיות המבוטח במצב של אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור ולתקופה של 90 יום ממועד ביצוע הניתוח, עד תקרה של 200₪ לטיפול, ולא יותר מ-12 טיפולים בגין מקרה ביטוח **ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20% מעלות כל טיפול.**

ד.

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

4. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל -

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

4.1.1 רופא מומחה בישראל בתחום הרלוונטי קבע את הצורך בביצוע הניתוח, טרם יציאת המבוטח לחו"ל והמליץ על ביצוע הטיפול החלופי.

4.1.2 הטיפול החלופי ניתן על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי, המורשה על פי כל דין במדינה 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 במדינה בה הם ממוקמים.

4.2 **הכיסוי הביטוחי -** בקורות מקרה הביטוח הנזכר בסעיף 4.1 לעיל במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה, ישפה המבטח את המבוטח בגין ההוצאות, שהוצאו בפועל, כמפורט להלן:

4.2.1 שכר נותן הטיפול מחליף ניתוח בחו"ל.

4.2.2 הוצאות רפואיות הנדרשות לביצוע הטיפול מחליף ניתוח בחו"ל.

4.2.3 הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים.

4.2.4 הוצאות אשפוז בבית חולים.

סכום השיפוי המירבי בגין טיפול או סדרת טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל בגין מקרה ביטוח לא יעלה על 200% מהסכום הקבוע במחירון ניתוחים בישראל המפורסם באתר המבטח: www.aig.co.il בגין אותו סוג הניתוח המוחלף, ולא יותר מ-250,000₪ למקרה ביטוח, לפי הגבוה מבניהם.

במקרה בו הניתוח המוחלף לא מופיע באתר האינטרנט של המבטח, סכום השיפוי המירבי לא יעלה על 200% מהסכום הקבוע במחירון המפורסם באתר המבטח בגין ניתוח דומה, כפי שיקבע על פי אמות מידה רפואיות מקובלות.

5. תקופת אכשרה -

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

6. חריגים נוספים ומיוחדים לתוכנית זו -

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

6.1 השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל כהגדרתם בפרק השתלות וטיפולים מיוחדים בפוליסה זו.

6.2 בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפולי דיאליזה, טיפול היפרתרמי, בדיקות הקשורות בהריון ו/או בדיקת עוברים, זריקה, הזלפות, בדיקות כגון CT ו-MRI כאשר כל אלה אינן חלק ממהלך הניתוח המכוסה.

6.3 מקרה הביטוח ארע למבטח השווה רוב ימות השנה בחו"ל (לפחות 183 ימים במהלך 12 חודשים בטרם ארע מקרה הביטוח) ו/או שלא יצא מישראל לצורך ביצוע הניתוח ו/או הטיפול מחליף ניתוח וחדר לישראל לאחר מכן.

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

6.4.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.

6.4.2 ניתוח לקיצור קיבה למבטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטח עם יחס BMI גובה מ-40.

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

6.6 טיפולים ניסיוניים.

6.7 טכנולוגיה מחליפת ניתוח אשר מהווה תרופה מכל סוג שהוא.

7. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

7.1 תוכנית ביטוח זו כפופה לכל תנאי הפוליסה אליה צורפה.

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

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

8. תביעות

8.1 המבטח ימסור למבטח את כל המידע והמסמכים הדרושים לו לברור זכאותו ובכלל זה: חוות הדעת של רופא/ים המומחים כאמור בסעיפים 3.1 ו-4.1 לעיל, פרטים אודות בית החולים בחו"ל בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח או את הטיפול המחליף ניתוח, זהות המנתח, וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בביצוע הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח, לרבות קבלות וכל הפרטים הנדרשים בקשר למצבו הרפואי בגינו נדקק המבטח לניתוח או לטיפול המחליף ניתוח בחו"ל, כפי שידרוש המבטח.

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

AIG MEDICARE	שם הביטוח																		
ביטוח להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל.	סוג הביטוח																		
מתחדשת כל שנתיים כמפורט בפרק ב' סעיף 5 בתנאים הכלליים.	תקופת הביטוח																		
<ul style="list-style-type: none"> • כיסוי הוצאות עבור השתלה (1) מסלול שיפוי - כיסוי לכל ההוצאות הכרוכות בביצוע השתלה עד גבול אחריות של 5,000,000 ₪ (2) מסלול פיצוי - פיצוי כספי חד פעמי בסך 350,000 ₪ • טיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל עד 1,200,000 ₪ למבוטח לכל תקופת הביטוח 	תיאור הביטוח																		
סייגי הפוליסה וחריגיה מפורטים בפרק ד' בתנאים הכלליים של הפוליסה ובסעיף 5 בנספח השתלות.	חריגים בפוליסה - הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים																		
90 יום תקופת אכשרה לא תחול במקרה של תאונה.	תקופת אכשרה - אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול																		
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים.	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופת החולים																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">פרמיה חודשית</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">גיל</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">3.04</td><td style="text-align: center;">1-20</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5.67</td><td style="text-align: center;">21-30</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7.99</td><td style="text-align: center;">31-40</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">13.76</td><td style="text-align: center;">41-50</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">20.83</td><td style="text-align: center;">51-55</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">26.43</td><td style="text-align: center;">56-60</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">24.84</td><td style="text-align: center;">61-65</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">21.90</td><td style="text-align: center;">+66</td></tr> </tbody> </table>	פרמיה 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	עלות הביטוח
פרמיה 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																		
<p style="text-align: center;">שים לב!</p> <p>(1) מחיר הביטוח עשוי להשתנות בהתאם למצבך הרפואי או עקב מתן הנחה. ברכישת חבילות ביטוח תיתכן הוזלה בפרמיה.</p> <p>(2) הסכומים המפורסמים בספר הפוליסה הם לפי מדד מאי 2015, 538.0594 נק'.</p> <p>(3) באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות ההון. מחירי הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים ליום פרסומם.</p>																			

תיאור הכיסויים בפוליסה

תיאור הכיסוי

שם הכיסוי: השתלות

כיסוי במסלול שיפוי עד 5,000,000 ₪ להשתלה **כמפורט בסעיף 4.1.1.1 בנספח השתלות**

1. הוצאות טרם ביצוע ההשתלה כמופיע בסעיף 4.1.1.1:

50,000 ₪	פיצוי כספי לאחר רישום במרכז הלאומי להשתלות בישראל.
100,000 ₪	הערכה רפואית ו/או תפקודית, עד שתי בדיקות למקרה ביטוח.
350,000 ₪	בדיקות לאיתור תרומת מח עצם ו/או תאי גזע ו/או דם היקפי ו/או דם טבורי.
100,000 ₪	בדיקות להתאמת האיבר.
200,000 ₪	הבאת מומחה רפואי לביצוע השתלה בישראל.
בגובה מחיר כרטיס טיסה הלך ושוב במחלקת תיירים	טיסה לחו"ל למבוטח ולמלווה.
100,000 ₪	הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה.
	הוצאות העברה יבשתית.
1000 ₪ ליום ולמבוטח	הוצאות שהייה בחו"ל למבוטח ולמלווה עד 60 יום ועד לביצוע ההשתלה.

2. הוצאות במהלך ביצוע ההשתלה כמופיע בסעיף 4.1.1.2:

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

3. הוצאות לאחר ביצוע ההשתלה כמופיע בסעיף 4.1.1.3:

1000 ₪ ליום ולמלווה	הוצאות שהייה בחו"ל למבוטח ולמלווה עד 120 יום.
עד 250,000 ₪	הוצאות טיפולי המשך, במהלך 6 חודשים לאחר ביצוע ההשתלה.
	הטסת גופה.
5000 ₪ לחודש	גמלת החלמה בביצוע השתלה בישראל למשך 12 חודשים.
7000 ₪ לחודש	גמלת החלמה בביצוע השתלה בחו"ל למשך 24 חודשים.

כיסוי במסלול פיצוי עד 350,000 ₪ להשתלה כמפורט בסעיף 4.1.2 בנספח השתלות

פיצוי 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 הכיסוי: טיפולים מיוחדים בחו"ל

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

	תשלום עבור בדיקות הערכה רפואית.
	תשלום לצוות הרפואי והוצאות חדר ניתוח.
	כרטיס טיסה לחו"ל לצורך הטיפול המיוחד, בטיסה מסחרית רגילה.
עד 100,000 ₪	הטסה רפואית לחו"ל.
	העברה יבשתית למבוטח שהוטס בהטסה רפואית לחו"ל.
	הוצאות אשפוז בבית חולים בחו"ל, עד 60 ימים לפני הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד ל-365 ימים לאחר ביצועם.
1000 ₪ ליום למלוה ולמבוטח ולא יותר מ-65,000 ₪ למקרה ביטוח	הוצאות שהייה בחו"ל.
	העברת גופת המבוטח לישראל.

הערות

לתשומת ליבך, חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.

ביטוח להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

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

1. כללי

- 1.1 הכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו, כפוף לתנאי הפוליסה אליה צורפה, על תנאי וסייגיה, ככל שתוכנית זו נרכשה, צויינה במפורש במפרט ושולמו בגינה דמי הביטוח.
- 1.2 תנאי לכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו הינו, כי במועד קרות מקרה הביטוח למבוטח, הפוליסה ותוכנית ביטוח זו בתוקפם עבור אותו מבוטח.
- 1.3 תוכנית ביטוח זו מהווה תוכנית בסיס, כהגדרתה בתנאים הכלליים לפוליסה אליה צורפה.

2. הגדרות לתוכנית ביטוח זו:

- 2.1 **הטסה רפואית** - הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס ייעודי, בליווי צוות ו/או ציוד רפואי המותאם למצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שנקבע, על-פי קריטריונים רפואיים מקובלים, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה.
- 2.2 **השתלה** - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק ממנו אשר נלקחו מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח במקומם, או השתלה בגוף המבוטח של מח עצמות או תאי גזע או תאי אב אחרים, שהופקו מדם טבורי או שנלקחו מתורם אחר או מגופו של המבוטח.
- 2.3 **טיפול רפואי מיוחד בחו"ל** - ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד, שאינו השתלה כהגדרתה לעיל, המתבצע בחו"ל ומתקיים בו לפחות אחד מתוך שלושת התנאים שלהלן:

1. טיפול רפואי החיוני להצלת חיים, שמניעתו מהווה סכנה ממשית לחיי המבוטח.
2. הטיפול הרפואי אינו בר-ביצוע על ידי שירותי הרפואה בישראל ואין לו טיפול חלופי בישראל; או שסיכויי ההצלחה של ביצוע הטיפול הרפואי בחו"ל, גבוהים משמעותית (עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים) מסיכויי ההצלחה של ביצוע אותו טיפול או טיפול חלופי בישראל וכי לא מדובר בטיפול נסיוני כהגדרתו בתנאים הכלליים לפוליסה.
- לעניין זה, "טיפול חלופי" הוא טיפול רפואי, הניתן לביצוע בישראל ואשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות, מאפשר להשיג תוצאה רפואית דומה לזו שמשיג הטיפול הרפואי המיוחד בחו"ל, ובלבד שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות יותר למטופל מתוצאות הטיפול המיוחד, שמשמעותן תופעות לוואי חמורות יותר או נזק גדול יותר למבוטח מהטיפול המיוחד, הפוגע באיכות חייו.
3. זמן ההמתנה בישראל לטיפול הוא ארוך מזמן ההמתנה בחו"ל ועלול לגרום להחמרה משמעותית במצבו של המבוטח, המסכנת את חייו ו/או העלולה לגרום נכות רפואית צמיתה בשיעור של 40% לפחות על פי הערכת רופא מומחה (כהגדרתו בפרק א' הגדרות ותנאים כללים לפוליסה) בתחום

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

3.2 טיפול רפואי מיוחד בחו"ל

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

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

ב. הטיפול הרפואי המיוחד יבוצע בחו"ל בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה מדינה.

ג. הטיפול הרפואי המיוחד יעשה עפ"י אמות מידה רפואיות ואתיות המקובלות במדינה בה יבוצע ואין המדובר בטיפול ניסיוני ו/או למטרות מחקר ו/או טיפול לא קונבנציונאלי.

3.3 מובהר בזאת כי השתלה חוזרת או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל חוזר אשר יידרשו בעקבות השתלה או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל שבוצעו לאור מקרה ביטוח, ייחשבו כחלק מאותו מקרה ביטוח.

4. הכיסוי הביטוחי

4.1 השתלות

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

תנאי לכיסוי הביטוחי

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

- נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי דין החל באותה מדינה.

- מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

4.1.1 כיסוי במסלול שיפוי

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

למען הסר ספק, ההוצאות המפורטות להלן, יחושבו כחלק מסכום השיפוי המירבי.

4.1.1.1 הוצאות טרם ביצוע ההשתלה

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

בנוסף, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי בגין:

- א. הוצאות רפואיות בגין הערכה רפואית ו/או תפקודית (Evaluation) לפני ביצוע השתלה, אם נדרש לכך המבוטח על ידי בית החולים ו/או הרופא המבצע את ההשתלה בפועל, עד שתי בדיקות הערכה למקרה ביטוח, ועד תקרת כיסוי בגובה 100,000 ₪.
- ב. הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם ו/או תאי גזע ו/או דם היקפי ו/או דם טבורי לצורך השתלה בגוף המבוטח, לרבות רישום במאגרים בחו"ל, או הוצאות בגין הפקת מח עצם להשתלה בגוף המבוטח שמקורו בדם טבורי ו/או דם היקפי של המבוטח עצמו, עד תקרת כיסוי בגובה 350,000 ₪ עבור סך כל הבדיקות וההוצאות.
- ג. הוצאות בדיקות להתאמת האיבר להשתלה (למעט עבור מח עצם ותאי גזע), קצירתו, שימורו והעברתו של האיבר המיועד להשתלה למקום ביצוע ההשתלה, עד תקרת כיסוי בגובה 100,000 ₪.
- ד. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה בישראל במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות, עד תקרת כיסוי בגובה 200,000 ₪.
- ה. הוצאות טיסה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד. אם המבוטח שבוצעה בו ההשתלה בחו"ל הינו קטין, יכסה המבוטח על פי הוראות סעיף זה כרטיסי טיסה ל-2 מלווים, עד תקרת כיסוי בגובה מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים לרבות היטל נסיעה אם יחול.
- ו. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 100,000 ₪ להשתלה.
- ז. הוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, לצורך ביצוע ההשתלה.
- ח. הוצאות שהייה סבירות בחו"ל למבוטח ולמלווה לתקופה של עד 60 יום עד לביצוע ההשתלה, עד תקרת כיסוי בגובה 1,000 ₪ ליום למלווה ולמבוטח. אם המבוטח שבוצעה בו ההשתלה בחו"ל הינו קטין, תקרת הכיסוי תהיה בגובה 1,500 ₪ ליום לשני מלווים ולמבוטח.

4.1.1.2 הוצאות במהלך ביצוע השתלה

- א. הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה.
- ב. הוצאות אשפוז בבית חולים לצורך ביצוע ההשתלה ולאחריה, לרבות טיפול רפואי כדוגמת בדיקות רפואיות ותרופות שניתנו למבוטח במהלך האשפוז לצורך ההשתלה.
- ג. הוצאות בגין איבר מלאכותי שהושתל בגופו של המבוטח, בהתאם להגדרה בתנאי הפוליסה, ולתנאי תוכנית ביטוח זו, עד תקרה בגובה 400,000 ₪.

4.1.1.3 הוצאות לאחר ביצוע השתלה

- א. הוצאות שהייה סבירות בחו"ל למבוטח ולמלווה לתקופה של עד 120 יום לאחר ביצוע ההשתלה, עד תקרת כיסוי בגובה 1,000 ₪ ליום למלווה ולמבוטח. אם המבוטח שבוצעה בו ההשתלה בחו"ל הינו קטין, תקרת הכיסוי תהיה בגובה 1,500 ₪ ליום לשני מלווים ולמבוטח.

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

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

ד. גמלת החלמה:

1. לאחר ביצוע השתלה בחו"ל, המכוסה על פי תנאי תוכנית

ביטוח זו, יהיה המבוטח זכאי לגמלת החלמה חודשית למשך 24 חודשים, בגובה 7,000 ₪, לכל חודש.

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

3. גמלת החלמה על פי סעיף זה לא תשולם למבוטח שבחר בכיסוי במסלול פיצוי, כמפורט בסעיף 4.1.2.4 להלן.

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

4.1.2 כיסוי במסלול פיצוי

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

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

4.1.2.2 בחר המבוטח בכיסוי במסלול פיצוי על פי סעיף זה, לא יהיה זכאי לכיסויים המפורטים בסעיף הכיסוי במסלול שיפוי, כמפורט בסעיף 4.1.1 לעיל, כולם או חלקם.

4.2 **טיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל**

סכום השיפוי המירבי לו יהיה זכאי המבוטח בקרות מקרה הביטוח, בגין כל ההוצאות הכרוכות בביצוע הטיפול הרפואי המיוחד בחו"ל, לרבות ההוצאות המפורטות להלן, לא יעלה על 1,200,000 ₪ למבוטח, וזאת ביחס לכל תקופות הביטוח וכל מקרי הביטוח יחד במצטבר.

הכיסוי בגין הטיפול הרפואי המיוחד בחו"ל, כאמור לעיל, יהיה בגין ההוצאות ששולמו בפועל, ובכפוף למפורט להלן:

4.2.1 תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה רפואית של המבוטח הנובעות ממקרה הביטוח.

4.2.2 תשלום לצוות הרפואי והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל.

4.2.3 תשלום הוצאות כרטיס טיסה לחו"ל לצורך הטיפול המיוחד, בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים, של המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הינו עד גיל 18, והוצאות שיבתם לישראל.

4.2.4 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, עד לסך של 100,000 ₪.

4.2.5 תשלום עבור הוצאות העברה יבשתיות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל וחזרה, למבוטח שהוטס בהטסה רפואית לחו"ל.

4.2.6 תשלום בעבור אשפוז בבית חולים בחו"ל, עד 60 ימים לפני הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד ל-365 ימים לאחר ביצועם.

- 4.2.7 הוצאות שהייה בחו"ל לצורך ביצוע הטיפול המיוחד, של המבוטח ומלווה אחד עד לסך 1,000 ₪ ליום, ובמקרה של קטין עם שני מלווים עד לסך של 1,500 ₪ ליום, אך לא יותר מסך של 65,000 ₪ למקרה ביטוח.
- 4.2.8 הוצאות העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע הטיפול המיוחד.

5. חריגים נוספים ומיוחדים לכיסוי זה

- מבלי לגרוע מהחריגים הכלליים הקבועים בפוליסה, המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח או תשלומים אחרים כלשהם בגין מקרה ביטוח על-פי תוכנית ביטוח זו, שנגרם במישרין או בעקיפין, על-ידי או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:
- 5.1 תרופות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח שלא במסגרת האשפוז לצורך השתלה או לצורך הטיפול הרפואי המיוחד בחו"ל.
- 5.2 ניתוח ו/או טיפול רפואי, שאיננו השתלה ואיננו טיפול רפואי מיוחד בחו"ל, כהגדרתם בתנאי הפוליסה.
- 5.3 בדיקות, בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, הקרנות, בדיקות הקשורות בהיריון ו/או בדיקת עוברים, טיפולים כמותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, היפותרמי, זריקות, הזלפות, בדיקה/ות ופעילות הדמיה כגון CT או MRI, כאשר אלה אינם חלק ממהלך הטיפול הרפואי המיוחד בחו"ל.
- 5.4 בכל הנוגע לטיפול רפואי מיוחד בחו"ל - מבוטח שאינו מתגורר בישראל דרך קבע ו/או לא יצא מישראל לצורך ביצוע הטיפול וחדר לישראל לאחר מכן.

6. תביעות

- האמור בסעיף זה הינו בנוסף לאמור בתנאים הכלליים ובכפוף להם:
- 6.1 המבטח ישלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי תוכנית ביטוח זו, או יעבירם ישירות לנותן השירות אם המציא אישור רישום, ואם ביצע את ההשתלה בפועל. לשם כך יהא עליו למסור למבטח את כל הפרטים הקשורים לתביעתו וכן את כל המסמכים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו לרבות מסמכים ואישורים המעידים על כך שביצוע ההשתלה עומד בהוראות "חוק השתלת איברים" ובהתאם לדין במדינה בה בוצעה ההשתלה.
- 6.2 המבוטח ימסור למבטח את כל המידע והמסמכים הדרושים לו לברור זכאותו ובכלל זה חוות הדעת של רופא/ים המומחים כאמור בסעיף 3.2 לעיל, פרטים אודות בית החולים בחו"ל בו הינו מעונין לבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד, זהות המנתח, וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בביצוע ההשתלה או הטיפול הרפואי המיוחד בחו"ל, לרבות כל הפרטים הנדרשים בקשר למצבו הרפואי בניגון נזקק המבוטח להשתלה או לטיפול הרפואי המיוחד בחו"ל, כפי שדרש המבטח.

7. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

- 7.1 תוכנית ביטוח זו כפופה לכל תנאי הפוליסה אליה צורפה.
- 7.2 כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטייה מהאמור בפוליסה יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו רק אם נכלל במפורש בתוכנית ביטוח זו.
- 7.3 במקרה של סתירה בין האמור בתוכנית ביטוח זו ובין האמור בתוכניות ביטוח אחרות שצורפו לפוליסה ו/או האמור בתנאים הכלליים של הפוליסה, יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו, האמור בה.

גילוי נאות - **AIG MEDICARE**

כיסוי לתרופות מחוץ לסל

AIG MEDICARE	שם הביטוח																		
ביטוח לתרופות מחוץ לסל.	סוג הביטוח																		
מתחדשת כל שנתיים כמפורט בפרק ב' סעיף 5 בתנאים הכלליים.	תקופת הביטוח																		
<ul style="list-style-type: none"> ● תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות ואושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצב הרפואי של המבוטח בידי רשות מוסמכת בישראל או באחת המדינות המוכרות. ● תרופה הכלולה בסל להתוויה רפואית אחרת. ● תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL. ● תרופת יתום. 	תיאור הביטוח																		
סייגי הפוליסה וחריגיה מפורטים בפרק ד' בתנאים הכלליים של הפוליסה ובסעיף 7 בנספח תרופות.	חריגים בפוליסה - הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">פרמיה חודשית</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">גיל</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">2.51</td> <td style="text-align: center;">0-20</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2.41</td> <td style="text-align: center;">21-30</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3.92</td> <td style="text-align: center;">31-40</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10.18</td> <td style="text-align: center;">41-50</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">17.38</td> <td style="text-align: center;">51-55</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">23.35</td> <td style="text-align: center;">56-60</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">26.07</td> <td style="text-align: center;">61-65</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">31.39</td> <td style="text-align: center;">+66</td> </tr> </tbody> </table>	פרמיה 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
פרמיה 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																		
<p style="text-align: right;">שים לב!</p> <p>(1) מחיר הביטוח עשוי להשתנות בהתאם למצבך הרפואי או עקב מתן הנחה. ברכישת חבילות ביטוח תיתכן הוזלה בפרמיה.</p> <p>(2) הסכומים המפורסמים בספר הפוליסה הם לפי מדד מאי 2015, 538.0594 נק'.</p> <p>(3) באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות ההון. מחירי הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים ליום פרסומם.</p>																			

תיאור הכיסויים בפוליסה

מה הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
עד 1,500,000 ₪ סכום מירבי המתחדש בעת חידוש הפוליסה.	תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות ואושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצב הרפואי של המבוטח בידי רשות מוסמכת בישראל או באחת המדינות המוכרות כמפורט בסעיף 3.1 בנספח תרופות.	תרופות מחוץ לסל
	תרופה הכלולה בסל הבריאות להתוויה רפואית אחרת כמפורט בסעיף 3.2 בנספח תרופות.	
	תרופת יתום כמפורט בסעיף 3.4 בנספח תרופות.	
	תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL עד 50,000 ₪ לחודש למשך 10 חודשים קלנדריים רצופים לכל מקרה ביטוח כמפורט בסעיף 3.3 בנספח תרופות. הסכום מתחדש בעת חידוש הפוליסה למעט במקרה של תשלום תגמולי ביטוח על פי סעיף 2.5.6 בנספח תרופות.	
עד 150 ₪ ליום עד 60 ימים.	פיצוי לשירות או טיפול רפואי הכרוך בנטילת התרופה שאושרה כמפורט בסעיף 4.3 בנספח תרופות.	
לתשומת ליבך, חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		הערות

תרופות שאינן מכוסות בסל התרופות

תוכנית ביטוח לשיפוי הוצאות בגין תרופות

אשר אינן בסל שירותי הבריאות

1. כללי

- 1.1 הכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו, כפוף לתנאי הפוליסה אליה צורפה, על תנאיה וסייגיה, ככל שתוכנית זו נרכשה, צויינה במפורש במפרט ושולמו בגינה דמי הביטוח.
- 1.2 תנאי לכיסוי על פי תוכנית ביטוח זו הינו כי במועד קרות מקרה הביטוח למבוטח הפוליסה ותוכנית ביטוח זו בתוקפם עבור אותו מבוטח.
- 1.3 תוכנית ביטוח זו מהווה תוכנית בסיס, כהגדרתה בתנאים הכלליים לפוליסה אליה צורפה.

2. הגדרות לתוכנית ביטוח זו:

- 2.1 **המדינות המוכרות** - ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת המדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).
- 2.2 **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.
- 2.3 **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר, מעת לעת, לגבייה בגין תרופה, על ידי הרשויות המוסמכות בישראל.
- לא נקבע לתרופה מחיר מרבי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע המחיר המרבי על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב.
- לא נקבע לתרופה מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע המחיר המרבי על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה במחירי דולר ארה"ב.
- חישוב מחירי דולר ארה"ב יעשה על פי שער המכירה (העברות והמחאות) של דולר ארה"ב שיהיה נהוג בבנק הפועלים בע"מ ביום הכנת התשלום על-ידי המבטח בתוספת היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום כזה.
- 2.4 **מרשם** - מסמך רפואי החתום בידי רופא בית חולים או רופא מומחה, אשר קובע את הטיפול התרופתי הנדרש, את קביעת המינון הנדרש ואת משך הטיפול הנדרש. מרשם יהיה לתקופת טיפול של עד 3 חודשים בכל פעם. נרשמו במרשם אחד מספר תרופות, תחשב כל תרופה הרשומה בו כמרשם נפרד.
- 2.5 **תרופה OFF LABEL** - תרופה, שאושרה לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות, להתוויה רפואית שונה מזו הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:
- 2.5.1 פרסומי ה-FDA.
- 2.5.2 American Hospital Formulary Service Drug Information.
- 2.5.3 US Pharmacopoeia - Drug Information.
- 2.5.4 Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
- עוצמת המלצה (Strength of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa.
 - חוזק הראיות (Strength of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B.
 - יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa.

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

- .NCCN

- .ASCO

- .NICE

- .Esmo Minimal Recommendation

2.5.6 שלושה פרסומים מדעיים, מקובלים מהעיתונות הרפואית, שלא הוזכרו לעיל, המוכיחים את יעילותה של התרופה למחלתו של המבוטח.

על מנת למנוע כל ספק אפשרי יודגש כי על הפרסומים המדעיים שדלעיל, לעמוד בשני התנאים הבאים במצטבר:

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

- הפרסום נעשה בעיתונות רפואית שמשמעותה כתבי עת מדעיים ומקובלים ולא בעתונות יומית או בידיעון כלשהו או כזה המתפרסם באמצעות גופים או עמותות הנוגעות לתחום רפואי מסויים.

2.6 **תרופה נסיונית** - אחת מאלה:

- תרופה אשר לא אושרה ע"י הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול בהתוויה הרפואית הנדרשת למבוטח.

- תרופה אשר טרם אושרה לשימוש כלשהו על ידי הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות.

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

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

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

3. **מקרה הביטוח**

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

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

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

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

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

4. הכיסוי הביטוחי

- בקרות מקרה הביטוח זכאי המבוטח לכיסוי עלות הטיפול התרופתי בניכוי השתתפות עצמית ועד תקרת הכיסוי המפורטת להלן, ובהתאם לתנאים המפורטים להלן:
- 4.1 המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק התרופה, על פי שיקול דעת המבטח, עבור מקרה ביטוח, כהגדרתו לעיל, אשר ארע למבוטח בעת היות כיסוי זה בתוקף, בגין הוצאותיו לרכישת תרופות, ועד תקרת סכום הביטוח המרבי.
- 4.2 השיפוי יינתן לכיסוי המינן הנדרש בכל פעם, בניכוי הסכום שבו השתתפו קופת חולים ו/או השב"ן של קופתו, אם השתתפו, ובניכוי השתתפות עצמית המפורטת להלן, עד תקרת סכום הביטוח המרבי.
- 4.3 המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות, על פי שיקול דעת המבטח, עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך בנטילת התרופה, כאמור לעיל, עד 150 ₪ ליום, ולתקופה שלא תעלה על 60 יום במצטבר.
- למען הסר ספק, הכיסוי על פי סעיף זה יינתן אך ורק בגין נטילת תרופות, אשר המבטח שיפה את המבוטח עבור רכישתן.**
- 4.4 השיפוי להוצאות בגין רכישת תרופה על פי תוכנית ביטוח זו, לא יעלה על המחיר המירבי המאוש לאותה תרופה.
- 4.5 הכיסוי על פי פרק זה יינתן בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד.
- 4.6 מובהר ומודגש בזאת כי השיפוי יהיה אך ורק בגין עלות התרופה, ולא יינתן שיפוי עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, למעט האמור בסעיף 4.3 לעיל.**

5. סכום הביטוח המירבי

- 5.1 סכום הביטוח המרבי שישלם המבטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על-פי תוכנית ביטוח זו, יהא עד לסך 1,500,000 ₪ לתקופת ביטוח כהגדרתה ומשמעותה בפרק התנאים הכלליים בפוליסה אליה צורפה תוכנית ביטוח זו. בעת חידוש הביטוח, יחודש סכום הביטוח המירבי.
- 5.2 סכום הביטוח המרבי שישלם המבטח מתוך הסך המרבי הקבוע בסעיף 4.1 לעיל, בגין תביעה ו/או תביעות לתרופת OFF LABEL, המכוסה על פי סעיף 18.31.6 לתנאים הכלליים בפוליסה זו, שמשמעותו הינה כי התרופה הוכרה ב-3 פרסומים מדעיים מקובלים שלא הוזכרו בפרסומים המפורטים בסעיפים 18.31.1 - 18.31.5 (כולל), יהא עד לסך של 50,000 ₪ לחודש ולתקופה שלא תעלה על 10 חודשים קלנדאריים רצופים, לכל מקרה ביטוח.
- 5.3 סכום הביטוח המרבי יתחדש בכל תקופת ביטוח, כאמור לעיל, למעט סכום הביטוח המפורט בסעיף 4.2 לעיל. למען הסר ספק מובהר, כי הכיסוי לתרופת OFF LABEL יחודש אך ורק לגבי התרופות המפורטות בסעיפים 18.31.1 - 18.31.5 (כולל). לא יחודשו סכומי ביטוח לגבי תרופת OFF LABEL המכוסה על פי סעיף 18.31.6 לתנאים הכלליים בפוליסה זו.
- 5.4 חידוש סכומי הביטוח ייעשה באופן הבא:
- 5.4.1 מבוטח, אשר בגין תביעתו ו/או תביעותיו על פי תוכנית ביטוח זו, קיבל מהמבטח את סכום הביטוח המרבי במלואו, יהיה זכאי לסכום ביטוח מרבי נוסף כמפורט בסעיף 4.1, עם חידוש תקופת הביטוח כאמור, בכפוף לאמור בסעיף 4.3.
- 5.4.2 מבוטח, אשר בגין תביעתו ו/או תביעותיו על פי תוכנית ביטוח זו, קיבל מהמבטח חלק מסכום הביטוח המרבי, יהיה זכאי לסכום ביטוח מרבי מלא כמפורט בסעיף 4.1, עם חידוש תקופת הביטוח כאמור, אשר יחליף את

יתרת סכום הביטוח שנותרה לאחר תשלומי המבטח. יודגש כי סעיף זה יחול אך ורק לגבי הסכומים המתחדשים בלבד, כקבוע בסעיף 4.2 ובכפוף לאמור בסעיף 4.3.

6. השתתפות עצמית

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

7. חריגים נוספים ומיוחדים לכיסוי זה

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

- 7.1 תרופות ניסיוניות.
7.2 תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה שבוצעו בבית חולים, או במהלך אשפוז בבית חולים כמוגדר בפוליסה (למעט באשפוז יום).
7.3 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
7.4 טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה מונעת, טיפול בוטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.
7.5 טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השרות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

8. תביעות

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

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

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

- 8.1.1 החובה לא קויימה או קויימה באיחור מסיבות מוצדקות;
8.1.2 אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.

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

- למען הסר ספק, יודגש, כי גם על פי מרשם שניתן לשלושה חודשים, תנוכה ההשתתפות העצמית מידי חודש.
- 8.3 המבטח לא ישפה מבוטח המצוי מחוץ לגבולות מדינת ישראל למעלה מ-180 ימים ברציפות לאחר קרות מקרה הביטוח, כל עוד שוהה המבוטח בחו"ל. מובהר בזאת, כי אם חזר המבוטח ארצה והוכיח זכאותו לתגמולי ביטוח כאמור, המבטח ימשיך לשלם בהתאם להוראות כיסוי זה.
- 8.4 במקרה של הפסקת הזכאות לתגמולי הביטוח, על המבוטח להודיע על כך מיידית למבטח במכתב רשום ו/או בכל דרך אחרת. תשלומים שקיבל מבוטח שלא כדין, יוחזרו למבטח.

9. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

- 9.1 תוכנית ביטוח זו כפופה לכל תנאי הפוליסה אליה צורפה.
- 9.2 כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטייה מהאמור בפוליסה יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו רק אם נכלל במפורש בתוכנית ביטוח זו.
- 9.3 במקרה של סתירה בין האמור בתוכנית ביטוח זו ובין האמור בתוכניות ביטוח אחרות שצורפו לפוליסה ו/או האמור בתנאים הכלליים של הפוליסה, יחייב לעניין תוכנית ביטוח זו, האמור בה.

תמצית תנאי הביטוח - AIG MEDICARE

הרחבה לתרופות בהתאמה אישית ובדיקות גנטיות

גילוי נאות- AIG MEDICARE הרחבה לתרופות בהתאמה אישית ובדיקות גנטיות																			
שם הביטוח	AIG MEDICARE תרופות בהתאמה אישית ובדיקות גנטיות																		
סוג הביטוח	הרחבה לתרופות																		
תקופת הביטוח	מתחדשת כל שנתיים כמפורט בפרק ב' סעיף 5 בתנאים הכלליים																		
תיאור הביטוח	<p>כיסוי לאחד או יותר מהבאים:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● תרופות בהתאמה אישית כהגדרתן בסעיף 2.8 בתנאי ההרחבה ● בדיקות גנטיות ו/או בדיקות גנומיות כהגדרתן בסעיף 2.1 ו-2.2 בתנאי ההרחבה ● ויטמינים ו/או תוסף התזונה ו/או קנאביס רפואי - <u>למחלת הסרטן</u> ● כיסוי לשירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך בנטילת תרופה בהתאמה אישית 																		
חריגים בפוליסה - הפוליסה אינה מכסה את המבטוח במקרים הבאים	סייגי הפוליסה וחריגיה מפורטים בפרק ד' בתנאים הכלליים של הפוליסה, בסעיף 7 לתכנית הבסיס ובסעיף 5 להרחבה תרופות בהתאמה אישית ובדיקות גנטיות																		
תקופת אכשרה - אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול	90 יום																		
עלות הביטוח	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">פרמיה חודשית</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">גיל</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">3.30</td> <td style="text-align: center;">0-20</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4.77</td> <td style="text-align: center;">21-30</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7.10</td> <td style="text-align: center;">31-40</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12.59</td> <td style="text-align: center;">41-50</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">21.86</td> <td style="text-align: center;">51-55</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35.73</td> <td style="text-align: center;">56-60</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">50.68</td> <td style="text-align: center;">61-65</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">64.92</td> <td style="text-align: center;">+66</td> </tr> </tbody> </table> <p>שים לב!</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. מחיר הביטוח עשוי להשתנות בהתאם למצבך הרפואי או עקב מתן הנחה. ברכישת חבילות ביטוח תיתכן הוזלה בפרמיה. 2. הסכומים המפורסמים בספר הפוליסה הם לפי מדד מאי 2015, 538.0594 נק'. 3. באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות ההון. <p>מחירי הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים ליום פרסומם.</p>	פרמיה 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
פרמיה חודשית	גיל																		
3.30	0-20																		
4.77	21-30																		
7.10	31-40																		
12.59	41-50																		
21.86	51-55																		
35.73	56-60																		
50.68	61-65																		
64.92	+66																		

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
תרופות בהתאמה אישית ובדיקות גנטיות	תרופות בהתאמה אישית כהגדרתן בסעיף 2.8 ובהתאם למפורט בסעיף 4.1 להרחבה לתרופות בהתאמה אישית ובדיקות גנטיות	עד 250,000 ₪ בחודש ולא יותר מ-1,000,000 ₪ למקרה ביטוח ולכל תקופות הביטוח	ללא השתתפות עצמית
	בדיקות גנטיות ו/או גנומיות כהגדרתן בסעיף 2.1 ו-2.2 ובהתאם למפורט בסעיף 4.2 להרחבה לתרופות בהתאמה אישית ובדיקות גנטיות	עד 30,000 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מ-60,000 ₪ לתקופת הביטוח	20% מהסכום שהוציא המבוטח בפועל עבור הבדיקות
	ויטמינים ו/או תוסף תזונה ו/או קנאביס רפואי - למחלת הסרטן כהגדרתם בסעיפים 2.3, 2.5 ו-2.7 ובהתאם למפורט בסעיף 4.3 להרחבה לתרופות בהתאמה אישית ובדיקות גנטיות	עד 1000 ₪ לחודש (לאחר השתתפות עצמית) ועד 15,000 ₪ למקרה ביטוח ולכל תקופות הביטוח	150 ₪ לחודש
	כיסוי לשירות או טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה מותאמת אישית שאושרה בהתאם לסעיף 4.4 להרחבה לתרופות בהתאמה אישית ובדיקות גנטיות	עד 350 ₪ ליום עד 60 ימים	ללא השתתפות עצמית
	לתשומת ליבך, חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		
הערות			

הרחבה לתרופות בהתאמה אישית ובדיקות גנטיות (הרחבה לכיסוי תרופות מחוץ לסל)

1. כללי

- 1.1 הרחבה זו מהווה תכנית נוספת כהגדרתה בתנאים הכלליים לתכנית הבסיס "כיסוי תרופות מחוץ לסל" בלבד.
- 1.2 הרחבה זו כפופה לתנאים הכלליים של הפוליסה אליה צורפה ולתנאי כיסוי לתרופות מחוץ לסל, על תנאיהן וסייגיהן, ככל שתכנית זו נרכשה, צויינה במפורש במפרט ושולמו בגינה דמי הביטוח.
- 1.3 תנאי ההרחבה זו הינו, כי במועד קרות מקרה הביטוח למבוטח, הפוליסה, לרבות תכנית הבסיס והרחבה זו הינם בתוקף עבור אותו מבוטח.
- 1.4 כל האמור בהרחבה זו בלשון יחיד, משמעו גם בלשון רבים, וכל האמור בלשון זכר, משמעו גם בלשון נקבה, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת. כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד, ולא תשמשנה לצורך פרשנות.

2. הגדרות

- בנוסף להגדרות הכלולות בתכנית הבסיס "כיסוי תרופות מחוץ לסל", אשר יחולו במלואן על תנאי ההרחבה, בהרחבה זו יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה שבצדם:
- 2.1 **"בדיקה גנטית"** - בדיקת דגימת DNA או RNA של אדם לשם איפיון והשוואת רצפים של DNA, המבוצעת על ידי מכון גנטי או מעבדה לבדיקות גנטיות.
 - 2.2 **"בדיקה גנומית"** - בדיקת פרופיל ואפיון מולקולארי של דגימת DNA או RNA של תאי גידול סרטני או תאים לא גידוליים של המבוטח, המבוצעת על ידי מכון גנטי או מעבדה לבדיקות גנטיות.
 - 2.3 **"ויטמינים"** - תרכובת כימית אורגנית, שאיננה אב מזון (חלבון, פחמימה, שומן), אשר כמויות קטנות שלה דרושות לכל אורגניזם לשם גדילה תקינה ולשם קיום ואשר קיבלה את אישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות (כהגדרתן בתכנית הבסיס) כתכשיר מזון רפואי.
 - 2.4 **"סכום השיפוי המרבי"** - הסכום המרבי שתשפה החברה את המבוטח, בגין הבדיקה הגנטית ו/או התרופה המותאמת אישית ו/או ויטמינים ו/או תוספי התזונה ו/או הקנאביס הרפואי ו/או השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך בנטילת התרופות בהתאמה אישית, במהלך תקופת הביטוח בגין מקרה ביטוח ולאחר ניכוי השתתפות עצמית.
 - 2.5 **"קנאביס רפואי"** - קנאביס הניטל למטרות רפואיות לטיפול במחלת הסרטן, או להקלה בתסמינים הנובעים ממחלת הסרטן, אשר ניתן למבוטח אישור לשימוש בו על ידי הגורמים המורשים מטעם משרד הבריאות. יובהר, כי שימוש בקנאביס רפואי יאושר רק בדרך המומלצת על ידי משרד הבריאות ובכפוף לתנאי הרישיון האישי, שהונפק למבוטח על ידי משרד הבריאות לשימוש בקנאביס הרפואי.
 - 2.6 **"תכנית הבסיס"** - בהרחבה זו המשמעות של תכנית הבסיס תהיה "תכנית לכיסוי תרופות מחוץ לסל".
 - 2.7 **"תוסף תזונה"** - מינרל, חומצת 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 קליני מקובל, כי תוסף התזונה יעיל באופן ממשי לטיפול ו/או תמיכה במצבו הרפואי של המבוטח

ו/או להקלה בתסמינים ותופעות לוואי הנובעות מהמצב הרפואי ו/או מהטיפול במצב הרפואי של המבוטח.

- 2.8 "תרופה בהתאמה אישית" - תרופה, העומדת באחד מהקריטריונים הבאים:**
- 2.8.1 תרופה, שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות והמבוטח קיבל אישור לייבוא אישי שלה על פי סעיף 29 א' 3 לתקנות הרוקחים (תכשירים) התשמ"ו-1986 (אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי ורופא מומחה קבע כי המבוטח זקוק לה).
- 2.8.2 תרופה, שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואושרה לשימוש בידי הרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות לטיפול, במצב רפואי אחר ולא למצבו של המבוטח (התוויה רפואית אחרת) ובהתקיים אחד מהתנאים הבאים:
- 2.8.2.1 התרופה נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח לאחר בדיקה גנטית ו/או בדיקה גנומית להתאמת הטיפול בתרופה.
- 2.8.2.2 רופא מומחה קבע, כי מתקיימים התנאים הבאים במצבטר:
- 2.8.2.2.1 התרופה יעילה באופן ממשי לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על סמך שני פרסומים מדעיים רפואיים מקובלים לפחות.
- 2.8.2.2.2 התועלת בשימוש בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה.
- 2.8.2.2.3 מניעת הטיפול בתרופה מהווה סכנה ממשית לחייו של המבוטח.

3. מקרה הביטוח

- 3.1 מצבו הרפואי של המבוטח, אחד או יותר מהבאים:
- 3.1.1 קבלת טיפול תרופתי באמצעות תרופה המותאמת אישית, על פי הוראת רופא מומחה **ובתנאי שהתרופה המותאמת אישית אינה מכוסה בתכנית הביסיס כהגדרתה בהרחבה זו.**
- 3.1.2 בדיקה גנטית ו/או גנומית, לאחר שאובחן המבוטח במחלה, ולצורך בחינת התאמת הטיפול התרופתי והשפעתו על אותה המחלה, קבלת החלטה טיפולית רפואית, לרבות כדאיות הטיפול ו/או מניעת תופעות לוואי, ו/או קביעת המינון והערכת התקדמות עתידית של המחלה, והכל, על פי הוראת רופא מומחה.
- 3.1.3 בשל מחלת הסרטן - נטילת ויטמינים ו/או תוסף תזונה ו/או קנאביס רפואי, על פי הוראת רופא מומחה.
- 3.2 תגמולי הביטוח ישולמו למבוטח על פי הרחבה זו, בגין המקרים לעיל בהתאם לסעיף 8 לתוכנית הביסיס וסעיף 10 לתנאים הכלליים וזאת לאחר כניסת ההרחבה לתוקף ולאחר תום תקופת האכשרה.

4. הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה הביטוח זכאי המבוטח לכיסוי עלות הבדיקה הגנטית ו/או הגנומית ו/או התרופה המותאמת אישית ו/או ויטמינים ו/או תוספי התזונה ו/או הקנאביס הרפואי למחלת הסרטן, ו/או השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך בנטילת התרופות בהתאמה אישית, בניכוי השתתפות עצמית ועד תקרת הכיסוי המפורטת להלן, בהתאם לתנאים המפורטים להלן:

4.1 תרופות בהתאמה אישית -

- 4.1.1 החברה תשפה את המבוטח או תשלם ישירות לספק התרופה, בגין הוצאותיו בפועל לרכישת תרופות בהתאמה אישית בשל מקרה הביטוח כהגדרתו לעיל.

- 4.1.2 סכום השיפוי המרבי בגין סעיף זה הינו 250,000 ₪ עבור כל חודש קלנדררי ולא יותר מ-1,000,000 ₪ למקרה ביטוח ללא קשר לתקופות הביטוח. **יובהר, כי סכום השיפוי המרבי אינו מתחדש בתקופות ביטוח רצופות.**
- 4.1.3 סכום השיפוי המרבי הנקוב לעיל הינו לחודש, גם במידה והמבוטח קיבל מספר מרשמים שונים לתרופות המותאמות אישית לטיפול במצבו הבריאותי על פי הרחבה זו.
- 4.1.4 היה ונדרש המבוטח לטיפול חוזר ו/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 בהתאמה אישית.
- 4.1.6 המבוטח יפנה לאישור החברה, קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם, ויקבל את אישורה לחבותו על פי הרחבה זו. למען הסר ספק, מובהר, כי קבלת אישור כאמור איננה מהווה תנאי לתשלום התביעה, ובמקרים בהם נרכשה התרופה ללא אישור החברה מראש, תידון החברה בתביעה לאחר מכן ותאשר אותה אם היא עומדת בהוראות הפוליסה ו/או תכנית הבסיס ו/או הרחבה זו, והוגשו לחברה כל המסמכים כנדרש.
- לא קיימה חובת המבוטח לפי סעיף זה במועדה, וקיומה היה מאפשר לחברה להקטין חבותה, אין החברה חייבת בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיתה חייבת בהם אילו קיימה החובה. הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
- 4.1.6.1 החובה לא קיימה או קיימה באיחור מסיבות מוצדקות;
- 4.1.6.2 אי קיומה או איחורה לא מנע מן החברה את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.
- 4.2 בדיקה גנטית ו/או גנומית להתאמת טיפול תרופתי-
- 4.2.1 החברה תשפה את המבוטח או תשלם ישירות לספק השירות שבהסכם, כהגדרתו בתנאים הכלליים (אם קיים הסכם), עד 80% מהוצאותיו בפועל בגין ביצוע בדיקה גנטית ו/או גנומית להתאמת טיפול תרופתי בשל מקרה הביטוח כהגדרתו לעיל, המבוצעת בהמלצת רופא מומחה.
- 4.2.2 סכום השיפוי המרבי בגין סעיף זה הינו 30,000 ₪ בגין כל מקרה ביטוח ולא יותר מ- 60,000 ₪ לתקופת הביטוח כהגדרתה בתנאים הכלליים הנלווים לתכנית הבסיס.
- 4.2.3 ההשתתפות העצמית בגין בדיקות גנטיות- 20% מהסכום שהוציא המבוטח בפועל עבור הבדיקות.
- 4.3 ויטמינים ו/או תוסף תזונה ו/או קנאביס רפואי למחלת הסרטן-
- 4.3.1 החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו בפועל לרכישת ויטמינים ו/או תוסף תזונה ו/או קנאביס רפואי אשר הומלץ למבוטח לטיפול אותם על פי הנחיית רופא מומחה **עבור טיפול במחלת הסרטן ו/או לצורך הקלה בתסמינים הנובעים ממחלת הסרטן ו/או מהטיפול הרפואי למחלת הסרטן, ובלבד שהמחלה התגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה.**
- 4.3.2 סכום השיפוי המרבי בגין סעיף זה הינו 1,000 ₪ לחודש (לאחר השתתפות עצמית) ועד 15,000 ₪ למקרה ביטוח ללא קשר לתקופות הביטוח. **יובהר, כי סכום השיפוי המרבי אינו מתחדש בתקופות ביטוח רצופות.**
- 4.3.3 ההשתתפות העצמית בגין כיסוי ויטמינים ו/או תוסף תזונה ו/או קנאביס רפואי למחלת הסרטן - 150 ₪ לחודש.
- 4.4 כיסוי לשירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך בנטילת התרופות בהתאמה אישית-

- 4.4.1 החברה תשפה את המבוטח או תשלם ישירות לספק השירות שבהסכם, כהגדרתו בתנאים הכלליים (אם קיים הסכם), בגין הוצאותיו בפועל עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך בנטילת התרופות בהתאמה אישית, בשל מקרה הביטוח כהגדרתו לעיל. **למען הסר ספק, הכיסוי על פי סעיף זה יינתן אך ורק בגין נטילת תרופות בהתאמה אישית בהתאם להרחבה זו.**
- 4.4.2 סכום השיפוי המרבי בגין סעיף זה הינו 350 ₪ ליום ולתקופה שלא תעלה על 60 יום במצטבר.
- 4.4.3 לא תחול על המבוטח השתתפות עצמית בגין סעיף זה.

5. חריגים נוספים ומיוחדים להרחבה זו

מבלי לגרוע מהחריגים המפורטים בפרק התנאים הכלליים לתכנית ביטוח בריאות והחריגים הנוספים בסעיף 7 לתכנית הבסיס, למעט החריגים שבוטלו מפורשות בתכנית ביטוח זו, החברה לא תשלם תגמולי ביטוח ו/או תשלומים אחרים כלשהם בגין הכיסויים המפורטים בהרחבה זו, הקשורים או שנגרמו במישרין או בעקיפין, על ידי או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:

- 5.1 שתל ו/או אביזר ו/או אמצעי אחר להחדרת תרופה, לרבות שתל ו/או אביזר מצופה תרופה;
- 5.2 תרופה לטיפול בהשמנת יתר;
- 5.3 תרופה לגמילה מעישון;
- 5.4 תרופה לטיפול באין אונות;
- 5.5 תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים;
- 5.6 טיפול תרופתי מונע למחלת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ו/או לנשאות של HIV ו/או טיפול תרופתי מונע למחלת הצהבת (הפטיטיס) לסוגיה השונים.
- 5.7 תרופה ניסיונית, אשר לא אושרה ע"י הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול בהתוויה הרפואית הנדרשת למבוטח, למעט טיפול/תרופה המכוסה באופן מפורש בהרחבה זו.
- 5.8 בדיקות גנטיות הקשורות בהריון/טרומ לידה בעובר.

6. תקופת אכשרה

על הרחבה זו תחול תקופת אכשרה של 90 ימים.

תמצית תנאי הביטוח - AIG MEDICARE

נספח לרפואה אמבולטורית ואבחון רפואי מהיר

גילוי נאות- AIG MEDICARE שירותי רפואה אמבולטורית ואבחון רפואי מהיר				
AIG MEDICARE				שם הביטוח
שירותי רפואה 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 בטבלת תיאור הכיסויים מטה. הנספח כולל פרק נפרד של שירותים רפואיים לילד. הזכאות לכיסויים לילד תינתן אם צויין במפורש במפרט הפוליסה כי המבוטח רכש כיסוי לפרק זה.				תיאור הביטוח
סייגים המפורטים בסעיפים 8 ו-10 בנספח רפואה אמבולטורית ואבחון רפואי מהיר				חריגים - נספח זה אינו מכסה את המבוטח במקרים הבאים
רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים				האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים
אמבולטורי מורחב לילד (חלק ב') פרמיה חודשית ללא רכישת כיסוי אמבולטורי	אמבולטורי מורחב לילד (חלק ב') פרמיה חודשית ברכישת כיסוי אמבולטורי	נספח אמבולטורי ואבחון רפואי מהיר (חלק א') פרמיה חודשית למבוטחת- אישה	נספח אמבולטורי ואבחון רפואי מהיר (חלק א') פרמיה חודשית למבוטח - גבר	גיל
24.97	23.95	8.24	8.24	0-18
		47.53	38.79	19-55
		53.24	53.24	56-64
		58.56	58.56	+56
שים לב!				
(1) מחיר הביטוח עשוי להשתנות עקב מתן הנחה.				
(2) הסכומים המפורסמים בספר הפוליסה הם לפי מדד אוקטובר 2018, 543.8949 נק'.				

תיאור הכיסויים בכתב השירות				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	תקופת אכשרה- אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול	השתתפות עצמית אצל נותן שירות בהסכם	תקרת שיפוי אצל נותן שירות אחר (לא בהסכם)
שירותיים רפואיים - חלק א'				
התייעצות עם רופא מומחה	4 התייעצויות עם רופא מומחה כמפורט בסעיף 5.1	3 חודשים	90 ש"ח להתייעצות	1. בגין התייעצות ראשונה 80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-750 ש"ח 2. בגין יתר התייעצויות 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-450 ש"ח
בדיקות הדמיה רפואיות אבחנתיות	בדיקות הדמיה כמפורט בסעיף 5.2 רנטגן/ אולטרסאונד/ PET CT/ MRI/ MRA/ CT/ MRE צינתור וירטואלי/ קולונוסקופיה וירטואלית/ גלולה להראיית המעי הדק	3 חודשים	20% מעלות הבדיקה בהתאם למחירון משרד הבריאות	80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ- 1. 4500 ש"ח לצינתור וירטואלי/ קולונוסקופיה וירטואלית/ גלולה להראיית המעי הדק 2. 4000 ש"ח לשאר הבדיקות האבחנתיות המכוסות סכום השיפוי המירבי לכל הבדיקות האבחנתיות (למרפאה בהסכם ולמרפאה שלא בהסכם)- 11,000 ש"ח לשנה.
בדיקות סקר מנהלים אחת לשנתיים	בדיקת סקר מנהלים אחת לשנתיים כמפורט בסעיף 5.3	12 חודשים	150 ש"ח לסקר	50% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-500 ש"ח
בדיקות סקר לגילוי סרטן אחת לשלוש שנים	בדיקות סקר לגילוי סרטן אחת לשלוש שנים כמפורט בסעיף 5.4	3 חודשים	350 ש"ח לסקר	50% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-400 ש"ח

<p>במקרה בו הפסיכולוג שבהסדר נמצא במרחק העולה על 40 ק"מ ממקום מגורי המבוטח, המבוטח יהא זכאי לפנות לנותן שירות אחר בכפוף לקבלת אישור הספק מראש. במקרה זה, תקרת השיפוי תהיה - 50% מההוצאות בפועל ולא יותר מ- 80 ₪ למפגש.</p>	<p>90 ₪ 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 ₪ לכל בדיקה. סכום השיפוי המירבי להריון בגין כל הבדיקות המפורטות בסעיף 4.4.1.1 במצטבר - 4000 ₪ לכל תקופת ההריון.</p>		<p>12 חודשים</p>	<p>בדיקות הריון למבוטחת הרה כמפורט בסעיף 5.6.1 הכוללים:סקירת מערכות ראשונה ושניה, שקיפות עורפית, מי שפיר, סיסי שלייה, בדיקות גנטיות, צ'יפ גנטי ובדיקת דם מחליפה מי שפיר</p>	<p>שירותי סל הריון כמפורט בסעיף 5.6</p>
<p>650 ₪ להריון</p>			<p>שמירת דם טבורי כמפורט בסעיף 5.6.2</p>	
<p>280 ₪ להריון</p>			<p>קורס הכנה ללידה למבוטחת הרה כמפורט בסעיף 5.6.3</p>	
<p>200 ₪ ליום ועד לתקרה של 7 ימי שהייה להריון</p>			<p>בית החלמה (מלונית) למבוטחת לאחר לידה כמפורט בסעיף 5.6.4</p>	
<p>50% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-50 ₪ למפגש</p>	<p>40 ₪ למפגש</p>		<p>יועצת הנקה למבוטחת לאחר לידה, עד 12 מפגשים להריון כמפורט בסעיף 5.6.5</p>	

50% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-120 ₪ לטיפול	40 ₪ לטיפול	3 חודשים	16 טיפולים בשנה כמפורט בסעיף 5.7	טיפול פיזיותרפיה והידרותפיה
	ללא השתתפות עצמית	ללא תקופת אכשרה	שירות מידע למימוש זכויות באמצעות מוקד הספק כמפורט בסעיף 5.8	שירותי "מקסימום בריאות"
	150 ₪ לייעוץ	3 חודשים	שירותי אבחון ראשוני הכולל ייעוץ עם רופא מומחה שבהסכם כמפורט בסעיף 5.9.1	שירותי אבחון רפואי מהיר במרפאת נותן השירות שבהסכם כמפורט בסעיף 5.9
	500 ₪. בביצוע בדיקת ביופסיית שד - השתתפות עצמית נוספת בסך 320 ₪		שירותי אבחון רפואי מקיף (בדיקות הדמיה רפואיות אבחנתיות) כאשר נדרש המשך אבחון ובירור המצב הרפואי כמפורט בסעיף 5.9.2	
שירותיים רפואיים לילדים - חלק ב'				
	ללא השתתפות עצמית	ללא תקופת אכשרה	התייעצות טלפונית/מקוונת עם רופא ילדים ללא מגבלה ועד 90 דקות ממועד הפניה לקבלת השירות כמפורט בסעיף 5.10	התייעצות רפואית טלפונית/ ייעוץ רפואי מקוון עם רופא ילדים

80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-500 ₪ לאבחון	450 ₪ לאבחון	6 חודשים	אבחון וייעוץ דידקטי עד 3 אבחונים דידקטיים לכל תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 5.11	אבחונים וייעוצים לילד
75% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-1000 ₪ לאבחון	1100 ₪ לאבחון	6 חודשים	אבחון וייעוץ פסיכו-דידקטי עד 3 אבחונים פסיכו-דידקטיים לכל תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 5.12	
80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-300 ₪ לאבחון	250 ₪ לאבחון	6 חודשים	אבחון וייעוץ בהפרעות קשב וריכוז (מבחן (TOVA עד 3 אבחונים לכל תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 5.13	
80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-500 ₪ לאבחון	250 ₪ לאבחון	6 חודשים	אבחון וייעוץ בהפרעות קשב וריכוז (BRC) עד 3 אבחונים לכל תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 5.14	
80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-500 ₪ לאבחון	250 ₪ לאבחון	6 חודשים	אבחון וייעוץ בהפרעות קשב וריכוז (MOXO) עד 3 אבחונים לכל תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 5.15	
80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-75 ₪ לטיפול	40 ₪ לטיפול	6 חודשים	הוראה מתקנת/ קלינאי תקשורת עד 15 טיפולים בשנה כמפורט בסעיף 5.16	

<p>75% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-200 ₪ לטיפול.</p> <p>סכום השיפוי המירבי לכל הטיפולים בסעיף זה במצטבר - 2000 ₪ לשנה</p>	<p>50 ₪ לטיפול</p>	<p>3 חודשים</p>	<p>רכיבה טיפולית ו/ 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 ₪ לטיפול</p>	<p>50 ₪ לטיפול</p>	<p>3 חודשים</p>	<p>טיפול ריפוי בעיסוק עד 12 טיפולים בשנה כמפורט בסעיף 5.18</p>	<p>טיפול באמצעות מרפא בעיסוק</p>
<p>50% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-110 ₪ לפגישה</p>	<p>50 ₪ לפגישה</p>	<p>3 חודשים</p>	<p>ייעוץ עם תזונאי ילדים עד 10 פגישות ייעוץ בשנה כמפורט בסעיף 5.19</p>	<p>פגישות ייעוץ עם תזונאי ילדים</p>
<p>50% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-120 ₪ למפגש</p>	<p>75 ₪ למפגש</p>	<p>3 חודשים</p>	<p>אבחון, לייעוץ ולטיפול בבעיות הרטבה עד 12 מפגשים בשנה כמפורט בסעיף 5.20</p>	<p>טיפול בבעיות הרטבה</p>
	<p>420 ₪ לפגישה</p>	<p>6 חודשים</p>	<p>פגישה אחת בשנה עם מטפל המתמחה באבחון ואיתור בעיות שינה בקרב ילדים כמפורט בסעיף 5.21</p>	<p>אבחון וייעוץ בבעיות שינה במרפאת נותן השירות בלבד</p>
<p>50% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-80 ₪ לטיפול</p>	<p>40 ₪ לטיפול</p>	<p>3 חודשים</p>	<p>טיפול בחדר מלח לצורך רפואי עד 10 טיפולים בשנה כמפורט בסעיף 5.22</p>	<p>טיפול בחדר מלח לצורך רפואי</p>

נספח לרפואה אמבולטורית ואבחון רפואי מהיר

מהדורה 01/2019

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

1. כללי

- 1.1 המבוטח יהיה זכאי לשירותים הכלולים בנספח זה, או לשיפוי בגין הוצאות שהוצאו בגינם בפועל, בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן, ובלבד שצוין במפורש במפרט הפוליסה, כי נספח זה מתווסף לפוליסה על שם המבוטח והינו בתוקף במועד קבלת השירותים בפועל, ובלבד שהפוליסה אף היא בתוקף במועד קבלת השירותים.
- 1.2 **השירותים הניתנים על פי נספח זה ניתנים על ידי הספק, שאינו החברה, והם ניתנים בתנאים ובמגבלות המפורטים בנספח זה.**
- 1.3 **נספח זה ייחשב לתוכנית נוספת כהגדרתה בתנאים הכלליים, בכפוף לתוקפה של הפוליסה אליה נלווה נספח זה והוראות התנאים הכלליים והחריגים של הפוליסה, אליה מצורף נספח זה, חלים עליו, ככל שלא קיימות הוראות סותרות בנספח זה.**
- 1.4 כל האמור בנספח זה בלשון יחיד, משמעו גם בלשון רבים. כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד, ולא תשמשנה לצורך פרשנות.

2. הגדרות

- בנוסף להגדרות הכלולות בפוליסה אשר יחולו במלואן על תנאי הכיסוי, בנספח זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה שבצדם:
- 2.1 **"דמי הביטוח"** - הסכומים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה בגין הזכאות לשירותים בנספח זה, כנקוב במפרט הפוליסה.
 - 2.2 **"החברה"** - איי ג'וי ישראל חברה לביטוח בע"מ.
 - 2.3 **"הספק"** - פמי פרימיום בע"מ או כל גורם אחר מטעמה.
 - 2.4 **"גיל המבוטח"** - נקבע לפי יום הולדתו הקרוב ביותר ליום תחילת הביטוח, זה שקדם לו או הבא אחריו, והוא יחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. שישה חודשים ומעלה יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה. בתום כל שנה ממועד תחילת הביטוח ישתנה גיל המבוטח בשנה אחת.
 - 2.5 **"השתתפות עצמית"** - סכומים שהמבוטח מחויב לשלם, כתנאי לקבלת השירותים על פי הוראות נספח זה.
 - 2.6 **"יום עסקים"** - ימים א'-ה' שאינם ימי חג, ערב חג או יום שבתון.
 - 2.7 **"מבוטח"** - אדם המבוטח על פי הפוליסה ונספח זה אשר שמו מצוין במפרט כמי שזכאי לקבל שירותים על פי נספח זה.
 - 2.8 **"המועד הקובע"** - מועד כניסתו לתוקף של נספח זה עבור המבוטח, כמצוין במפרט הפוליסה.
 - 2.9 **"המוקד"** - מוקד טלפוני לטיפול בפניות המבוטחים לקבלת השירות ואשר באמצעותו יופנו המבוטחים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על פי נספח זה ו/או אשר יטפל בהחזרים הכספיים המגיעים למבוטחים על פי נספח זה. מספר הטלפון של המוקד: **03-5688588** והוא ניתן לשינוי ו/או לעדכון בכל עת בכפוף לעדכון המבוטח מראש.
 - 2.10 **"יועצת הנקה"** - מי שהוסמכה מטעם IBLC, הארגון הבינלאומי להסמכת יועצות הנקה, לרבות המורשים להסמיך בשם ארגון זה בישראל.

- 2.11 "ייעוץ מקוון" - שיחת ייעוץ באמצעות שימוש בטכנולוגיה אינטרנטית המעבירה קול ותמונה חזותית באמצעותה ינהל המבוטח שיחה עם הרופא מטעם נותן השירות לצורך קבלת השירותים המפורטים בנספח זה.**
- 2.12 "מחירון משרד הבריאות" - מחירון לשירותים רפואיים ומנהליים, הכולל תעריפים אמבולטוריים ותעריפי אשפוז שונים לצורך התחשבות במערכת הבריאות בישראל, כפי שמתעדכן מעת לעת על ידי משרד הבריאות ומפורסם באתר האינטרנט של משרד הבריאות.**
- 2.13 "מפרט הפוליסה" - מסמך המהווה חלק בלתי נפרד מפוליסת הביטוח אשר בו מצוינים, בין היתר, פרטי המבוטח, סכום דמי הביטוח, המועד הקובע ופרטים נוספים הנוגעים לנספח השירות.**
- 2.14 "נותן שירות" - נותן שירות שבהסכם ו/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 משמש כמטפל, המספק שירות מהשירותים המפורטים בנספח 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 משמש כמטפל, המספק שירות מהשירותים המפורטים בנספח זה, ואשר הספק קשור עמו בהסכם תקף במועד פניית המבוטח למוקד לצורך קבלת השירות. **רשימת נותני השירות מופיעה באתר הספק ומתעדכנת מעת לעת.****
- 2.17 "סכום שיפוי מרבי" - הסכום המרבי שיספה הספק את המבוטח בגין כל שירות בהתאם למפורט לגביו בסעיף 5 שלהלן.**
- 2.18 "פוליסה" - פוליסת הביטוח מסוג בריאות, אליה מצורף נספח זה.**
- 2.19 "רופא" - מי שרשאי לעסוק ברפואה בישראל לפי פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.**
- 2.20 "רופא מומחה" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג-1973 ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.**
- 2.21 "רופא מומחה שבהסכם" - רופא מומחה שהספק קשור עמו בהסכם תקף במועד פניית המבוטח אליו לצורך קבלת השירות.**
- 2.22 "רופא מומחה אחר" - רופא מומחה שאינו רופא מומחה שבהסכם.**
- 2.23 "שירות" או "שירותים" - סוגי השירותים המפורטים בסעיף 3 לנספח זה, הניתנים בהתאם להוראותיו, חריגיו וסייגיו של נספח זה, כולם או מקצתם, לפי הקשר הדברים.**
- 2.24 "שנה" - תקופה של 12 חודשים קלנדריים רצופים, כאשר השנה הראשונה מתחילה במועד הקובע.**
- 2.25 "תקופת האכשרה" - תקופה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד הקובע ונמשכת לגבי כל שירות בהתאם לפרק הזמן המפורט לגביו בסעיף 5 בנספח זה. נספח זה כולל תקופות אכשרה, שאורכן שונה לשירותים שונים הנכללים בו. **בתקופה זו המבוטח עדיין אינו זכאי לשירותים על פי נספח זה.** למען הסר ספק, מובהר, כי המבוטח יחויב בתשלום דמי הביטוח בגין תקופת האכשרה. תקופת האכשרה תחול על כל מבוטח פעם אחת בלבד כל עוד נספח זה הינו בתוקף, ותחול מחדש בכל פעם שבה יצורף המבוטח לנספח זה מחדש, לתקופות שירות בלתי רצופות.**

3. השירותים

סוגי השירותים הכלולים בנספח זה הינם כמפורט להלן:
3.1 חלק א' - שירותים רפואיים

- 3.1.1 **התייעצויות עם רופא מומחה;**
 - 3.1.2 **בדיקות הדמייה רפואיות אבחנתיות;**
 - 3.1.3 **בדיקת סקר מנהלים;**
 - 3.1.4 **בדיקת סקר לגילוי מחלת הסרטן;**
 - 3.1.5 **טיפול פסיכולוגי;**
 - 3.1.6 **שירותי סל היריון;**
 - 3.1.7 **טיפול פיזיותרפיה והידרותרפיה;**
 - 3.1.8 **אבחון רפואי מהיר;**
 - 3.1.9 **שירות "מקסימום בריאות"**
- 3.2 חלק ב' - שירותים רפואיים לילד ובלבד שצוין במפרט הפוליסה כי המבוטח רכש כיסוי לפרק זה.
- 3.2.1 **טלמדיסין - ייעוץ רופא ילדים מקוון;**
 - 3.2.2 **אבחוני קשב, ריכוז ולקויות למידה;**
 - 3.2.3 **פיתוח מיומנויות למידה- הוראה מתקנת וקלינאית תקשורת;**
 - 3.2.4 **פיתוח כישורים 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 בבעיות שינה;**
 - 3.2.9 **חדר מלח.**

4. תנאי הנספח

- 4.1 בכל עניין הקשור בקבלת שירותים על פי נספח זה, על המבוטח לפנות למוקד וכן לפעול בהתאם להוראות המפורטות בנספח זה וכמפורט להלן.
- 4.2 יובהר, כי שיפוי בגין הוצאות יינתן למבוטח על פי נספח זה, רק לגבי השירותים בהם נקבע במפורש בסעיף 5 להלן, כי המבוטח זכאי לקבל החזר הוצאות בגין ביצוע השירותים אצל נותן שירות אחר.
- 4.3 מקום בו המבוטח זכאי לקבלת החזר בגין טיפול אצל נותן שירות אחר, הספק ישפה את המבוטח אך ורק בגין הוצאות שהוצאו עבור טיפולים שניתנו בפועל.

5. פירוט השירותים הרפואיים -

חלק א' - שירותים רפואיים

5.1 התייעצות עם רופא מומחה

- 5.1.1 המבוטח זכאי **לעד 4** התייעצויות בשנה עם רופא מומחה.
- 5.1.2 בחר המבוטח לפנות לרופא מומחה שבהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך של 90 ₪ בגין כל התייעצות.
- 5.1.3 בחר המבוטח לפנות לרופא מומחה אחר, ישפה הספק את המבוטח בגין ההתייעצות עד לסכום השיפוי המרבי המפורט להלן:
 - 5.1.3.1 **בגין התייעצות ראשונה בשנת הביטוח:** 80% מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל בגין ההתייעצות ולא יותר מ-750 ₪ להתייעצות.
 - 5.1.3.2 **בגין ההתייעצות השנייה, השלישית והרביעית בשנת הביטוח:** 80% מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל בגין ההתייעצות ולא יותר מ-450 ₪ להתייעצות.

5.1.4 מובהר כי דין התייעצות חוזרת כדין התייעצות מן המניין. דהיינו, ההתייעצות החוזרת תימנה במניין ההתייעצויות לו זכאי המבוטח לקבל על פי סעיף 5.1.1 דלעיל.

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

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

5.2 בדיקות הדמיה רפואיות באבחנתיות

5.2.1 מבוטח שניתנה לו הפניה בכתב מרופא לבדיקות רפואיות באבחנתיות הכלולות ברשימה שלהלן (אחת או יותר) יהיה זכאי לקבלן באמצעות נותן שירות שבהסכם או לשיפוי בגינן על פי המפורט בסעיף זה להלן.

5.2.2 רשימת הבדיקות הרפואיות האבחנתיות כוללת את הבדיקות המפורטות להלן, **ובדיקות אלו בלבד:**

5.2.2.1 הדמיה באמצעות טכנולוגיית רנטגן;

5.2.2.2 הדמיה באמצעות אולטרסאונד;

5.2.2.3 הדמיה באמצעות C.T;

5.2.2.4 הדמיה באמצעות P.E.T. C.T;

5.2.2.5 הדמיה באמצעות M.R.I;

5.2.2.6 הדמיה באמצעות M.R.A;

5.2.2.7 הדמיה באמצעות M.R.E;

5.2.2.8 קולונוסקופיה וירטואלית;

5.2.2.9 צנתור וירטואלי;

5.2.2.10 גלולה להראיית המעי הדק.

5.2.3 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות שבהסכם לביצוע הבדיקה, ישלם המבוטח לנותן השירות שבהסכם השתתפות עצמית בשיעור 20% מעלות הבדיקה.

5.2.4 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות אחר לצורך ביצוע הבדיקה, ישפה בספק את המבוטח בגובה 80% מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל בגין הבדיקה, ולא יותר מסכום השיפוי המירבי לבדיקה כמפורט להלן:

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

5.2.4.2 בגין הבדיקות הכלולות בסעיפים 5.2.2.8 ועד 5.2.2.10 - 4,500 ₪ לבדיקה.

5.2.5 מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הסכום לו יהיה זכאי המבוטח (בין בשיפוי המרבי שישולם במצטבר למבוטח ובין בתשלום ישירות לנותן השירות שבהסכם) בגין השירותים המפורטים בסעיף 5.2.2 לעיל לא יעלה על - 11,000 ש"ח לשנה.

5.2.6 עלותה של הבדיקה לצורך קביעת ההשתתפות עצמית שבסעיף 5.2.3 לעיל, לצורך קביעת סכומי השיפוי שבסעיף 5.2.4 לעיל ולצורך קביעת סכום השיפוי המרבי לשנה כאמור בסעיף 5.2.5 לעיל תהיה בהתאם למחירון משרד הבריאות שיהיה בתוקף בעת ביצוע הבדיקה.

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

5.3 בדיקת סקר מנהלים

5.3.1 המבוטח יהא זכאי לבצע **אחת לשנתיים** בדיקת סקר תקופתי, הכוללת את הבדיקות המפורטות ברשימה הסגורה שלהלן:

בדיקת רופא מקיפה, בדיקות דם ומעבדה הכוללות ספירת דם, רמות אלקטרוליטים, תפקודי כבד וכליות, רמות שומנים בדם (כולסטרול וטריגליצרידים), בדיקת לחץ דם, בדיקת גובה ומשקל, בדיקת דם בצואה, בדיקת בלוטת הערמונית (פרוסטטה), בדיקת ראייה ושמיעה, בדיקת לחץ תוך-עיני, ובדיקות תפקודי ריאה, צילום חזה, בדיקת לב - אק"ג, בדיקת לב במאמץ (ארגומטריה) ופענוח קרדיולוג מומחה.

5.3.2 בסיום הבדיקות המפורטות לעיל אצל נותן שירות שבהסכם, יינתן למבוטח תיק מודפס הכולל המלצות להמשך טיפול וסיכום רופא.

5.3.3 הבדיקות יבוצעו אצל נותן שירות אחד ובמועד אחד, ככל הניתן, וחריגה מכך מחייבת אישור מראש ובכתב של הספק.

5.3.4 בחר המבוטח לבצע את סקר המנהלים באמצעות נותן שירות שבהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 150 ₪ בעבור בדיקת הסקר.

5.3.5 בחר המבוטח לבצע את סקר המנהלים אצל נותן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בגין בדיקת הסקר כאמור, בגובה 50% מההוצאות הממשיות שהוציא בפועל בגין בדיקת הסקר ולא יותר מ- 500 ₪.

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

5.4 בדיקת סקר לגילוי מחלת סרטן

5.4.1 המבוטח יהא זכאי לבצע **אחת ל-3 שנים** בדיקת סקר תקופתי, הכוללת את הבדיקות המפורטות ברשימה שלהלן:

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

5.4.1.2 בדיקת רופא מומחה בתחום (בין היתר: בדיקת חלל הפה, העור, הערמונית, בלוטת התריס, האשכים ועוד), מתן ייעוץ אישי להפחתת גורמי הסיכון, בדיקת שד על ידי כירורג, בדיקת ממוגרפיה, בדיקת דם בשתן, בדיקה גניקולוגית, בדיקת משטח צוואר הרחם (PAP), בדיקת אולטרסאונד וגינלי, בדיקת פולימורפיזם בגן של APC מ-DNA המופק מדם פריפרי לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס והחלחולת, בדיקת PSA לגילוי מוקדם של סרטן הערמונית, פגישה עם פסיכולוג לבדיקת הקשר בין היבטים נפשיים למחלת הסרטן, פגישה עם תזונאי לשינוי אורחות חיים.

5.4.2 בסיום הבדיקות המפורטות לעיל אצל נותן שירות שבהסכם, יינתן למבוטח תיק מודפס הכולל המלצות להמשך טיפול וסיכום רופא.

5.4.3 הבדיקות יבוצעו אצל נותן שירות אחד ובמועד אחד, ככל הניתן, וחריגה מכך מחייבת אישור מראש ובכתב של הספק.

5.4.4 בחר המבוטח לבצע את בדיקת הסקר לגילוי הסרטן באמצעות נותן שירות שבהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 350 ₪ בעבור בדיקת הסקר.

5.4.5 בחר המבוטח לבצע את הסקר לגילוי הסרטן אצל נותן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בגין בדיקת הסקר כאמור, בגובה 50% מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בגין בדיקת הסקר ולא יותר מ- 400 ₪.

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

5.5 מפגש טיפול עם פסיכולוג בהסדר

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

- 5.5.2 בעבור כל פגישה ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 90 ₪.
- 5.5.3 השירות ינתן על ידי פסיכולוג, שהינו נותן שירות שבהסכם בלבד ("**פסיכולוג בהסדר**") , והמבוטח לא יהיה זכאי לקבל את השירות אצל נותן שירות אחר ו/או לשיפוי או לכל תשלום אחר בגינו.
- 5.5.4 היה והפסיכולוג בהסדר הקרוב ביותר נמצא במרחק העולה על 40 ק"מ ממקום מגורי המבוטח, המבוטח יהא זכאי לפנות לנותן שירות אחר בכפוף לקבלת אישור הספק מראש ובכתב. במקרה זה, ישפה הספק את המבוטח בגין כל מפגש בגובה 50% מההוצאות הממשיות, שהוציא המבוטח בפועל ולא יותר מ- 80 ₪ למפגש.
- 5.5.5 **המבוטח יהיה זכאי לשירות לאחר תקופת אכשרה בת 3 חודשים שתחילתה במועד הקובע.**

5.6 שירותי סל היריון

- 5.6.1 **בדיקות הריון**
- מבוטחת הרה תהא זכאית לקבלת שיפוי מאת נותן השירות עבור הוצאות שהוצאו בפועל לבדיקות הריון, ובדיקות אלו **בלבד**:
- 5.6.1.1 סקירת מערכות ראשונה ושנייה, בדיקת שקיפות עורפית, בדיקת מי שפיר, בדיקת סיסי שלייה, בדיקת דם מחליפה מי שפיר, צי"פ גנטי ובדיקות גנטיות.
- 5.6.1.2 **במקרה בו רופא מומחה המליץ למבוטח (זכר) בנספח שירות זה לבצע בדיקות גנטיות כהשלמה לבדיקות שביצעה אשתו, יהיה זכאי המבוטח לשיפוי עבור הבדיקות הגנטיות בלבד.**
- 5.6.1.3 סכום השיפוי בגין בדיקות ההיריון כאמור בסעיף 5.6.1.1 הינו 80% מההוצאות הממשיות שהוציאה המבוטחת בפועל ולא יותר מ- 2,000 ₪ לבדיקה אחת.
- 5.6.1.4 סכום השיפוי המרבי שישולם במצטבר בגין כל בדיקות ההיריון המפורטות בסעיף 5.6.1.1 לעיל לא יעלה על **4,000 ₪ בכל תקופת ההיריון.**

5.6.2 **שמירת דם טבורי**

כל מבוטח במסגרת כיסוי זה, יהא זכאי להחזר הוצאות ממשיות שהוציא בפועל על איסוף ושימור של דם טבורי בעקבות לידת ילדו (של המבוטח), עד לסכום ביטוח מירבי של 650 ₪ לכל היריון.

5.6.3 **קורס הכנה ללידה**

מבוטחת הרה, תהא זכאית להחזר הוצאות ממשיות, שהוצאו על ידה בפועל, עבור מימון קורס הכנה ללידה, עד לסכום ביטוח מירבי של 280 ₪ לכל היריון.

5.6.4 **בית החלמה (מלונית) לאחר לידה**

המבוטחת תהא זכאית לקבלת החזר הוצאות ממשיות, שהוצאו על ידה בפועל, עבור שימוש בשירותי בית החלמה (מלונית) לאחר כל לידה שעברה המבוטחת. סכום השיפוי בגין השהות בבית החלמה הינו עד לתקרה של 200 ₪ ליום ועד 7 ימי שהייה סה"כ.

5.6.5 **יועצת הנקה**

- 5.6.5.1 המבוטחת תהא זכאית לקבלת **עד 12** מפגשים עם יועצת הנקה לאחר כל לידה שעברה, במהלך השנה המתחילה במועד הלידה.
- 5.6.5.2 בחרה המבוטחת לפנות לנותן שירות שבהסכם, תשלם המבוטחת השתתפות עצמית בסך של 40 ₪ בגין כל מפגש.

5.6.5.3 בחרה המבוטחת לפנות לנותן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטחת בגין כל מפגש בשיעור 50% מההוצאות הממשיות שהוציאה המבוטחת בפועל, ולא יותר מ- 50 ₪ לכל מפגש.

5.6.6 המבוטחת תהיה זכאית לשירותים המנויים בסעיפים 5.6.1 עד 5.6.6 לעיל לאחר תקופת אכשרה בת 12 חודשים שתחילתה במועד הקובע.

5.7 טיפולי פיזיותרפיה והידרותרפיה

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

5.7.1.1 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות שבהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 40 ₪ לטיפול.

5.7.1.2 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בגובה 50% מההוצאות הממשיות שהוציא ולא יותר מ-120 ₪ לטיפול.

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

5.8 שירותי "מקסימום בריאות"

5.8.1 המבוטח זכאי לשירות מידע טלפוני אובייקטיבי למימוש זכויות באמצעות המוקד, בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל:

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

5.8.1.2 מתן מידע לגבי הכיסויים הקיימים במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) בה מבוטח המבוטח;

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

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

5.8.3 השירותים יינתנו במסגרת מוקד ייעודי של הספק בלבד והמבוטח לא יהיה זכאי לשירותים אלו אצל נותן שירות אחר ו/או לשיפוי או כל תשלום אחר בגינם.

5.8.4 השירות על פי סעיף זה יינתן ללא הגבלה של מספר הפניות מצד המבוטח ואינו כרוך בתשלום השתתפות עצמית.

5.8.5 השירותים המפורטים בסעיף זה אינם כפופים לתקופת אכשרה.

5.9 שירות אבחון רפואי מהיר

המבוטח יהיה זכאי לשירותי אבחון רפואי מהיר כמפורט להלן:

5.9.1 שירות אבחון ראשוני - המבוטח יהיה זכאי לייעוץ ראשוני עם רופא מומחה שבהסכם בלבד (להלן: "**הרופא המייעץ**"), במסגרתו יאזכר 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 - דגימת דם (לקיחת דם ורידי בלבד) ודגימות שתן;
(ב) בדיקות אבחנתיות - ביצוע בדיקת רנטגן ו/או בדיקת הדמיה באמצעות אולטרסאונד.

5.9.1.1 השירות יינתן בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך 150 ₪ לשירות הכולל ייעוץ ובדיקות.

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

5.9.1.3 השירות יינתן תוך 3 ימי עסקים מרגע פניית המבוטח למוקד של הספק.

5.9.1.4 **על אף האמור, מובהר כי שירותי האבחון הרפואיים לא יכללו אבחון פסיכיאטרי ואו אבחון של מחלות נפש ואו אבחון של הפרעות נפש, אבחון הפרעות קשב וריכוז, אבחון מצבים רפואיים בתחום רפואת השיניים ואו הפה והלסת, בדיקות רפואיות אבחנתיות המבוצעות להיריון ואו ללידה ואו לפריון ואו לעקרות ואבחון גינקולוגי.**

5.9.2 שירות אבחון רפואי מקיף

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

5.9.2.1 שיחת ייעוץ עם רופא מומחה במגוון רחב של התמחויות (הרופא המייעץ) בכפוף לבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח.

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

(א) הדמיה באמצעות C.T;

(ב) הדמיה באמצעות P.E.T. C.T;

(ג) הדמיה באמצעות M.R.A;

(ד) הדמיה באמצעות M.R.E;

(ה) הדמיה באמצעות M.R.I;

(ו) בדיקת ממוגרפיה;

(ז) צנתור וירטואלי;

(ח) קולונוסקופיה וירטואלית;

(ט) אקו לב;

(י) ביופסיית שד.

5.9.2.3 בסיום הייעוץ הרפואי וקבלת ממצאי הבדיקות האבחנתיות אשר בוצעו על ידי המבוטח, יינתן למבוטח סיכום ייעוץ הכולל אבחון מצבו הרפואי והמלצות להמשך טיפול במצבו הרפואי.

5.9.2.4 השירות יינתן תוך 3 ימי עסקים מהמלצת הרופא המומחה בהסכם.

5.9.2.5 השירות יינתן בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך 500 ₪ לשירות הכולל ייעוץ ובדיקות. במקרה של ביופסיית שד תשלום תוספת השתתפות עצמית של 320 ₪.

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 יינתן בתוך 4 ימי עסקים ממועד קבלת תוצאות הבדיקה האחרונה הנדרשת.

5.9.2.7 **השירותים המפורטים בסעיפים 5.9.1 ו- 5.9.2 לעיל, יינתנו בתום תקופת אכשרה בת 3 חודשים מהמועד הקובע.**

חלק ב' - פירוט שירותים רפואיים לילדים

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

5.10 התייעצות רפואית טלפונית/ ייעוץ רפואי מקוון (וידאו צ'ט) עם רופא ילדים.

5.10.1 המבוטח יהא זכאי להתייעצויות מקוונות עם רופא ילדים כמפורט להלן:

השירות יינתן באמצעות רופא מטעם הספק שהוא נותן שירות שבהסכם עד 90 דקות ממועד פניית המבוטח למוקד. **מובהר כי המבוטח אינו זכאי**

לקבלת שירותי ייעוץ על פי נספח זה מרופא מומחה אחר ו/או לשיפוי או לכל תשלום אחר בגינם.

- 5.10.2 במקרה שהמבוטח יבקש לבטל את שיחת הייעוץ המקוון אשר נקבעה לו, יודיע על כך המבוטח למוקד באופן מיידי.
- 5.10.3 השירות יינתן ללא הגבלה של מספר הפניות ו/או תקופת המתנה ו/או תשלום השתתפות עצמית מצד המבוטח.
- 5.10.4 השירות יינתן במועדים המפורטים להלן בלבד:
- 5.10.4.1 בכל יום, למעט יום כיפור: החל מהשעה 19:00 בערב ועד לשעה 07:00 בבוקר למחרת.
- 5.10.4.2 ביום כיפור החל משעתיים מצאת החג ועד לשעה 07:00 בבוקר למחרת.
- 5.10.5 הרופא המומחה שבהסכם רשאי, לפי שיקול דעתו ומבלי שתישמע כל טענה כנגדו להודיע למבוטח כי הנסיבות אינן מתאימות למתן ייעוץ מקוון וכי הוא ממליץ למבוטח לפנות למטפל אשר ייפגש עמו פנים מול פנים. בכל מקרה של בעיה דחופה, מצב חירום רפואי, או מצב של מצוקה (גופנית או נפשית) על המבוטח לפנות באופן מיידי לקבלת טיפול רפואי אצל גורם אחר רלוונטי לרבות שירותי רפואה דחופה.
- 5.10.6 המידע הרפואי ו/או הייעוצים הרפואיים שיינתנו במסגרת נספח זה, הינם שירותים הניתנים בהסתמך על המידע הנמסר על-ידי המבוטח ו/או הורי מבוטח קטין במהלך הייעוץ המקוון, ובהתבסס על מידע זה בלבד.
- 5.10.7 בתום שיחת הייעוץ המקוונת עם הרופא המומחה כאמור לעיל, יקבל המבוטח או הורי המבוטח (למבוטח קטין), סיכום יעוץ באמצעות דוא"ל ו/או פקס ו/או כל אמצעי אלקטרוני אחר ובמידת הצורך, אחת או יותר מהמלצות המפורטות להלן והכל בהתאם לצורך ולמקרה הרפואי שבגיננו פנה המבוטח לקבל השירות:
- 5.10.7.1 מרשם לצורך רכישת תרופה לטיפול בבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח.
- 5.10.7.2 הפנייה לבית חולים או מוקד לשירותי רפואה דחופה.
- 5.10.7.3 המלצה להמשך טיפול אצל רופא ילדים או רופא אחר.
- 5.10.8 השירותים אינם כוללים את עלות הביקור ו/או האשפוז בבית חולים ו/או התרופות ו/או כל הוצאה רפואית אחרת מלבד הייעוץ, בנוסף, הייעוץ אינו כולל מתן חוות דעת לצרכי הליך משפטי צפוי או תלוי ועומד.**
- 5.10.9 המבוטח מודע לכך שאין בייעוץ המקוון כדי להוות תחליף לבדיקה ו/או ייעוץ רפואי מלא על ידי צוות רפואי בהתאם לצורך.
- 5.10.10 סודיות רפואית**
- 5.10.10.1 המבוטח מודע לכך כי עליו לוודא, כי פנייתו נעשית באמצעות תקשורת מאובטחת ואם לא ייעשה כן, המידע שמחולף עלול להיות חשוף. בתום כל שימוש, על המבוטח מוטלת האחריות הבלעדית להסיר מהאמצעי בו השתמש (מחשב ו/או מכשיר טלפון סלולרי) את המידע ו/או נתוני הזיהוי וכן כל נתון אחר אשר עלול לאפשר חשיפה של המידע למי שאינו מורשה לכך.
- 5.10.10.2 המבוטח מודע לכך שעליו לדאוג לשמירת המידע הרפואי אותו הוא מוסר וכן לכך שלא ייחשף לעיניהם של אחרים אשר עשויים להיות עמו בחדר ו/או להימצא בקרבתו ו/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 יהא זכאי לקבלת שירותי 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 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות בהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 450 ₪ בגין כל אבחון דידקטי.
- 5.11.4 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל אך לא יותר מ- 500 ₪ לכל אבחון דידקטי.
- 5.11.5 בתום אבחון שבוצע על ידי נותן שירות שבהסכם, תתקיים שיחת סיכום עם המבוטח ויישלח אליו דו"ח מסכם הכולל המלצות להמשך טיפול.
- 5.11.6 מובהר, כי דין אבחון חוזר כדין אבחון מן המניין הנמנה לצורך סעיף 5.11.2. דלעיל.

5.11.7 **המבוטח יהיה זכאי לאבחון דידקטי על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשרה בת 6 חודשים מהמועד הקובע.**

5.12 **אבחון וייעוץ פסיכו-דידקטי**

- 5.12.1 המבוטח יהיה זכאי לקבלת שירותי אבחון וייעוץ פסיכו-דידקטי, המשלב בדיקה דידקטית ופסיכולוגית, במרפאות המוסמכות למתן שירותים אלה (להלן: **"אבחון פסיכו דידקטי"**).
- 5.12.2 המבוטח יהיה זכאי לקבלת **עד 3** אבחונים פסיכו דידקטיים בכל התקופה בה נספח זה יהיה בתוקף.
- 5.12.3 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות בהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 1,100 ₪ בגין כל אבחון פסיכו-דידקטי.
- 5.12.4 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 75% מההוצאות שהוציא בפועל אך לא יותר מ- 1,000 ₪ לכל אבחון פסיכו-דידקטי.
- 5.12.5 בתום אבחון שבוצע על ידי נותן שירות שבהסכם, תתקיים שיחת סיכום עם המבוטח ויישלח אליו דו"ח מסכם הכולל המלצות להמשך טיפול.
- 5.12.6 מובהר, כי דין אבחון חוזר כדין אבחון מן המניין הנמנה לצורך סעיף 5.12.2. דלעיל.

5.12.7 **המבוטח יהיה זכאי לאבחון פסיכו-דידקטי על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשרה בת 6 חודשים מהמועד הקובע.**

5.13 **אבחון וייעוץ בהפרעות קשב וריכוז (מבחן TOVA):**

- 5.13.1 המבוטח יהיה זכאי לקבלת אבחון ובדיקות ממוחשבות מסוג **TOVA** (להלן: **"אבחון TOVA"**).
- 5.13.2 המבוטח יהיה זכאי לקבלת **עד 3** אבחוני **TOVA** בכל התקופה בה נספח זה יהיה בתוקף.
- 5.13.3 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות בהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 250 ₪ בגין כל אבחון.
- 5.13.4 בחר המבוטח לפנות לנותן 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 כדין אבחון מן המניין הנמנה לצורך סעיף 5.13.2. דלעיל.

5.13.6 **המבוטח יהיה זכאי לאבחון הפרעות קשב וריכוז על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשרה בת 6 חודשים מהמועד הקובע.**

5.14 **אבחון וייעוץ בהפרעות קשב וריכוז (BRC)**

5.14.1 המבוטח יהיה זכאי לקבלת אבחון ובדיקות ממוחשבות מסוג **BRC** (להלן: "אבחוני BRC").

5.14.2 המבוטח יהיה זכאי לקבלת **עד 3** אבחוני **BRC** בכל התקופה בה נספח זה יהיה בתוקף.

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

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

5.14.5 מובהר כי דין אבחון חוזר כדין אבחון מן המניין הנמנה לצורך סעיף 5.14.2 דלעיל.

5.14.6 **המבוטח יהיה זכאי לאבחון הפרעות קשב וריכוז על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשרה בת 6 חודשים מהמועד הקובע.**

5.15 **אבחון וייעוץ בהפרעות קשב וריכוז (MOXO)**

5.15.1 המבוטח יהיה זכאי לקבלת אבחון ובדיקות ממוחשבות מסוג **MOXO** (להלן: "אבחוני MOXO").

5.15.2 המבוטח יהיה זכאי לקבלת **עד 3** אבחוני **MOXO** בכל התקופה בה נספח זה יהיה בתוקף.

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

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

5.15.5 מובהר כי דין אבחון חוזר כדין אבחון מן המניין הנמנה לצורך סעיף 5.15.2 דלעיל.

5.15.6 **המבוטח יהיה זכאי לאבחון הפרעות קשב וריכוז על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשרה בת 6 חודשים מהמועד הקובע.**

5.16 **פיתוח מיומנויות למידה - הוראה מתקנת/קלינאי תקשורת**

5.16.1 המבוטח יהיה זכאי לקבלת סדרה של **עד 15** טיפולים בשנה המקנים מיומנויות למידה, שפה או תקשורת הניתנים על ידי מורה מוסמך להוראה מתקנת או קלינאי תקשורת.

5.16.2 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות בהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 40 ₪ בגין כל טיפול.

5.16.3 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 80% מההוצאות שהוציא בפועל אך לא יותר מ- 75 ₪ לטיפול.

5.16.4 מובהר כי דין טיפול חוזר כדין טיפול מן המניין הנמנה לצורך סעיף 5.16.1 דלעיל.

5.16.5 **המנוי יהיה זכאי לטיפולים על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשרה בת 6 חודשים מהמועד הקובע.**

5.17 **פיתוח כישורים התפתחותיים רגשיים**

5.17.1 המבוטח יהיה זכאי לקבל אחד או יותר מהטיפולים המפורטים להלן בלבד בתנאי שניתנו על פי הפנייה מראש של רופא מומחה להתפתחות הילד או ניירולוג או רופא ילדים או מכון להתפתחות הילד:

5.17.1.1 רכיבה טיפולית;

5.17.1.2 טיפול ביצירה (אמנות).

5.17.2 המבוטח יהיה זכאי לקבלת **עד 20** טיפולים בסך הכל במצטבר בשנה, בין שיקבל טיפולים מנותני שירות בתחום אחד מתחומי השירותים המפורטים

- לעיל ובין שיקבל טיפול משולב מכמה נותני שירות בכמה תחומים המפורטים בסעיף 5.17.1.
- 5.17.3 מובהר, כי דין טיפול חוזר כדין טיפול מן המניין הנמנה לצורך סעיף 5.17.2 דלעיל.
- 5.17.4 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות בהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך ₪ 50 בגין כל טיפול.
- 5.17.5 בחר המבוטח לפנות לנותן 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 ההחזר המקסימלי לו יהיה זכאי המבוטח לשנת ביטוח אחת, לא יעלה על 2,000 ₪.
- 5.17.7 השירותים יכולים להינתן במסגרת טיפול קבוצתי או טיפול אישי, על פי שיקול דעתו המקצועי של נותן השירות בפועל.
- 5.17.8 **המבוטח יהיה זכאי לטיפולים על פי סעיף קטן זה לאחר תקופת אכשרה בת 3 חודשים מהמועד הקובע.**
- 5.18 טיפול באמצעות מרפא בעיסוק**
- 5.18.1 המבוטח יהא זכאי לקבלת סדרה של **עד 12** מפגשי טיפול בשנה, עם מרפא בעיסוק כמפורט להלן.
- 5.18.2 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות שבהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך של 50 ₪ בגין כל טיפול.
- 5.18.3 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 75% מעלות הטיפול בפועל אך לא יותר מ-120 ₪ לטיפול.
- 5.18.4 **המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשרה בת 3 חודשים מהמועד הקובע.**
- 5.19 פגישות ייעוץ עם תזונאי**
- 5.19.1 המבוטח זכאי לקבלת **עד 10** פגישות ייעוץ בשנה עם תזונאי.
- 5.19.2 בחר המבוטח לפנות לתזונאי ילדים שבהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך של 50 ₪ בגין כל פגישת התייעצות.
- 5.19.3 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 50% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין התייעצות ולא יותר מ-110 ₪ להתייעצות.
- 5.19.4 **המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף קטן זה לאחר תקופת אכשרה בת 3 חודשים מהמועד הקובע.**
- 5.20 טיפול בבעיות הרטבה**
- 5.20.1 המבוטח יהיה זכאי לקבלת **עד 12** מפגשים בשנה לאבחון, לייעוץ ולטיפול בבעיות הרטבה.
- 5.20.2 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות שבהסכם, ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 75 ₪ בגין כל מפגש.
- 5.20.3 בחר המבוטח לפנות לנותן שירות אחר, ישפה הספק את המבוטח בסך של 50% מההוצאות שהוציא בפועל אך לא יותר מ- 120 ₪ לכל מפגש.
- 5.20.4 למען הסר ספק, **השירות אינו כולל הוצאות של המבוטח בגין רכישת אביזרים שנותן השירות המליץ עליהם לצורך הטיפול.**
- 5.20.5 מובהר, כי דין התייעצות חוזרת כדין התייעצות מן המניין הנמנית לצורך סעיף 5.20.1 לעיל.
- 5.20.6 **המבוטח יהיה זכאי לשירותים על פי סעיף זה לאחר תקופת אכשרה בת 3 חודשים מהמועד הקובע.**

5.21 אבחון וייעוץ בבעיות שינה

5.21.1 המבוטח זכאי להחזר בגין פגישה אחת בשנה עם מטפל המתמחה באבחון ואיתור בעיות שינה בקרב ילדים.

5.21.2 שירות זה יינתן על ידי נותן 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 אכשרה בת 6

חודשים מהמועד הקובע.

5.22 טיפול בחדר מלח לצורך רפואי

5.22.1 המבוטח יהא זכאי לקבלת עד 10 טיפולים בחדר מלח בשנה.

5.22.2 השירות יינתן בכפוף להפניה מרופא מומחה הממליץ על הטיפול עקב בעיית אסטמה ו/או מחלה כרונית של המבוטח.

5.22.3 בחר המבוטח לקבל שירות אצל נותן שירות שבהסכם, ישלם השתתפות עצמית בסך 40 ₪ לטיפול.

5.22.4 בחר המבוטח לפנות לנותן 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 הנמנה לצורך סעיף 5.22.1 לעיל.

5.11.6 הזכאות לקבלת שירות על פי סעיף זה תינתן לאחר תקופת אכשרה בת 3

חודשים מהמועד הקובע.

6. אופן קבלת השירותים

6.1 מבוטח הזכאי לקבל שירות על פי נספח זה יפנה טלפונית למוקד, יזדהה בשמו ויצוין את כתובתו, את מספר הטלפון שבו ניתן להשיגו ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי שביגו המבוטח נזקק לשירות, ככל שיתבקש.

6.2 המוקד יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ביום הכיפורים, החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד מוצאי יום הכיפורים, שעתיים לאחר סיום הצום.

6.3 לשם מתן השירות, ימסור המבוטח למוקד ו/או לנותן השירות, לפי העניין, את מלוא המידע הרפואי הידוע לו, כפי שידרשו ממנו המוקד ו/או נותן השירות, לפי העניין. בכלל זה יעביר המבוטח לספק, באופן שורה לו המוקד, את ההפניה בכתב מהרופא לקבלת השירות בשל מצבו הרפואי כאמור בכל אחד מסעיפי השירות מעלה.

6.4 על המבוטח להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו. קבלת השירותים מותנית בהצגת תעודה מזהה לנותן השירות.

6.5 בסיום כל טיפול אצל נותן שירות שבהסכם, יחתום המבוטח על ספח ביקורת המאשר את קבלת השירות.

6.6 השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד או בשטחים המוחזקים הנמצאים בשליטת ישראל.

6.7 אם יבקש מבוטח לבטל את פנייתו לקבלת שירות על ידי נותן שירות שבהסכם על פי נספח זה, עליו להודיע על כך למוקד באופן מיידי ולא פחות מ- 12 שעות בטרם מועד הטיפול. מובהר, כי אם לא יודיע המבוטח על הביטול כאמור, ייחשב כאילו מימש את אותו שירות לכל דבר ועניין, לרבות לעניין ההשתתפות העצמית ולעניין הזכאות למספר מסוים של טיפולים.

6.8 בפניה לנותן שירות אחר (שאינו בהסכם), תשלום סכום החזר הכספי למבוטח יועבר תוך פרק זמן של עד 30 ימים מיום מסירת המסמכים הנדרשים לספק.

6.9 תשלום סכום ההחזר הכספי למבוטח יתבצע כנגד מסירת חשבונית על תשלום בעבור הטיפול, לנותן השירות האחר. במקרה בו מסר המבוטח את החשבונית המקורית לגורם אחר, יצרף הסבר למי נשלחה החשבונית המקורית עם אישור של הגוף שלו נמסרה החשבונית המקורית ופירוט סכום הכסף שהמבוטח קיבל מאותו גוף בגין אותה חשבונית, או בצירוף הסבר למי נמסרה החשבונית המקורית וכן פירוט הסיבה לכך שאינו יכול להמציאה. העברת החשבונית לידי הספק תיעשה באמצעות דואר אלקטרוני או בדואר רגיל- לפי בחירת המבוטח.

7. קבלת השירותים בעת שירות צבאי

בעת השירות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות על המבוטח הוראות הצבא והנחיותיו, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל ו/ או למנוע מהמבוטח (חייל), בעת השירות הצבאי, קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבוטח בהתאם לתנאי נספח זה. המידע בדבר הוראות הצבא והנחיותיו, המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המבוטח נמצא בשירות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

8. הצהרות, אחריות והתחייבויות הספק

8.1 הספק מצהיר, כי הוא בעל הידע, הניסיון, המיומנות המקצועית, הכישורים, המשאבים, האמצעים, כוח האדם, הציוד והחומרים, הנדרשים לביצוע התחייבויותיו על פי נספח זה.

8.2 הספק מתחייב להתקשר עם נותני שירות בהסכם שהינם בעלי מקצוע מתאימים, מיומנים ורלוונטיים לסוג השירות.

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

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

8.5 **החברה ו/או הספק אינם אחראים במקרה של פגיעה בפעילות הספק או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק.**

8.6 **מבלי לגרוע מן האמור לעיל, החברה והספק לא יהיו אחראים עבור הוצאות שהוציא מבוטח בעבור שירות החורג מהשירותים המפורטים בנספח.**

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

9. תוקפו של נספח זה

9.1 נספח זה ייכנס לתוקף החל מהמועד הקובע ויהיה בתוקף כל עוד הפוליסה לה נלווה נספח זה, בתוקף.

9.2 תוקפו של נספח זה יפוג מאליו במועד המוקדם מבין אלו:

9.2.1 במועד ביטול הפוליסה.

9.2.2 במועד ביטול הנספח.

9.2.3 בכל מקרה שבו זכאית החברה לסיים את הנספח בהתאם להוראות כל דין, לרבות בגין אי-תשלום דמי ביטוח במלואם.

9.3 להסרת כל ספק יובהר, כי במועד ביטול ו/או סיום תוקפו של נספח זה, תסתיים זכאותו של המבוטח לקבלת השירותים על פי נספח זה. יובהר כי אם פנה המבוטח

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

10. חריגים

על נספח זה יחולו כל תנאי הפוליסה וחריגיה

11. דמי הביטוח

- 11.1 שיעורם של דמי הביטוח נקובים במפרט הפוליסה.
- 11.2 המבוטח ישלם לחברה את דמי הביטוח מראש, במועדים ובאחת מדרכי התשלום שמציעה החברה. למען הסר ספק, דמי הביטוח ישולמו החל מהמועד הקובע.
- 11.3 לא שולמו דמי הביטוח או חלק מהם במועד, תפעל החברה כמפורט בפרק ב' לתנאים הכללים בפוליסה.

12. תנאי הצמדה

- 12.1 כל הסכומים הנקובים בנספח, לרבות דמי הביטוח, סכומי ההשתתפות עצמית וסכומי השיפוי, יהיו צמודים למדד ויעודכנו בהתאם ליחס המדד החדש למדד הבסיס.
- 12.2 **"המדד"** - משמעו מדד המחירים לצרכן, כולל פירות וירקות, שמפרסמת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מפעם לפעם, ובכלל זה אותו מדד אף אם יפרסם אותו גוף או מוסד רשמי אחר שיבוא במקומה, אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ואם לאו. אם יבוא במקום המדד האמור מדד אחר שיפרסם גוף או מוסד כאמור, ואותו גוף או מוסד לא יקבע את היחס שבין המדד האחר לבין המדד המוחלף, ייקבע היחס האמור על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 12.3 **"מדד הבסיס"** - יהיה מדד חודש אוקטובר 2018 שפורסם.
- 12.4 **"המדד החדש"** יהיה כמפורט להלן:
 - 12.4.1 בכל הנוגע לתשלום דמי הביטוח - המדד החדש יהיה המדד האחרון הידוע בראשון לכל חודש שבו מבוצע תשלום דמי הביטוח.
 - 12.4.2 לגבי כל סכום אחר הנקוב בכיסוי זה - המדד החדש יהיה המדד האחרון הידוע במועד ביצוע התשלום 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 הנקובים בנספח זה כוללים מע"מ כחוק.
- 13.3 במקרה של מספר מבוטחים הזכאים לנספח זה, הרי שהודעות שנשלחו למבוטח הראשי כהגדרתו בפוליסה, לפי מענו האחרון שנמסר לחברה, ייחשבו כהודעות שנמסרו לכלל המבוטחים הרשומים בפוליסה.
- 13.4 המבוטח הראשי כאמור ו/או המבוטח מתחייבים להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתם, ולא תישמע טענה כי הודעה כלשהי לא הגיעה לידיהם, אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שנמסרה לחברה.

14. מקום השיפוט

מקום השיפוט הבלעדי בכל מחלוקת בקשר עם כיסוי זה הוא בבתי המשפט בישראל והדין החל הינו דיני מדינת ישראל בלבד.

