

**ביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי
לעובדי בנק דיסקונט
ובני משפחתם**



עובד/ת בנק דיסקונט היקרה,

הננו שמחים להציג בפניכם את עיקרי ביטוח הבריאות החדש והמשודרג של עובדי הבנק ובני משפחתם. תכנית הביטוח החדשה מושתתת על הכיסויים שהיו קיימים בתקופת הביטוח הקודמת, עם שיפורים משמעותיים בביטול חריגים, בהיקפי הכיסוי ובכיסויים החדשים.

אנו סמוכים ובטוחים שפוליסת ביטוח הבריאות החדשה מעניקה לך ולבני משפחתך כיסוי ביטוחי רחב לשמירה על בריאותיכם תוך שהיא מעמידה לשיחתכם סל בריאות מהמתקדמים ביותר.

על מנת שתוכלו להתמצא ולהשתמש בתכנית הביטוח לשביעות רצונכם, חוברת זו מפרטת את נהלי הביטוח, שירותי הרפואה והטיפולים המכוסים.

תוכן העניינים

5	גילוי נאות - פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה
27	פוליסה לביטוח בריאות, סיעוד קבוצתי
33	פרק א': התייעצות עם חפאים מומחים
33	פרק ב': בעיות התפתחות אצל ילדים
34	פרק ג': השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גפית
35	פרק ד': החלמה, ו/או פעילות גופנית משקמת לאחר איחוע לב
36	פרק ה': השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים
37	פרק ו': רפואה אלטרנטיבית
38	פרק ז': פיצוי בגין אשפוז לאחר ניתוח
38	פרק ח': שכר אחות פרטית בעת שהותו של המבוטח בבית חולים (שלא לצורך ניתוח)
39	פרק ט': טיפול בבעיית הרטבת לילה אצל ילדים
39	פרק י': פיצוי בגין הידבקות ממחלת האיידס
40	פרק יא': פיצוי בגין הידבקות במחלת הצהבת מסוג B
40	פרק יב': ביטוח סיעודי
42	פרק יג': השתלוח
44	פרק יד': ניתוחים וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל אשר אינם ניתנים לביצוע בארץ כלל ניתוחים להצלת שמיעה וראיה וניתוחים למניעת נכות
45	פרק טו: כיסוי לניתוחים פרטיים
49	פרק טז: חיסונים טרם יציאה לחו"ל
50	פרק יז': טיפולי מרפא לחולי פסוריאזיס (ספחת)
51	פרק יח': מנוי למשדר קרדילוגי
52	פרק יט: טיפול תרופתי בתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות אך מותרות לשימוש
55	פרק כ': הברא לאחר לידה
56	פרק כא: הבראה לאחר אשפוז
56	פרק כב: כיסוי לבדיקת מי שפיר
57	פרק כג: טיפולים פסיכולוגיים
57	פרק כד: פעילות גופנית מבוקרת לבעלי גורמי סיכון
58	פרק כה: שיחתי אמבולנס טיפול נמרץ
58	פרק כו: השתתפות בביצוע בדיקות אבחנה מסוג C.T -I M.R.I
59	נספח א': פרמייה חודשית (בש"ח)
59	נספח ב': כתב שירות ייעוץ תרופתי טלפוני
62	נספח ג': רשימת האביזרים - שיעור ההשתתפות

ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (בכפוף לתקנון גילוי נאות)

תנאים	סעיף	נושא
פוליסה לביטוח רפואי וסיעודי לעובדי בנק דיסקונט ובני משפחתם	שם הפוליסה	כללי
ארגון עובדי בנק דיסקונט לישראל - הוועד הארצי.	שם בעל הפוליסה	
<p>מבוטחים</p> <p>עובד/ת בנק דיסקונט לישראל בע"מ (להלן: "הבנק"), גמלאי ופוטרי הבנק בני/בנות זוגם וילדיהם ובני זוגם וילדיהם, ו/או כל מי שהיה מבוטח על פי ההסדר לביטוח בריאות קבוצתי קודם, ובתנאי ששמו יועבר למבוטח על ידי בעל הפוליסה, או ששמו מופיע ברשימות בעל הפוליסה כמי שמבוטח בביטוח בריאות קבוצתי, שנערך באמצעות בעל הפוליסה, לרבות מבוטחים אשר הושמטו מהרשימות הנ"ל עקב טעות משדית (להלן: "רשימת מבוטחים") ושולמה או קיימת התחיבות בגינם לתשלום הפרמיה במלואה.</p> <p>מבוטחים חדשים - עובדים וגמלאים, בני זוג של עובדים או גמלאים, ילדים של עובדים או גמלאים, בני זוג של ילדי העובדים או הגמלאים וילדיהם שביקשו להצטרף לביטוח מעת לעת, ימלאו ויחתמו על טופס הצעה הכולל הצהרת בריאות והחברה אישרה את קבלתם לביטוח.</p> <p>למחת האמור לעיל, עובד שמצבו המשפחתי השתנה ונוסף אדם למשפחה, יוכל האדם הנוסף להצטרף לביטוח ללא מילוי הצהרת בריאות עד תום 6 חודשים מהיום בו חל השינוי.</p> <p>למחת האמור לעיל, עובד חדש שיתקבל בעתיד לעבודה בבנק ובני משפחתו, יוכלו להצטרף לביטוח ללא חובת מילוי הצהרת בריאות עד לתום 6 חודשים ממועד העסקת העובד בבנק.</p>		
<p>התייעצות עם חפאים מומחים, בעיות התפתחות אצל ילדים, השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופית, החלמה, ו/או פעילות גופנית משקמת לאחר איחוע לב, השתתפות בהוצאות בגין אבזורים רפואיים, רפואה אלטרנטיבית, פיצוי בגין אשפוז לאחר ניתוח, שכר אחות פרטית בעת שהותו של המבוטח בבית - חולים (שלא לצורך ניתוח), טיפול בבעיית הרטבת לילה אצל ילדים, פיצוי בגין הידבקות ממחלת האיידס, פיצוי בגין הידבקות ממחלת הצהבת מסוג B, ביטוח סעודי, ה ש ת ל ות, ניתוחים וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל אשר אינם ניתנים ביצוע בארץ כולל ניתוחים להצלת שמיעה וראיה וניתוחים למניעת נכות, כיסוי לניתוחי פרטיים, חיסונים טרם נסיעה לחו"ל, טיפולי מרפא לחולי פסוריאזיס (ספחת), מנוי למשדר קרדילוגי, טיפול תרופתי בתחופות שאינן כלולות בסל הבריאות אך מותרות לשימוש, הבראה לאחר לידה, הבראה לאחר אשפוז, כיסוי לבדיקת מי שפיה טיפולים פסיכולוגיים, פעילות גופנית מבוקרת לבעלי גורמי סיכון, שיחתי אמבולנס טיפול נמרץ, השתתפות בביצוע בדיקות אבחנה מסוג C.T. ו-M.R.I, כתב שיחת - ייעוץ תרופתי טלפוני.</p>	הכיסויים בפוליסה	

תנאים	סעיף	נושא
<p>30.6.2012 ועד 1.7.2003</p> <p>מבוטח שהפסיק עבודתו אצל המבוטח ויכול להמשיך בפוליסה זו (הוא ובני משפחתו אשר היו מבוטחים בביטוח מכח פוליסה זו טרם פרישתו), במהלך תקופת ההסכם בה הפסיק עבודתו וכל עוד פוליסה זו הינה בתוקף. תנאי הביטוח שיחולו לגבי הן התנאים שבפוליסה זו ודמי הביטוח שישולמו על ידיו, יהיו זהים לדמי הביטוח הנקובים בפוליסה זו, בתנאי כי הודיעו בכתב על רצונו להמשיך בפוליסה זו תוך 60 ימים, מהפסקת הביטוח לגביהם והעבירו לחברה אמצעי גביה אישי.</p> <p>לחילופין העובד ובני משפחתו אשר היו מבוטחים בביטוח מכח פוליסה זו טרם פרישת העובד כאמור לעיל, יוכלו להצטרף לביטוח פרטי של החברה עפ"י בחירתם (להלן: "הביטוח הפרטי"), בתנאים ופרמיה המקובלים בחברה באותה העת, ללא תקופת אכשרה בהתייחס לכיסויים החופפים בין הפוליסה הקבוצתית לבין הביטוח הפרטי וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה עד 60 יום מיום פרישתו של העובד מהעבודה והעובד הסדיר את תשלום הפרמיה בתוך תקופה זו.</p>	<p>משך תקופת הביטוח</p> <p>המשך התוכנית במקרה עזיבה/ פרישה של העובד מעבודתו</p>	
<p>אם פוליסה זאת תתבטל, או שתקופתה תסתיים, יהיה המבוטח זכאי לרכוש אצל המבוטח, פוליסת ביטוח אישית בתעריפים ובתנאים אשר יהיו קיימים באותה עת אצל המבוטח ובתנאי שבעל הפוליסה לא יחדש את הביטוח הקבוצתי בחברת ביטוח אחרת.</p> <p>לצורך כך לא יצטרך המבוטח ליתן הצהרת בריאות או כל הוכחה אחרת בדבר מצב בריאותו או לעבור תקופת אכשרה כלשהי לגבי הכיסויים החופפים שבין הפוליסה הקבוצתית לפוליסה האישית ובתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה עד 30 יום מיום תום תקופת הביטוח והעובד הסדיר את תשלום הפרמיה בתוך תקופה זו.</p>	<p>המשך התוכנית במקרה סיום ההסכם הביטוח הקבוצתי</p>	
<p>תקופת הביטוח תהיה עד ליום 30.6.2012 ותחודש לתקופות ביטוח נוספות בנות 3 שנים כל אחת בהסכמת הצדדים.</p>	<p>תנאים לחידוש אוטומטי</p>	
<p>בני זוג של עובדים, ילדים של עובדים, בני זוג של ילדי עובדים וילדיהם בכל גיל שיצטרפו לביטוח, או גמלאי או בני משפחתו שיצטרפו לביטוח, תחול עליהם תקופת אכשרה בת 60 יום, או תקופה ארוכה יותר כמפורט בחלק מפרקי הפוליסה.</p> <p>למרות האמור לעיל, לא תחול תקופת אכשרה במקרים הבאים:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. עובד שמצבו המשפחתי השתנה ונוסף אדם למשפחה, והעובד צירף את בן משפחתו לביטוח תוך 6 חודשים מהיום בו חל השינוי. 2. עובד חדש שיתקבל לעבודה ובני משפחתו בתנאי שהצטרפו לביטוח עד לתום 6 חודשים מיום תחילת העסקתו בבנק. <p>פרק ט"ו (ניתוחים) סעיף 4.13 - תקופת אכשרה בגין הוספת כיסוי מחליפי ניתוח הנה 90 יום מיום 1.7.06 בנוסף על תקופת האכשרה החלה על כל מבוטח בהתאם לסעיף 2.16 לתנאים הכלליים.</p>	<p>תקופת אכשרה</p>	

תנאים	סעיף	נושא
<p>פרק י"ט (תרופות) סעיף 2.4 - בגין הגדלת סכום הביטוח ע"ס 500,000 ש"ח תחל תקופת האכשרה בת 12 חודש החל מיום 1.7.06 בנסף על תקופת האכשרה החלה על כל מבוטח בהתאם לסעיף 2.16 לתנאים הכלליים.</p> <p>פרק כ"ו (בדיקות אבחנה) סעיף 3 - בגין הוספת הכיסוי הנה 3 חודשים החל מיום 1.7.06 בנסף על תקופת האכשרה החלה על כל מבוטח בהתאם לסעיף 2.16 לתנאים הכלליים.</p> <p>מודגש בזאת כי תקופת האכשרה המצוינת בסעיף 4.13, בפרק ט"ו (ניתוחים), בסעיף 2.4 בפרק י"ט (תרופות), סעיף 3 בפרק כ"ו (בדיקות אבחנה), תחול על כל המבוטחים בפוליסה בנסף לתקופת האכשרה הכללית החלה עליהם בהתאם לסעיף זה.</p>		
<p>פרק יב' - סיעוד - 60 יום.</p>	תקופת המתנה	
<p>פרק ב' - בעיות התפתחות אצל ילדים - ה.ג. 20% מההוצאות בפועל ולא פחות מ- 30 ש"ח עבור כל טיפול.</p> <p>פרק ג' - השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופית - השתתפות עצמית של 500 ש"ח בעבור 2 ילדים ראשונים, 750 ש"ח בעבור הילד השלישי ואילך</p> <p>פרק ד' - השתתפות עצמית 20% מההוצאות בפועל ל- 6 חודשים ראשונים ו- 30% ל- 6 חודשים נוספים.</p> <p>פרק ה' - השתתפות עצמית עפ"י שימת אביזרים רפואיים</p> <p>פרק ו' - רפואה אלטרנטיבית - השתתפות עצמית 20% מההוצאות בפועל ועד 120 ש"ח לכל טיפול. לא תקוזז השתתפות עצמית בגין טיפול שעלותו נמוכה מ- 72 ש"ח</p> <p>פרק ט' - טיפול בבעיית הרטבת לילה אצל ילדים - השתתפות עצמית 50% מההוצאות בפועל בגין טיפולים לילד מבוטח מגיל 6 ומעלה</p> <p>פרק טו' - כיסוי לניתוחים פרטיים - חוות דעת נוספת לפני ניתוח - השתתפות עצמית 15%</p> <p>פרק י"ט - תחפות - התשלום יעשה רק לאחר שהוצאות ששילם המבוטח בפועל מעל לסכום ההשתתפות העצמית בסך 200 ש"ח לחודש או בגובה של 10% מעלות המרשם, הגבוה מביניהם, ולא יותר מסכום השיפוי המרבי לאותה תחפה.</p> <p>פרק כ"ב - בדיקת מי שפיר - השתתפות עצמית השווה ל- 20% מהוצאות הבדיקה.</p> <p>פרק כ"ג - טיפולים פסיכולוגיים - השתתפות עצמית 50% מההוצאת בפועל.</p> <p>פרק כ"ד - השתתפות עצמית 30% מההוצאת בפועל.</p> <p>פרק כ"ו - בדיקות אבחנה מסוג C.T. ו- M.R.I. לכל בדיקה</p>	השתתפות עצמית	
אין.	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	שינוי תנאים

נושא	סעיף	תנאים
	שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	בתאריך 31.8.08 וכל 30 חודשים לאחר מכן תהיה החברה תשאית לעדכן את הפרמיה בהתאם לנוסחאת התאמת הפרמיה עפ"י ההסכם בין החברה לבין בעל הפוליסה.
פרמיות	גובה ומבנה הפרמיה	להלן גובה הפרמיה החודשית בש"ח: עובד עד גיל 67 - 128 ש"ח עובד מעל גיל 67 - 185 ש"ח בן זוג עד גיל 67 - 128 ש"ח בן זוג מעל גיל 67 - 185 ש"ח ילד עד גיל 26 - 35 ש"ח החל מהילד השלישי לא תגבה פרמיה. ילד מעל גיל 26 ועד גיל 67 - 128 ש"ח גמלאי או בן זוג של גמלאי עד גיל 67 - 128 ש"ח גמלאי או בן זוג של גמלאי מעל גיל 67 - 185 ש"ח הפרמיה צמודה למדד מידי חודש החל ממדד הבסיס שפורסם ביום 15.6.2006.
תנאי ביטול	ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	העמותה תהיה תשאית, אך לא חייבת להודיע למבטח על סיום ההתקשרות ותקופת הביטוח בהודעה בכתב 30 יום לפני סיום כל שנת ביטוח מסיבות מוצדקות בתם לב אשר ינומקו ע"י העמותה עפ"י המפורט בסעיף 3 לפוליסה. העמותה תהיה תשאית, אך לא חייבת להודיע למבטח על סיום תקופת הביטוח בהודעה מיידית בכתב, אשר תכנס לתוקף באופן מידי, עפ"י המפורט בסעיף 3 לפוליסה.
	ביטול הפוליסה ע"י המבטח	לא שלומו דמי הביטוח במועדם ולא שלומו גם תוך 15 יום לאחר שהחברה דרשה מבעל הפוליסה ו/או מהמבוטח בכתב לשלמם, תשאית החברה להודיע לבעל הפוליסה ו/או למבוטח בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן וזאת מבלי לפגוע בזכותה על-פי כל דין.
חריגים	סייג בשל מצב רפואי קודם	כללי - חריגים כלליים אשר יחולו על כל פרקי הפוליסה - סעיף 8
	סייגים לאחריות המבטח	להלן הפניה לסעיפי הסייגים וההחרגות בפוליסה: כללי - חריגים כלליים אשר יחולו על כל פרקי הפוליסה - סעיף 6, 7 פרק ב' - בעיות התפתחות אצל ילדים - סעיף 4 פרק ג' - השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופית - סעיף 3, 4 פרק יב' - ביטוח סיעודי - סעיף 8 פרק יט' - תחפות - סעיף 4
ביטוח סיעודי	הגדרת מקרה הביטוח	מקרה הביטוח הנו אחד משני האירועים הבאים לפחות - 1. מצבו הבריאותי והתפקודי הירוד של מבוטח אשר עקב מחלה או תאונה או עקב ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, נידות.

תנאים	סעיף	נושא
<p>2. מצב בריאות ותפקוד יחידים של מבטוח אשר עקב "תשישות נפש" שנקבעה על ידי חפא מומחה בתחום. לענין זה, "תשישות נפש" - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבטוח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן, הדרושים השגחה במרבית שעות היממה, על פי קביעת חפא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורת דמנטיות שונות.</p>		
<p>1. אי יכולת לבצע 3 מתוך 6 הפעולות תזכה את המבטוח ב- 75% מסכום התגמול הסיעודי. 2. אי יכולת לבצע 3 מתוך 6 פעולות כשאחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים תזכה את המבטוח ב- 100% מסכום התגמול הסיעודי. 3. אי יכולת לבצע 4 מתוך 6 הפעולות תזכה את המבטוח ב- 100% מסכום התגמול הסיעודי. 4. מבטוח במצב של "תשישות נפש" יהיה זכאי ל- 100% מסכום התגמול הסיעודי.</p>	<p>שיעור התגמול הסיעודי</p>	
<p>גובה התגמול הסיעודי המלא (100%) למבטוחים שביום כניסת פוליסה זו לתוקף (1.7.03) גילם אינו עולה על גיל 70 שנה יהיה 6,000 ש"ח. גובה התגמול הסיעודי המלא (100%) למבטוחים שביום כניסת פוליסה זו לתוקף (1.7.03) גילם עולה על גיל 70 שנה יהיה 4,000 ש"ח. תקופת המתנה - עד 60 חודש.</p>	<p>סכום הביטוח</p>	
<p>60 חודש.</p>	<p>משך תקופת תשלום תגמולי הביטוח</p>	
<p>פיצוי.</p>	<p>סוג תגמולי הביטוח</p>	
<p>זהים לתגמולי הביטוח בגין טיפול סיעודי במוסד סיעודי.</p>	<p>תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית</p>	
<p>בתקופת תשלום התגמול הסיעודי יהיה המבטוח משוחרר מחובת תשלום פרמיות. יובהר כי בתקופת ההמתנה תשלום הפרמיה כסדרה.</p>	<p>שחרור מתשלום פרמיה</p>	
<p>אין.</p>	<p>ערך מסולק</p>	
<p>אין.</p>	<p>תלות בין סכום הביטוח לגיל המבטוח</p>	
<p>אין.</p>	<p>קיצוז תגמולים מביטוחים אחרים</p>	

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש	מחשק עם הסל הבסיסי/ואו שב"ן	קידוד תגמולים עם ביטוח אחר
פרק א': התייעצות עם רופאים מומחים					
התייעצות עם רופא מומחה	החברה תשפה את המבוטח בסכום בשיעור של 80% מההוצאות הממשיות אשר הוציא בפועל עבור התייעצות אחת, אך לא יותר מסך 550 ש"ח לצורך התייעצות אחת מוגבל לשלש התייעצויות בשנת ביטוח (ללא הגבלה בפרקי הזמן בין ההתייעצויות). מובהר כי דין ההתייעצות חוזרת כדין התייעצות.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
פרק ב': בעיות התפתחות אצל ילדים					
בעיות התפתחות אצל ילדים	החברה תשפה את המבוטח בסכום בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוציא בפועל עבור טיפול, כנגד קבלות מקוריות ולא יותר מ- 4,900 ש"ח בגין 60 טיפולים לשנה למבוטחים אשר מלאו להם 3-6 שנים ו- 45 טיפולים לשנת ביטוח למבוטחים אשר מלאו להם 7-16 שנים ובהשתתפות עצמית של לא פחות מ- 30 ש"ח עבור כל טיפול.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
פרק ג': השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופית					
סכום הביטוח	סכום הביטוח המרבי בגין כל טיפולי הפריה החוץ גופית על פי פוליסה זו יהיה 100,000 ש"ח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	מחשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
קן	ביטוח תחליפי	קן	שיפוי	<p>החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות אשר הוציא המבוטח בפועל בגין כל ניסיון טיפולי ובכפוף להשתתפות עצמית של 500 ש"ח לכל טיפול בעבור 2 הילדים הראשונים ו- 750 ש"ח בעבור הילד השלישי ואילך.</p> <p>מספר הניסיונות הטיפוליים לכל ילד לא יעלה על 8 ניסיונות. במידה ואחד מבני הזוג מבוטח בביטוח זה, יהיה השיפוי בשיעור 50% מהסכום הנקוב לעיל.</p>	

פרק ד': החלמה, ו/או פעילות גופנית משקמת לאחר אירוע לב

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	מחשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
קן	ביטוח תחליפי	קן	שיפוי	<p>החברה תשתתף בהוצאות החלמה לאחר התקיימות מקרה הביטוח עד לסך של 2,200 ש"ח ועד לסך כללי של שבעה ימים מלאים של החלמה, בבית החלמה מוכר כנגד קבלות מקוריות בגין פעילות גופנית משקמת לאחר אירוע לב, בסכום השווה ל- 80% מההוצאות בפועל, ל- 6 חודשים נוספים ובאישור חפא קרדילוג ל- 6 חודשים נוספים בסכום שיפוי מרבי של עד 70% מההוצאות בפועל.</p>	שיקום לאחר התקף לב חריף

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	ממשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
פרק ה': השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים					
כ	ביטוח תחליפי	לא	שיפוי	<p>המבוטח יהיה זכאי כנגד הצגת קבלות מקוריות, להחזר בשיעור אשר נקבע על פי טבלת השימת האביזרים, המצ'ב מהוצאותיו בפועל בגין רכישת האביזר הרפואי ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח כמצוין ברשימת האביזרים הרפואיים ולא יותר מסכום הביטוח המרבי לסך מקרי הביטוח בגין אותו אביזר כמצוין ברשימת האביזרים הרפואיים.</p> <p>מובהר כי משקפיים (למעט משקפיים ועדשות מגע כמפורט ברשימת האביזרים הרפואיים ובהמלצת רופא עניים מומחה), ועזרי שמיעה (למעט מכשיר שמיעה למבוטח מעבר לגיל 18 בהמלצת רופא אף אוזן גרון מומחה כמפורט ברשימת האביזרים הרפואיים) ואביזרי ראיה אחרים וכן כל אביזר שאינו כלול ברשימת האביזרים הרפואיים, לא יחשבו כאביזרים רפואיים לצורך פרק זה.</p>	אביזרים רפואיים

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש	מחשק עם הסל הבסיסי/ואו שב"ן	קידוד תגמולים עם ביטוח אחר
פרק ו': רפואה אלטרנטיבית					
	<p>החברה תשפה את המבוטח בתגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות הממשיות אשר הוציא בפועל המבוטח בגין הטיפול האלטרנטיבי, אך לא יותר מאשר 120 ש"ח לכל טיפול, עד 20 טיפולים בשנה מכל התחומים.</p> <p>בגין טיפולים הומיאופתיים, סכום הביטוח המרבי יהיה 180 ש"ח לכל טיפול ומספר הטיפולים המירבי לא יעלה על 10.</p> <p>לא תקוזז השתתפות עצמית לטיפולים שעלותם נמוכה מ- 72 ש"ח.</p>	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
פרק ז': פיצוי בגין אשפוז לאחר ניתוח					
	<p>המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 180 ש"ח בגין כל יום אשפוז בפועל החל מהיום ה- 11 לאשפוזו ועד ליום ה 21.</p>	פיצוי	לא	ביטוח מוסף	לא
פרק ח': שכר אחות פרטית בעת שהותו של המבוטח בבית-חולים (שלא לצורך ניתוח)					
שכר אחות פרטית בעת האשפוז	<p>המבוטח יהיה זכאי להחזר הוצאות אך לא יותר מאשר 400 ש"ח לכל יום אשפוז, אך לא יותר מ 18 יום ועד למקסימום של 6,000 ש"ח החל מהיום השני.</p> <p>המבוטח יהיה זכאי להחזר כנגד קבלות מקוריות, או כנגד הצהרה כתובה של אחות החל מהיום השני לאשפוז.</p>	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש	מחשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	קידוד תגמולים עם ביטוח אחר
פרק ט': טיפול בבעיית הרטבת לילה אצל ילדים					
	החברה תשלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 50% מההוצאות הממשיות בפועל אשר הוציא המבוטח בגין הטיפול בבעיית הרטבה, אך לא יותר מאשר 600 ש"ח לסך הטיפולים למקרה ביטוח לשנה.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
פרק י': פיצוי בגין הידבקות ממחלת האיידס					
	החברה תשלם למבוטח פיצוי חד פעמי בסך 100,000 ש"ח במקרה של הדבקות באיידס כתוצאה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנים לו בזמן ניתוח ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודש ממועד הניתוח והמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח.	פיצוי	לא	ביטוח מוסף	לא
פרק י"א: פיצוי בגין הידבקות במחלת הצהבת מסוג B					
	החברה תשלם למבוטח פיצוי חד פעמי בסך של 25,000 ש"ח במקרה של הדבקות המבטח כתוצאה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח בצהבת מסוג B ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 24 חודש ממועד הניתוח והמבוטח לא היה נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח.	פיצוי	לא	ביטוח מוסף	לא

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש	ממשק עם הסל הבסיסי/ואו שב"ן	קידוד תגמולים עם ביטוח אחר
פרק י"ב: ביטוח סעודי					
סכום הביטוח	פיצוי בסך 6,000 ש"ח ל- 60 חודש למבטח שגילו עד 70 שנה ופיצוי בסך 4,000 ש"ח ל- 60 חודש למבטח שגילו עולה על 70 שנה	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
תביעה חוזרת	אם קרה מקרה הביטוח תוך 12 חודשים מתום תקופה שבגינה שילם החברה את תגמול הסיעודי, ישלם החברה את תגמול הסיעודי מיום קחת מקרה הביטוח האמור, ללא צורך בתקופת המתנה נוספת, עד תקופה מצטברת של 60 חודש כאמור לעיל.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
שחרור מתשלום פרמיה	בתקופת תשלום התגמול הסיעודי יהיה המבוטח משוחרר מחובת תשלום פרמיות. יובהר כי בתקופת ההמתנה תשלום הפרמיה כסדרה.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
פרק י"ג: השתלות					
השתלת איברים בחו"ל	סכום הביטוח המירבי לכיסוי ההוצאות הכרוכות בהשתלת איבר כאמור בסעיף 3 לפרק זה בפוליסה לא יעלה על סך של 4,500,000 ש"ח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש	מחשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	קידוד תגמולים עם ביטוח אחר
פרק י"ד: ניתוחים וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל אשר אינם ניתנים לביצוע בארץ כולל ניתוחים להצלת שמיעה וראיה וניתוחים למניעת נכות					
	סכום הביטוח המירבי לכיסוי ההוצאות הכרוכות בטיפול במחלת סרטן ו/או טיפול להצלת חיים ו/או להצלת שמיעה ו/או ראיה ו/או מניעת נכות כמפורט בסעיפים 1.2 ו- 1.3 לפרק זה בפוליסה לא יעלה על סך של \$ 100,000	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
פרק ט"ו: כיסוי לניתוחים פרטיים					
שכר מנתח/מרדים שבהסכם	בגין ניתוחים בישראל המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שבהסכם, לא תחול תקרת סכום לשיפוי עבור שכר המנתח/מרדים. בגין ניתוחים בחו"ל, תהיה תקרת השיפוי עד 150% מהאמור בסעיף ב' לפרק זה בפוליסה.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שכר מנתח/מרדים שאינו בהסכם	בגין ניתוחים המבוצעים על ידי מנתח/מרדים אחר תהיה תקרת שיפוי לפי הסכום שהיה משולם לאותו ניתוח כנהוג באותה עת אצל החברה עפ"י הסכמים שיש לו עם ספקי שיחת רפואי בישראל.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
התייעצות לפני ניתוח	החברה תכסה במלואן הוצאות התייעצות מוקדמת אחת (לפני ניתוח) עם מנתח ההסכם	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	מחשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
				<p>אשר יבצע בפועל את הניתוח, התייעץ המבוטח עם מנתח שאיננו בהסכם תשפה החברה את המבוטח בגובה הוצאות ההתייעצות המקובלות אצלו, בהתקשרות עם חפא הסכם.</p> <p>ככל שהתייעצות אחת לפני ניתוח כלולה בשכר המנתח, תשפה החברה את המבוטח בגובה עלות שכר המנתח הכוללת את ההתייעצות בגין הניתוח.</p>	
קן	ביטוח תחליפי	קן	שיפוי	<p>החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאות חו"ד רפואיות נוספת אחת לפני ניתוח אצל חפא, עד תקרה של 1,800 ש"ח ובהשתתפות עצמית של 15%.</p>	<p>חו"ד נוספת אחת של חפא מומחה לפני ניתוח</p>
קן	ביטוח תחליפי	קן	שיפוי	<p>החברה תשלם למבוטח או לבי"ח שבהסכם תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז, והוצאות הנלוות לניתוח או יחזיר הוצאות אלו למבוטח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ועל פי תעריפי החברה במידה ויבחר לעבור את הניתוח בבית חולים אחר עד לסך כולל של 30 ימי אשפוז.</p>	<p>הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ניתוח</p>

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	ממשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	החברה תשלם ישירות לבי"ח בגין בדיקה פתולוגית שנעשתה ע"י מומחה לפתולוגיה, הנדרשת במקרה של ניתוח, או יחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות.	הוצאות בגין בדיקה פתולוגית
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	בוצע במבוטח בבית חולים פרטי ניתוח, ובמהלך הניתוח הושטל במבוטח שתל כלשהו, כהגדרתו להלן, ת שתתקף החברה בעלות השתל הני"ל עד לסך 20,000 ש"ח.	שתל - (למעט תותבת שיניים)
לא	ביטוח מוסף	לא	פיצוי	המציא המבוטח לבית חולים פרטי טופס התחייבות מטעם קופת החולים בה חבר המבוטח לכיסוי הוצאות הניתוח המבוצע בבית חולים זה והחברה לא נשאה בתשלום תגמולי ביטוח בגין פרק זה כלל, המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך השווה ל 50% מערכו של הטופס על-פי מחייון משרד הבריאות ובכל מקרה לא יותר מהסכום הנחסך למבטח. המציא המבוטח לבית חולים פרטי טופס התחייבות מטעם קופת חולים בה חבר המבוטח לכיסוי הוצאות הניתוח המבוצע בבית חולים והחברה נשא בתשלום תגמולי ביטוח עבור	טופס התחייבות לבית חולים פרטי מטעם קופת חולים

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	מחשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
				<p>אחד או יותר מהשירותים המפורטים בפרק זה, תזכה החברה את המבוטח ותשלם לו סכום שווה ל - 25% מערכו של הטופס על-פי מחינתן משד הבריאות ובכל מקרה לא יותר מהסכום הנחסך למבטח.</p>	
לא	ביטוח מוסף	לא	פיצוי	<p>בחר המבוטח לבצע ניתוח בבי"ח ציבורי והוצאתו כוסו במלואן ע"י קופת החולים בה הוא חבר, או ע"י גורם אחר שאיננו החברה, תשלם החברה למבוטח פיצוי בסך של 400 ש"ח לכל יום אשפוז לתקופה מירבית של עד 21 ימי אשפוז לכל ניתוח. במקרה של ניתוח חירום שהוצאתו יכוסו ע"י קופ"ח לא יהיה המבוטח זכאי לפיצוי האמור.</p>	<p>ביצוע ניתוח במערכת הציבורית ללא מעורבות החברה</p>
כן	ביטוח תחליפי	כן	שפוי	<p>בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל המכוסה על פי פוליסה זו, תחזיר החברה למבוטח את הוצאותיו ובהיקף זכאותו של המבוטח על פי פוליסה זו בישראל, אך בכל מקרה לא יותר מהאמור בסעיף 3 לפרק זה. החברה לא תכסה הוצאות בגין נסיעות או הוצאות של מלווים הכרוכות בניתוח כאמור בסעיף זה.</p>	<p>ניתוח בחו"ל</p>

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	מחשק עם הסל הבטיסי ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
ק	ביטוח תחליפי	ק	שפוי	<p>החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאות להעסקת אח או אחות פרטיים לצורך שמירה על המבוטח במהלך אשפוז לצורך ניתוח בבית חולים (להלן שמירה פרטית) בסכום של עד 400 ש"ח לכל יום אשפוז לתקופה שלא תעלה על שמונה עשר (18) ימי אשפוז.</p> <p>השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות למבוטח או לחלופין הצהרה כתובה של האחות או אישור כתוב של ביה"ח המאשר את ביצוע השמירה הפרטית.</p>	<p>שכר אחות או אח פרטי בעת הניתוח</p>
ק	ביטוח תחליפי	לא	שיפוי	<p>החברה תחזיר למבוטח הוצאות בגין שיחתי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבי"ח או ממנו או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר. החזר זה לא יעלה על פעם וחצי התעריף המקובל באותה עת בשותי מגן דוד אדום.</p>	<p>שירותי הסעה באמבולנס לביה"ח ובין בתי חולים בישראל</p>
לא	ביטוח מוסף	לא	פיצוי	<p>נפטר מבוטח (חוי"ח) כתוצאה ישירה מביצוע ניתוח המכוסה על פי הסכם זה במהלך תקופה שמשכה 7 ימים ממועד ביצוע הניתוח בפועל</p>	<p>תשלום פיצוי חד פעמי למקרה מוות כתוצאה ישירה מניתוח</p>

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	מחשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
				<p>(יום הניתוח ועד שישה ימים) תפצה החברה את יורשיו החוקיים של המבוטח בסכום של 100,000 ש"ח. תנאי הכרחי לתשלום מקרה הביטוח הנו ביצוע הניתוח במבוטח בפועל.</p>	
לא	ביטוח מוסף	לא	פיצוי	<p>החברה תשלם למבוטח גמלה חודשית בסך של 3,000 ש"ח במקרה של אובדן מוחלט של כושר עבודה הנגרם כתוצאה מסיבוכים עקב ביצוע ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו ובתנאי שהמבוטח מעל גיל 21 ומתחת לגיל 65 לאישה ו- 67 לגבר. הגימלה החודשית תשולם החל מתום תקופת ההמתנה, לתקופה מירבית של 12 חודש ובכל מקרה יפסק התשלום עם הגיע המבוטח לגיל 65 לאישה ו- 67 לגבר או גיל פרישה אחר לפי החוק אם ישונה במהלך תקופת הביטוח.</p>	<p>תשלום במקרה של אובדן מוחלט של כושר עבודה של סיבוכי ניתוח</p>
ק	ביטוח תחליפי	ק	שיפוי	<p>בקרת מקרה ביטוח, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי טיפול חלופי לניתוח, עד לסך מרבי של 150,000 ש"ח למקרה ביטוח היה למבוטח כיסוי לטיפול ושולמה לו גמלה בגין הטיפול החלופי</p>	<p>טיפולים מחליפי ניתוח</p>

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש	מחשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	קידוד תגמולים עם ביטוח אחר
	והנו זקוק לניתוח, יקוזז מסך התגמול המגיע לו לניתוח עפ"י נספח זה, הסך ששולם לו בגין הטיפול החלופי. כל זאת בתנאי כי הניתוח בוצע תוך 24 חודשים ממועד ביצוע הטיפול החלופי.				
פרט ט"ז: כיסונים טרם נסיעה לחו"ל					
	בקות מקרה הביטוח תשלם החברה למבוטח 75% מהתשלום ששילם בפועל למרפאה מוכרת מורשת בישראל עבור כיסונים לנסעים לארצות חוץ, אך לא יותר מאשר סך של 200 ש"ח לכל שנת ביטוח.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
פרק י"ז: טיפולי מרפא לחולי פסוריאזיס (ספחת)					
	הוצאות טיפולים, ו/או הוצאות בגין שהייה ושימוש במרחצאות עד לסה"כ 80% ממחיר יום שהייה ו/או טיפול אך לא יותר מאשר 250 ש"ח ליום, אך לא יותר מ- 30 יום, לשנת ביטוח.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
פרק י"ח: מנוי למשדר קרדילוגי					
	מבוטח אשר זכאי לקבל משדר קרדילוגי, יהיה זכאי לשפוי כנגד קבלות מקוריות עד לסך של 70% מההוצאות בפועל ולא יותר מ- 60 ש"ח לחודש. החברה תשפה את המבוטח במלוא הוצאות אמבולנס טיפול נמרץ של חברת ההסדר או של חברה אחרת במקרה והקריאה לשרות אמבולנס היתה מוצדקת.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	ממשק עם הסל הבסיסי /או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
פרק יט': טיפול תרופתי בתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות					
כ	ביטוח תחליפי	כ	שיפוי	<p>סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות יהיה עד 500,000 ש"ח בגין מקרה ביטוח שיקרה עד ליום 30.6.06.</p> <p>החל מיום 1.7.06 יוגדל סכום השיפוי המרבי ויועמד ע"ס 1,000,000 ש"ח לכל תקופות הביטוח. ההגדלה ע"ס 500,000 ש"ח תחול אך ורק בגין תרופות למחלות שאירעו לראשונה ביום 1.7.07 ואילך.</p> <p>מובהר בזאת כי על הגדלת סכום השיפוי המירבי מ- 500,000 ש"ח ל- 1,000,000 ש"ח חלה תקופת אכשרה בת 12 חודש החל מיום 1.7.06.</p> <p>כנגד הצגת קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד.</p>	<p>הכיסוי החל מ- 1.7.06</p>
כ	ביטוח תחליפי	כ	שיפוי	<p>חבות החברה עפ"י נספח זה תהיה אך ורק להוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום ההשתתפות העצמית בסך 200 ש"ח לחודש או בגובה של 10% מעלות המרשם, הגבוה מביניהם, ולא יותר מסכום השיפוי המרבי לאותה תרופה.</p>	<p>השתתפות עצמית</p>

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש	מחשק עם הסל הבסיסי/או שב"ן	קידוד תגמולים עם ביטוח אחר
פרק כ': הבראה לאחר לידה					
	החברה תשפה את המבוטחת בגין ההוצאות אשר הוציאה המבוטחת בפועל בגין שהותה בבית החלמה מוכר עד לסך של 180 ש"ח לכל יום הבראה ועד למקסימום של שלושה ימים.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
פרק כ"א: הבראה לאחר אשפוז					
	המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין הוצאות השהייה בבית החלמה מוכר בסך של עד 500 ש"ח לכל יום הבראה החל מהיום השלישי ועד לסך של 30 יום בשנה למבוטח לכל מקרי הביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
פרק כ"ב: לבדיקת מי שפיר					
	החברה תשפה את המבוטחת בגין ההוצאות אשר הוציאה המבוטחת בפועל בגין בדיקת מי שפיר עד לסך של 2,000 ש"ח ובכפוף להשתתפות עצמית השווה ל- 20% מהוצאות הבדיקה בפועל.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
פרק כ"ג: טיפולים פסיכולוגיים					
	החברה תשפה את המבוטח בגין טיפול פסיכולוגי בסכום השווה ל- 50% מההוצאות בפועל, אך לא יותר מאשר 90 ש"ח לשיחה טיפולית ועד לסה"כ 20 שיחות טיפוליות בשנה.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש	מחשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	קידוד תגמולים עם ביטוח אחר
פרק כ"ד: פעילות גופנית מבוקרת לבעלי גורמי סיכון					
	שיפוי בגין הוצאות הפעילות הגופנית במכון מתאים ומורשה בסכום של עד 70% מההוצאות הממשיות אשר הוציא בפועל ולא יותר מ- 200 ש"ח לחדש בתקופה של עד 6 חודשים לתוקפת ביטוח ובהפניית חפא.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
פרק כ"ה: שירותי אמבולנס טיפול נמרץ					
	החברה תשפה את המבוטח במלוא הוצאות אמבולנס טיפול נמרץ של חברת ההסדר או עד סכום ביטוח מירבי של 250 ש"ח חברה אחרת במקרה והקריאה לשחת אמבולנס היתה מוצדקת.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
פרק כ"ו: השתתפות בביצוע בדיקות אבחנה מסוג C.T ו- M.R.I					
הכיסוי החל מ- 1.7.06	בדיקת C.T עד לתקרה של 3,000 ש"ח לשנת ביטוח ובדיקת M.R.I עד לתקרה של 5,000 ש"ח לשנת ביטוח. שתי הבדיקות כפופות להשתתפות עצמית של 25% לכל בדיקה.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש	ממשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	קידוד תגמולים עם ביטוח אחר
כתב שירות: ייעוץ תרופתי טלפוני					
	המנוי יהיה זכאי לקבל יעוץ תרופתי באמצעות טלפון ע"י חפא הסכם מטעם נותן השיחה, במשאי מינויים, תופעות לוואי של תרופות, תגובות בין תרופתיות, תגובות בין תרופות למחלות, תרופות בהריון, תרופות בהנקה, התעלות.	-	-	-	-

הגדרות:

"ביטוח תחליפי" - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשיחתים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שיחותי בריאות נוספים בקופת החולים). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון).

"ביטוח משלים" - ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי הביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיסי ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מהסל הבסיסי ו/או השב"ן.

"ביטוח מוסף" - ביטוח פרטי הכולל שיחתים שאינם כלולים בסל הבסיסי ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.

ההגדרות תקפות ליום פרסומן.

פוליסה לביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי לעובדי בנק דיסקונט ובני משפחתם

1. מבוא

פוליסה זאת מעידה, כי תמורת תשלום דמי הביטוח ובכפיפות לתנאים, להוראות וחריגים המפורטים להלן, תשלם הפניקס חברה לביטוח בע"מ ("להלן: "החברה") למבוטח תגמולי ביטוח בגין מקרי ביטוח כמפורט בפוליסה זאת.

2. הגדרות

פוליסה זאת ובכל נספח המצורף אליה תהיה למונחים הבאים המשמעות שבצידם:

2.1 החברה	הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
2.2 בעל הפוליסה	ארגון עובדי בנק דיסקונט לישראל - הוועד הארצי. אגודה לפי החוק העותמאני הרשומה כחוק מיום 27.1.1963 (להלן: "העמותה").
2.3 המבוטח	עובד/ת בנק דיסקונט לישראל בע"מ ("להלן: "הבנק"), גמלאי ופורשי הבנק בני/בנות זוגם וילדיהם ובני זוגם וילדיהם, ו/או כל מי שהיה מבוטח על פי ההסדר לביטוח בריאות קבוצתי קודם, ובתנאי ששמו יועבר למבוטח על ידי בעל הפוליסה, או ששמו מופיע ברשימות בעל הפוליסה כמי שמבוטח בביטוח בריאות קבוצתי; שנתעך באמצעות בעל הפוליסה, לרבות מבוטחים אשר הושמטו מהרשימות הנ"ל עקב טעות משרדית (להלן: "רשימת מבוטחים") ושולמה או קיימת התחייבות בגינם לתשלום הפרמיה במלואה.
2.4 הפוליסה	חוזה ביטוח זה שבין בעל הפוליסה לבין החברה.
2.5 מועד תחילת הביטוח	1.7.2003.
2.6 הפרמיה	דמי הביטוח ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה לשלם לחברה לפי תנאי הפוליסה.
2.7 מקרה הביטוח	מקרה ביטוח כהגדרתו בכל פרק מפרקי הפוליסה אשר בהתקיימו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה בכפוף לתנאיה וסייגיה.
2.8 סכום הביטוח	הסכום המרבי בו תחויב החברה לשלם בגין מקרה ביטוח אחד כמצוין בכל פרק ופרק.
2.9 ועדת ערר	ועדה המורכבת מחפא נציג בעל הפוליסה ומחפא נציג החברה.
2.10 מדד	מדד המחירים לצרכן הכולל ירקות ופירות המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהעדר פרסום כזה מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו או מדד כלשהו שיווחד לשירותי בריאות וששימוש על ידי המבוטח יאושר על ידי המפקח על הביטוח.
2.11 המדד הבסיסי	שפורסם ביום 15.6.2003 10076 נק'.

<p>חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994 לרבות כל שינוי ו/או תוספת לו ולכל התקנות ו/או הצווים שהותקנו ויותקנו מכוחו ו/או על פיו.</p>	<p>2.12 חוק בריאות</p>
<p>תקופה של שנה קלנדרית אשר התחלתה ביום ה-1 ביולי בשנה מסויימת וסיומה ב-31 ביוני בשנה שלאחריה.</p>	<p>2.13 שנת ביטוח</p>
<p>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.</p>	<p>2.14 מצב רפואי קודם</p>
<p>סייג כללי בחוזה ביטוח הפוטר את המבטח מחבותו או המפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.</p>	<p>2.15 סייג של מצב רפואי קודם</p>
<p>2.16.1 תקופה רצופה המתחילה במועד הצטרפותו של מבוטח לביטוח ו/או במועד הוספתו של פרק/כיסוי חדש לפוליסה ומסתיימת בתום 60 יום או בתום פרק זמן אחר אם נקבעה תקופה שונה בפרקים מסוימים בפוליסה, לגבי מקרה הביטוח על-פי אותם פרקים.</p> <p>2.16.2 בני זוג של עובדים, ילדים של עובדים, בני זוג של ילדי עובדים וילדיהם בכל גיל שיצטרפו לביטוח, או גמלאי או בני משפחתו שיצטרפו לביטוח, תחול עליהם תקופת אכשרה בת 60 יום, או תקופה אחרת יותר כמפורט בחלק מפרקי הפוליסה.</p> <p>למחות האמור לעיל, למעט במקרים המפורטים בסעיף 2.16.3 להלן, לא תחול תקופת אכשרה, במקרים הבאים:</p> <p>2.16.2.1 עובד שמצבו המשפחתי השתנה ונוסף אדם למשפחה, והעובד צירף את בן משפחתו לביטוח תוך 6 חודשים מהיום בו חל השינוי.</p> <p>2.16.2.2 עובד חדש שיתקבל לעבודה ובני משפחתו בתנאי שהצטרפו לביטוח עד לתום 6 חודשים מיום תחילת העסקתו בבנק.</p> <p>2.16.3 מודגש בזאת כי תקופת האכשרה המצוינת בסעיף 4.13, בפרק ט"ו (ניתוחים), בסעיף 2.4 בפרק י"ט (תרופות), סעיף 3 בפרק כ"ו (בדיקות אבחנה), תחול על כל המבוטחים בפוליסה. בנוסף לתקופת האכשרה הכללית החלה עליהם בהתאם לסעיף זה.</p>	<p>2.16 תקופת אכשרה</p>
<p>עובדים וגמלאים, בני זוג של עובדים או גמלאים, ילדים של עובדים או גמלאים, בני זוג של ילדי העובדים או הגמלאים וילדיהם שביקשו להצטרף לביטוח מעת לעת, ימלאו ויחתמו על טופס הצעה הכולל הצהרת בריאות והחברה אישרה את קבלתם לביטוח.</p> <p>למחות האמור לעיל, עובד שמצבו המשפחתי השתנה ונוסף אדם למשפחה, יוכל האדם הנוסף להצטרף לביטוח ללא מילוי הצהרת בריאות עד תום 6 חודשים מהיום בו חל השינוי.</p> <p>למחות האמור לעיל, עובד חדש שיתקבל בעתיד לעבודה בבנק ובני משפחתו, יוכלו להצטרף לביטוח ללא חובת מילוי הצהרת בריאות עד לתום 6 חודשים ממועד העסקת העובד בבנק.</p>	<p>2.17 מבוטחים חדשים</p>
<p>3. תוקף הפוליסה</p> <p>3.1 הפוליסה תכנס לתוקפה החל ממועד תחילת הביטוח ובכפוף לכך שתועבר לחברה תשימת מבוטחים הכוללת פרטים אישיים (שמות, מספרי זהות, תאריך לידה וכתובת מלאה).</p>	

<p>תקופת הביטוח תהיה עד ליום 30.6.2012 ותחודש לתקופות ביטוח נוספות בנות 3 שנים כל אחת בהסכמת הצדדים.</p> <p>העמותה תהיה רשאית, אך לא חייבת להודיע למבטח על סיום ההתקשרות ותקופת הביטוח בהודעה בכתב 30 יום לפני סיום כל שנת ביטוח מסיבות מוצדקות בתם לב אשר יומקו על ידי העמותה, לרבות:</p> <p>3.2.1 אי עמידת המבטח בהתחייבויותיו, כלפי המבוטחים והעמותה.</p> <p>3.2.2 טיפול לקוי של המבטח בתביעות.</p> <p>3.2.3 חששות, בעלות בסיס עובדתי להתערעות היציבות הכלכלית של המבטח.</p> <p>3.2.4 אי מתן אינפורמציה לעמותה ביחס לנסיין התביעות, ולמבוטחים.</p> <p>3.2.5 שינויים מהותיים בהוראות חוק הבריאות, או חיקוק חוקים אחרים אשר ישפיעו על מהות הכיסוי הביטוחי והסיכון.</p> <p>העמותה תהיה רשאית, אך לא חייבת להודיע למבטח על סיום תקופת הביטוח בהודעה מידית בכתב, אשר תכנס לתוקף באופן מיד, במקרים הבאים:</p> <p>3.2.6 מינוי מנהל מורשה למבטח, מינוי מפרק למבטח.</p> <p>3.2.7 הודעה של המבטח כי המבטח אינו יכול לעמוד בהתחייבויותיו.</p> <p>3.2.8 הודעה מטעם המפקח על הביטוח במשרד האוצר על כך שהמבטח, אינו מורשה עוד לעסוק בביטוח בענפים הרלוונטיים להסדר זה.</p>	<p>3.2 תקופת הביטוח</p>
<p>4. תשלום פרמיות</p>	
<p>הפרמיה החודשית עבור כל מבטח הינה כמוסכם בין בעל הפוליסה לבין החברה והינה כפופה להוראות פוליסה זו.</p>	<p>4.1</p>
<p>הפרמיה צמודה למדד ותשתנה מדי חודש בהתאם לשינוי במדד, כאשר מדד הבסיס הוא המדד שיפורסם ב- 15.6.2003 ומדד ההתאמה הוא המדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום.</p>	<p>4.2</p>
<p>הפרמיה הכוללת בגין הפוליסה תשלום עד ה- 15 לחודש בגין החודש הקודם.</p>	<p>4.3</p>
<p>בתאריך 31.8.08 וכל 30 חודשים לאחר מכן תהיה החברה רשאית לעדכן את הפרמיה בהתאם לנוסחאת התאמת הפרמיה עפ"י ההסכם בין החברה לבין בעל הפוליסה.</p>	<p>4.4</p>
<p>5. תשלום תגמולי ביטוח</p>	
<p>החברה תשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות למי שסיפק למבטח את השחת הרפואי, או למבוטח ישירות, כנגד קבלות, על פי הקבוע בכל פתק לפוליסה.</p>	<p>5.1</p>
<p>נפטר מבוטח, חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר הגיעו למבוטח ולא שולמו לו או בעבורו לפני מועד הפטירה למי שהתחייבה לשלם, ובהעדר התחייבות כלפי ספק השחת הרפואי, או אם נותרה יתרה לתשלום לאחר ביצוע תשלום על פי ההתחייבות האמורה, תשלם את היתרה לעיבוננו של המבוטח לפי צו קיום צוואה או צו יחשה.</p>	<p>5.2</p>
<p>תגמולי הביטוח הנקובים בשקלים יהיו צמודים למדד כאשר מדד הבסיס הוא המדד שפורסם ב- 15.6.2003 ומדד ההתאמה הוא המדד הידוע במועד תשלום תגמולי הביטוח, למעט אם מצויים אחרת לצד סכום הביטוח.</p>	<p>5.3</p>

<p>תגמולי הביטוח הנקובים במטבע דולר של ארה"ב (\$) ישולמו במטבע ישראלי לפי שער ההמרה היציג שפורסם לאחונה על ידי בנק ישראל (או כל גוף שמי יבוא במקומו), לפני מועד התשלום ובמקרה ולא יפורסם שער יציג כאמור, יקבע שער ההמרה המתאים על ידי החברה ובעל הפוליסה בהסכמה. למען הסר ספק השתתפות בהוצאות ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל המשולמים ישירות לגורם המבצע בחו"ל או בתשלום החזר הוצאות למבוטח, ישלמו מלא הוצאות של המבוטח בשקלים לרבות הפרשי שער והפרשי המרה.</p>	<p>5.4</p>
---	-------------------

6. תנאים כלליים לאחריות החברה

<p>אירע מקרה הביטוח, על המבוטח להודיע על כך לחברה בהקדם האפשרי לאחר שנודע לו, ולמסור לידיה את כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור חבותה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה להשיגם ולשם כך עליו, בין היתר, לחתום על כתב הסכמה בדבר ויתור על סודיות רפואית ומתן הוראה לכל חופא או למוסד לביטוח לאומי וכל רשות אחרת, למסור לחברה את המידע הרפואי המלא הנוגע למבוטח.</p>	<p>6.1</p>
---	-------------------

<p>החברה תהיה רשאית לנהל, באופן סביר, על חשבונה כל בדיקה ו/או חקירה, לצורך בירור חבותה המיידית ו/או העתידית על פי הפוליסה, הכל כפי שהחברה תמצא לנכון, ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול במבוטח.</p>	<p>6.2</p>
--	-------------------

7. סייגים כלליים לאחריות החברה

החברה לא תהיה אחראית ולא תהיה חייבת לתגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, בכל אחד מן המקרים הבאים:

<p>מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.</p>	<p>7.1</p>
<p>מקרה הביטוח נגרם עקב נסיון התאבדות או פגיעה עצמית מכוונת.</p>	<p>7.2</p>
<p>מקרה הביטוח נגרם מ: ביקוע גרעיני, או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי או פעולה מלחמתית או פעולה צבאית.</p>	<p>7.3</p>
<p>מקרה הביטוח נגרם משיחת צבאי (מלואים, סדיר או קבע) באם יוכר כמכוסים על ידי הרשויות המוסכמות הנוגעות בדבר.</p>	<p>7.4</p>
<p>ניתוחים פלסטיים ו/או קוסמטיים, אך למעט ניתוחים כאמור אשר נובעים מצורך רפואי מוכר ו/או מהווים חלק בלתי נפרד מניתוח המכוסה על פי פוליסה זו.</p>	<p>7.5</p>
<p>ניתוח ו/או טיפול חניכיים ו/או שיניים מכל סוג שהוא.</p>	<p>7.6</p>

8. תנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם

<p>החברה תהיה פטורה מחבותה בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.</p>	<p>8.1 סייג בשל מצב רפואי קודם</p>
<p>סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח הוא:</p> <p>א. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.</p> <p>ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.</p>	<p>8.2 תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם</p>

<p>סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.</p>	<p>8.3 סייג של מצב רפואי מסוים למבטח מסויים</p>
<p>סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים המכר בהודעת המבטח.</p>	<p>8.4 תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם</p>
<p>9. התיישנות</p>	
<p>תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח על פי פוליסה זאת היא שלוש שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח בהתאם לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.</p>	
<p>10. גבול אחריות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל</p>	
<p>אחריות המבטח מוגבלת לגבולות מדינת ישראל, למעט כיסוי בגין ניתוחים פרטיים בחו"ל, השתלת בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל. יובהר, מעבר לכל ספק אפשרי, כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל. על אף האמור לעיל, במידה ואירע מקרה ביטוח הכלול בביטוח זה, בעת שהות המבטח בחו"ל לתקופה שאינה עולה על 90 יום, יהא המבטח זכאי לכיסוי בגין אותו מקרה ביטוח על פי תנאי ההסכם עם שובו ארצה.</p>	<p>10.1</p>
<p>מבטחים אשר יצאו לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום, יהיו זכאים לשמור על ברות ביטוח, אשר משמעותה, הינה כדלקמן: במהלך תקופת ברות הביטוח המבטח אינו זכאי לכיסוי על פי תנאי הסכם זה. במהלך תקופת ברות הביטוח המבטח ימשיך לשלם פרמיה השווה ל- 25% מהפרמיה אשר היתה משולמת על ידו אם היה מבטח גיל. עם שובו של המבטח ארצה יוכל לשוב לביטוח תוך 90 יום מיום חזרתו, וזאת בתנאי שיודיע לחברת הביטוח על שובו לישראל ורצונו בחידוש הביטוח בהיקף מלא, והסדר תשלום הפרמיה המלאה.</p>	<p>10.2</p>
<p>11. בירור חילוקי דעות בנושאים רפואיים</p>	
<p>נדחתה מנימוקים רפואיים תביעתו של מבטח לתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה, יהיה המבטח זכאי לערער בכתב על הדחייה בפני ועדת ערר.</p>	<p>11.1</p>
<p>המבטח יהיה רשאי להיות מיוצג בדיוני ועדת הערר על ידי חפא מטעמו, להגיש מסמכים וחוות דעת רפואיות כפי שימצא לנכון. במידה ויתבקש על ידי הועדה להמציא מסמכים רפואיים נוספים, בה במידה תשא החברה בעלויות המצאת מסמכים אלו והכנתם.</p>	<p>11.2</p>
<p>נחלקו הדעות בין החפאים בוועדת הערר, יצורף לוועדה לצורך דיון בנושא בו נחלקו הדעות, חפא בר סמכא בתחום הרפואי הרלוונטי אשר ימונה על ידי הצדדים בהסכמה. ועדת הערר המורחבת תדון שנית בנושא בו נחלקו הדעות ותקבל החלטה ברוב דעות. הוצאות הבאתו ושכרו של החפא בר סמכא יכוסו על ידי החברה.</p>	<p>11.3</p>
<p>12. סיום הביטוח והמשכיות</p>	
<p>מבטח שהפסיק עבודתו אצל המבטח, יוכל להמשיך בפוליסה זו (הוא ובני משפחתו אשר היו מבטחים בביטוח מכה פוליסה זו טרם פרישתו), במהלך תקופת ההסכם בה הפסיק עבודתו וכל עוד פוליסה זו הינה בתוקף. תנאי הביטוח שיחולו לגביי הם התנאים שבפוליסה זו ודמי הביטוח שישולמו על ידיו,</p>	<p>12.1</p>

<p>יהיו זהים לדמי הביטוח הנקובים בפוליסה זו, בתנאי כי הודיעו בכתב על רצונם להמשיך בפוליסה זו תוך 60 ימים מהפסקת הביטוח לגביהם והעביה לחברה אמצעי גביה אישי.</p> <p>לחלופין, העובד ובני משפחתו אשר היו מבוטחים בביטוח מכח פוליסה זו טרם פרישת העובד כאמור לעיל, יוכלו להצטרף לביטוח פרטי של החברה עפ"י בחירתם (להלן: "הביטוח הפרטי"), בתנאים ופרמיה המקובלים בחברה באותה העת, ללא תקופת אכשרה בהתייחס לכיסויים החופפים בין הפוליסה הקבוצתית לבין הביטוח הפרטי וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה עד 60 יום מיום פרישתו של העובד מהעבודה והעובד הסדיר את תשלום הפרמיה בתוך תקופה זו.</p>	
<p>אם פוליסה זאת תתבטל, או שתקופתה תסתיים, יהיה המבוטח זכאי לרכוש אצל המבטח, פוליסת ביטוח אישית בתנאים אשר יהיו קיימים באותה עת אצל המבטח ובתנאי שבעל הפוליסה לא יחדש את הביטוח הקבוצתי בחברת ביטוח אחרת.</p> <p>לצורך כך לא יצטרך המבוטח ליתן הצהרת בריאות או כל הוכחה אחרת בדבר מצב בריאותו או לעבור תקופת אכשרה כלשהי לגבי הכיסויים החופפים שבין הפוליסה הקבוצתית לפוליסה האישית ובתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה עד 30 יום מיום תום תקופת הביטוח והעובד הסדיר את תשלום הפרמיה בתוך תקופה זו.</p>	<p>12.2</p>
<p>13.</p>	
<p>על פי פוליסה זו ועל כל המחלוקות הנובעות ממנה, לרבות החלטות ועדת הערר, יחולו חוקי מדינת ישראל.</p>	
<p>14. הודעות</p>	
<p>כתובות הצדדים לצורך מתן הודעות בקשר להוראות פוליסה זו.</p>	
<p>ארגון עובדי בנק דיסקונט מרחוב הנציב 6, ת"א.</p>	<p>בעל הפוליסה</p>
<p>הפניקס חברה לביטוח בע"מ / קו הבריאות, דרך השלום 53 גבעתיים 53454.</p>	<p>החברה</p>
<p>כתובתו האחרונה של המבוטח כפי שנמסרה לחברה. כל הודעה שתישלח בדואר רשום לפי הכתובות השומות לעיל, תחשב כהודעה שהתקבלה על ידי הנמען תוך 72 שעות מזמן המסר המכתב הכולל את ההודעה בדואר ולשם הוכחת המסירה, יספיק להוכיח שהמכתב הושם בדואר.</p>	<p>המבוטח</p>

פרק א': התייעצות עם רופאים מומחים

1. הגדרות	
1.1 רופא מומחה	רופא לפי בחירת המבוטח, ובלבד שתחום עיסוקו ומומחיותו הינם בנושאים הרלוונטיים להתייעצות.
1.2 התייעצות	ביקור אצל רופא מומחה לצורך דיון במצבו הרפואי של מבוטח, ודרכי טיפול אפשריות, למעט ייעוץ ו/או טיפול רפואי בבעיות רפואיות שגרתיות או במסגרת ביקורת רפואית שגרתית הניתנת על ידי רופא כללי או רופא משפחה או רופא ילדים או רופא נשים.
2. מקרה ביטוח	מקרה הביטוח הינו מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב התייעצות עם רופא מומחה שתחום עיסוקו ומומחיותו הינם בתחום ההתייעצות.
3. סכום הביטוח ותגמולי ביטוח	החברה תשפה את המבוטח בסכום בשיעור של 80% מההוצאות הממשיות אשר הוציא בפועל עבור התייעצות אחת, אך לא יותר מסך 550 ש"ח לצורך התייעצות אחת מוגבל לשלוש התייעצויות בשנת ביטוח (ללא הגבלה בפרקי הזמן בין ההתייעצויות). מובהר כי דין ההתייעצות חוזרת כדין התייעצות.
4. ביצוע טיפול רפואי לאחר תום תקופת הביטוח	אחריות החברה לתשלום תגמולי ביטוח בגין התייעצות אשר בוצעה תוך 90 יום ממועד סיום תקופת הביטוח.
5. תקופת אכשרה	ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.
תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו והאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.	

פרק ב': בעיות התפתחות אצל ילדים

1. הגדרות	
	פגיעה במערכת העצבים המרכזית או ההיקפית הגורמת לאחור בתפקוד הפונקציונאלי של המערכת המוטורית ו/או הסנסורית ו/או הקוגניטיבית ו/או האמוציונלית או מומים של השלד ו/או הפרקים הגורמים לתפקוד פגום כנ"ל.
2. מקרה ביטוח	מקרה הביטוח הינו בעיות התפתחות אשר התגלו ואובחנו על ידי רופא מומחה במכון ציבורי או פרטי מוכר להתפתחות הילד אצל ילד מבוטח אשר מלאו לו 3 שנים ועד שימלאו לו 17 שנים, המחייבות טיפול על ידי כל אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג ו/או הוראה מתקנת, לרבות טיפולים ברכיבה על סוסים, ו/או ריקוד ו/או שחייה.
3. סכום הביטוח ותגמולי ביטוח	החברה תשפה את המבוטח בסכום בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוציא בפועל עבור טיפול, כנגד קבלות מקוריות ולא יותר מ- 4,900 ש"ח בגין 60 טיפולים לשנה למבוטחים אשר מלאו להם 6-3 שנים ו- 45 טיפולים לשנת ביטוח למבוטחים אשר מלאו להם 7-16 שנים ובהשתתפות עצמית של לא פחות מ- 30 ש"ח עבור כל טיפול. השיפוי ינתן עבור הטיפולים הנ"ל מעבר לטיפולים הקבועים בסל שירותי הבריאות על פי חוק בריאות.

4. תנאי מוקדם לאחריות החברה

תנאי מוקדם לכיסוי עפ"י פרק זה הינו כי שני הורי הילד וכל ילדי המשפחה עד גיל 17 מבוטחים בביטוח במועד קרות מקרה הביטוח למעט במקרה של משפחה חד הורית (לרבות מחמת פטירת אחד מבני הזוג) או כאשר בן הזוג מבוטח בביטוח רפואי אחר אך ילדיו אינם מבוטחים בביטוח כזה.

5. ביצוע טיפול רפואי לאחר תום תקופת הביטוח

אחריות החברה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח לגבי טיפול רפואי אשר בוצע לאחר תום תקופת הביטוח תחול אך ורק אם הטיפול הרפואי בוצע תוך 90 יום ממועד תום תקופת הביטוח.

5. תקופת אכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים כלליים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסיגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק ג': השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופית

1. מקרה הביטוח

1.1 מקרה הביטוח הינו טיפול הפריה חוץ גופית (I.V.F) כולל טיפולי מיקרומנפילציה (להלן: "טיפול הפריה") אשר בוצע על פי הפניה של חפא מומחה במחלקה לטיפול בלקוי פרוין.

1.2 למען הסר ספק מובהר כי טיפולי ההפריה לא כוללים תרופות ו/או זריקות כל שהן הנדרשות ו/או הקשורות בטיפול הפריה, פוריות, פרוין או לקוי פוריות כל שהן.

1.3 מועד קרות מקרה הביטוח יחשב כמועד בו הופנו בני הזוג לטיפול ההפריה

2. סכום ביטוח ותגמולי ביטוח

2.1 החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בפועל בגין כל ניסיון טיפולי ובכפוף להשתתפות עצמית של 500 ש"ח לכל טיפול בעבור 2 הילדים הראשונים ו- 750 ש"ח בעבור הילד השלישי ואילך.

2.2 סכום הביטוח המרבי בגין כל טיפולי ההפריה החוץ גופית על פי פוליסה זו יהיה 100,000 ש"ח.

2.3 מספר הניסיונות הטיפוליים לכל ילד או הפלה לא יעלה על 8 ניסיונות, ובעקבותיהם תתחיל הספירה מחדש.

3. סייגים לחבות החברה

החברה לא תהיה חייבת בתגמולי ביטוח, או חלק מהם, במקרה בו בית החולים בו מבוצע הטיפול להפריה חוץ גופית לא אושר מראש על ידי החברה.

4. תנאי מוקדם לאחריות החברה

תנאי מוקדם לתשלום תגמולי הביטוח הינו כי שני בני הזוג מבוטחים בפוליסה זו. במידה ואחד מבני הזוג מבוטח בביטוח זה, יהיה השיפוי בשיעור 50% מהקבוע בסעיף 2 לעיל.

5. ביצוע טיפול רפואי לאחר תום תקופת הביטוח

אחריות החברה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח לגבי טיפול הפריה חוץ גופית אשר בוצע לאחר תום תקופת הביטוח תחול אך ורק אם הטיפול הרפואי בוצע תוך 90 יום ממועד תום תקופת הביטוח.

6. תקופת האכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק ד': החלמה, ו/או פעילות גופנית משקמת לאחר אירוע לב

1. הגדרות

1.1 **התקף לב חריף**
אוטם חריף הגורם להרס בשריר הלב כתוצאה מסתימה בכלי דם כלילי המגבילה את הספקת הדם לאותו חלק.

האבחנה חייבת להיתמך על ידי שניים מתוך שלושת הקריטריונים הבאים במצטבר:

1.1.1 כאבי חזה אופייניים

1.1.2 שינויים חדשים בא.ק.ג. המלווים בהופעת גלי Q.

1.1.3 עליה משמעותית בערכי אמיני הלב.

2. מקרה ביטוח

המבוטח עבר ניתוח לב, לרבות צנתור טיפולי או התקף לב חריף המחייב בהתאם להמלצת חפא, פעילות גופנית משקמת.

3. סכום הביטוח ותגמולי ביטוח

3.1 החברה תשתתף בהוצאות החלמה לאחר התקיימות מקרה הביטוח מעבר לכיסוי הניתן עפ"י חוק הבריאות עד לסך של 2,200 ש"ח ועד לסך כללי של שבעה ימים מלאים של החלמה, בבית החלמה מוכר, על ידי המבטח או על ידי אחת מקופות החולים בישראל.

3.2 החברה תשפה את המבוטח כנגד הצגת קבלות מקוריות בגין פעילות גופנית משקמת לאחר ארוע לב, בסכום השווה ל- 80% מההוצאות בפועל, ל- 6 חודשים נוספים ומעבר לכסוי הניתן עפ"י חוק ביטוח בריאות ממלכתי ובאישור חפא קרדילוג ל- 6 חודשים נוספים בסכום שיפוי מרבי של עד 70% מההוצאות בפועל.

4. השתתפות החברה בהוצאות לאחר תום תקופת הביטוח

אחריות החברה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח לגבי החלמה ו/או פעילות גופנית משקמת לאחר תום תקופת הביטוח מתקיימת עד 90 יום ממועד סיום תקופת הביטוח.

5. תקופת אכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק ה': השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים

1. הגדרות

איבר מלאכותי ו/או מפרק או פריט רפואי אחר שנעשה בו שימוש חיצוני ואשר נמצא ברשימת האביזרים הרפואיים המכרת בסעיף 2 להלן.

1.1 אביזר רפואי

2. רשימת אביזרים רפואיים

רשימת האביזרים הרפואיים המכוסים על פי פרק זה והמצורפים לפוליסה.

3. מקרה הביטוח

מצבו של המבוטח המחייב שימוש באביזר רפואי מתוך רשימת האביזרים הרפואיים לצורך מוגדר, על פי הפניה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה.

4. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

המבוטח יהיה זכאי כנגד הצגת קבלות מקוריות, להחזר בשיעור אשר נקבע על פי טבלת רשימת האביזרים, המצ'ב מההוצאותיו בפועל בגין רכישת האביזר הרפואי ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח כמצוין ברשימת האביזרים הרפואיים ולא יותר מסכום הביטוח המרבי לסך מקרי הביטוח בגין אותו אביזר כמצוין ברשימת האביזרים הרפואיים.

5.

למען הסר ספק מובהר כי משקפיים (למעט משקפיים ועדשות מגע כמפורט ברשימת האביזרים הרפואיים ובהמלצת רופא עניים מומחה), ועזרי שמיעה (למעט מכשיר שמיעה למבוטח מעבר לגיל 18 בהמלצת רופא אף אוזן גרון מומחה כמפורט ברשימת האביזרים הרפואיים) ואביזרי ראייה אחרים וכן כל אביזר שאינו כלול ברשימת האביזרים הרפואיים, לא יחשבו כאביזרים רפואיים לצורך פרק זה.

6. רכישת אביזר רפואי לאחר תום תקופת הביטוח

אחריות החברה לתשלום תגמולי ביטוח בגין רכישת אביזר רפואי אשר בוצעה לאחר תום תקופת הביטוח, מתקיימת אך ורק אם בוצעה תוך 30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח.

7. תקופת אכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

1. הגדרות

טיפול במצבים בריאותיים על ידי שימוש באחד מן האמצעים הבאים: אקופונקטורה, אוסותיאופטיה, הומאופתיה, ביו-פידבק, כיחפרקטיקה, שיאצו, רפלקסולוגיה, פלדנקרייז, טווינג, שיטת פאולה, פרחי באך טיפול על פי שיטת אלכסנדר תזונה, נטוחפתיה, וטיפול בצמחי מרפא ובשיטת שניידר.

1.1 טיפול אלטרנטיבי

2. מקרה ביטוח

מקרה הביטוח הינו מצבו הבריאותי של המבוטח אשר כתוצאה ממנו מקק לטיפול אלטרנטיבי באחד מאלה:

2.1 בבית חולים ציבורי.

2.2 מרפאה שאושרה על ידי החברה.

3. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

החברה תשפה את המבוטח בתגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות הממשיות אשר הוציא בפועל המבוטח בגין הטיפול האלטרנטיבי, אך לא יותר מאשר 120 ש"ח לכל טיפול, עד 20 טיפולים בשנה מכל התחומים. על אף האמור לעיל, בגין טיפולים הומיאופתיים, סכום הביטוח המרבי יהיה 180 ש"ח לכל טיפול ומספר הטיפולים המירבי לא יעלה על 10. לא תקוזז השתתפות עצמית לטיפולים שעלותם נמוכה מ - 72 ש"ח.

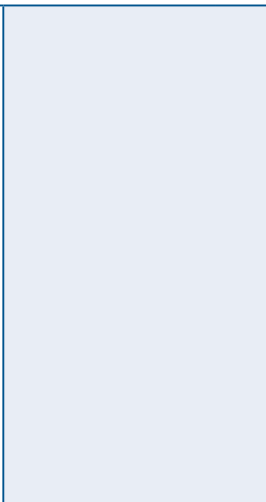
4. ביצוע טיפול רפואי לאחר תום תקופת הביטוח

אחריות החברה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח אשר בוצע לאחר תום תקופת הביטוח תחול אך ורק אם הטיפול הרפואי בוצע תוך 90 יום ממועד תום תקופת הביטוח.

5. תקופת אכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.



פרק ז': פיצוי בגין אשפוז לאחר ניתוח

1. הגדרות

1.1 **אשפוז** – שהייה רצופה בבית חולים לצורך טיפול רפואי.

2. מקרה ביטוח

מצבו הבריאותי של המבוטח אשר חייב ביצוע ניתוח שכתוצאה ישירה ממנו היה מאושפז בבית חולים תקופה העולה על 10 ימי אשפוז מלאים ורצופים.

3. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 180 ש"ח בגין כל יום אשפוז בפועל החל מהיום ה- 11 לאשפוזו ועד ליום ה- 21.

4. סיוע לאחר ניתוח לאחר תום תקופת הביטוח

אחריות החברה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח לגבי סיוע לאחר תום תקופת הביטוח מתקיימת אך ורק אם הניתוח בוצע תוך 60 יום ממועד סיום תקופת הביטוח.

5. תקופת אכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק ח': שכר אחות פרטית בעת שהותו של המבוטח בבית-חולים (שלא לצורך ניתוח)

1. מקרה הביטוח

מצבו הבריאותי של המבוטח אשר חייב ביצוע טיפול רפואי שכתוצאה ישירה ממנו היה מאושפז בבית חולים תקופה העולה על 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים.

2. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

המבוטח יהיה זכאי להחזר כנגד קבלות מקוריות, או כנגד הצהרה כתובה של אחות או אישור כתוב של ביה"ח המאשר את ביצוע השמירה הפרטית, עבור שירותי אחות פרטית שנסכרה למטרת סיוע והשגחה על המבוטח בהיותו מאושפז בבית חולים, החל מהיום השני לאשפוז.

המבוטח יהיה זכאי להחזר עבור שכירת שירותיה של אחות כאמור לעיל אך לא יותר מאשר 400 ש"ח לכל יום אשפוז, אך לא יותר מ 18 יום ועד למקסימום של 6,000 ש"ח.

3. שכר אחות פרטית לאחר תום תקופת הביטוח

אחריות החברה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח לגבי שכר אחות פרטית לאחר תום תקופת הביטוח מתקיימת אך ורק עבור שירותי אחות שנסכרו תוך 30 יום ממועד סיום תקופת הביטוח.

4. תקופת אכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק ט': טיפול בבעיית הרטבת לילה אצל ילדים

1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו מצבו הבריאותי של מבוטח שהינו ילד המחייב ביצוע טיפול רפואי בבעיית הרטבה.

2. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

החברה תשלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 50% מההוצאות הממשיות בפועל אשר הוציא המבוטח בגין הטיפול בבעיית הרטבה, אך לא יותר מאשר 600 ש"ח לסך הטיפולים למקרה ביטוח לשנה.

השתתפות המבטח תהיה בגין טיפולים לילד מבוטח מגיל 6 ומעלה על ידי ספק שרת מטעם המבטח ובתנאי שהמבטח לא יידרש לכיסוי הוצאות בטיפול בבעיית הרטבת לילה במסגרת פרקי הפוליסה האחרים לרבות שיטת רפואה אלטרנטיבית ו/או טיפול בבעיות התפתחות.

3. ביצוע טיפול רפואי לאחר תום תקופת הביטוח

אחריות החברה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח לגבי טיפול רפואי אשר בוצע לאחר תום תקופת הביטוח תחול אך ורק אם הטיפול הרפואי בוצע תוך 90 יום ממועד תום תקופת הביטוח.

4. תקופת אכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק י': פיצוי בגין הידבקות ממחלת האיידס

1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו הידבקות מבוטח בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS), (להלן איידס). כתוצאה מעירוי דם ומוצרי, אשר ניתנו לו במהלך ניתוח.

2. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

החברה תשלם למבוטח פיצוי חד פעמי בסך 100,000 ש"ח ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודש ממועד הניתוח והמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח.

3. פיצוי בגין הידבקות ממחלת האיידס לאחר תום תקופת הביטוח

אחריות החברה לשלם פיצוי בגין מקרה ביטוח לגבי הידבקות מבוטח במחלת האיידס לאחר תום תקופת הביטוח תחול אך ורק אם המחלה התגלתה תוך 90 יום ממועד תום תקופת הביטוח בכפוף לסעיף 2 לעיל.

4. תקופת אכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק י"א: פיצוי בגין הידבקות במחלת הצהבת מסוג B

1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו הידבקות מבטוח כתוצאה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח, בצהבת מסוג B.

2. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

החברה תשלם למבטוח פיצוי חד פעמי בסך של 25,000 ש"ח ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 24 חודש ממועד הניתוח והמבטוח לא היה נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח.

3. פיצוי בגין הידבקות במחלת הצהבת B לאחר תום תקופת הביטוח

אחריות החברה לתשלום פיצוי בגין מקרה ביטוח לגבי הידבקות מבטוח במחלת צהבת מסוג B לאחר תום תקופת הביטוח תחול אך ורק אם המחלה התגלתה תוך 30 יום ממועד תום תקופת הביטוח בכפוף לסעיף 2 לעיל.

4. תקופת אכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

תשומת לב המבטוח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק י"ב: ביטוח סיעודי

1. הגדרות

1.1	מבטוח סיעודי	מבטוח אשר קרה לו מקרה הביטוח, כמוגדר בסעיף 2 להלן.
1.2	התגמול סיעודי	התשלום החודשי למבטוח סיעודי, בסכום שנקבע ובשיעורים המפורטים בסעיף 4 להלן.
1.3	תקופת המתנה	תקופה המתחילה במועד בו הפך המבטוח למבטוח סיעודי ומסתיימת 60 יום לאחר מכן ובמהלכה היה המבטוח במצב סיעודי מלא באופן רצוף.

2. מקרה ביטוח

מקרה הביטוח הנו אחד משני האירועים הבאים לפחות:

2.1	<p>מצבו הבריאותי והתפקודי הירוד של מבטוח אשר עקב מחלה או תאונה או עקב ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות (להלן: "הפעולות"):</p> <p>2.1.1 לקום ולשכב: יכולתו העצמאית של המבטוח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ו/או לקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ו/או ממיטה.</p> <p>2.1.2 להתלבש ולהתפשט: יכולתו העצמאית של מבטוח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.</p> <p>2.1.3 להתרחץ: יכולתו העצמאית של המבטוח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.</p> <p>2.1.4 לאכול ולשתות: יכולתו העצמאית של מבטוח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה, בעזרת קש), לאחר שהמוזן הוכן עבורו והוגש לו.</p>
-----	---

<p>2.1.5 לשלוט על סוגרים: יכולתו העצמאית של מבטח לשלוט על פעולת המעיים ו/או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומוה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.</p> <p>2.1.6 ניידות: יכולתו העצמאית של מבטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזחת בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המבטח, ייחשב כאי יכולתו של המבטח לנוע.</p>	
<p>מצב בריאות ותפקוד יחידים של מבטח אשר עקב "תשישות נפש" שנקבעה על ידי חפא מומחה בתחום. לעניין זה, "תשישות נפש" - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתבונה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן, הדורשים השגחה במרבית שעות היממה, על פי קביעת חפא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורת דמנטיות שונות.</p>	<p>2.2</p>
<p>3. שיעור התגמול הסיעודי</p>	
<p>אי יכולת לבצע 3 מתוך 6 הפעולות תזכה את המבטח ב- 75% מסכום התגמול הסיעודי.</p>	<p>3.1</p>
<p>אי יכולת לבצע 3 מתוך 6 פעולות כשאחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים תזכה את המבטח ב- 100% מסכום התגמול הסיעודי.</p>	<p>3.2</p>
<p>אי יכולת לבצע 4 מתוך 6 הפעולות תזכה את המבטח ב- 100% מסכום התגמול הסיעודי.</p>	<p>3.3</p>
<p>מבטח במצב של "תשישות נפש" יהיה זכאי ל- 100% מסכום התגמול הסיעודי.</p>	<p>3.4</p>
<p>4. גובה התגמול הסיעודי החודשי</p>	
<p>גובה התגמול הסיעודי המלא (100%) למבטחים שביום כניסת פוליסה זו לתוקף (1.7.03) גילם אינו עולה על גיל 70 שנה יהיה 6,000 ש"ח.</p>	
<p>גובה התגמול הסיעודי המלא (100%) למבטחים שביום כניסת פוליסה זו לתוקף (1.7.03) גילם עולה על גיל 70 שנה יהיה 4,000 ש"ח.</p>	
<p>5. תקופת התשלום המירבית</p>	
<p>בקרת מקרה הביטוח יינתן תגמול סייעודי מלא ל- עד 60 חודש</p>	
<p>6. שחרור מתשלום פרמיות</p>	
<p>בתקופת תשלום התגמול הסייעודי יהיה המבטח משוחרר מחובת תשלום פרמיות. יובהר כי בתקופת ההמתנה תשלום הפרמיה כסדרה.</p>	
<p>7. תביעה חוזרת</p>	
<p>אם קרה מקרה הביטוח תוך 12 חודשים מתום תקופה שבגינה שילם המבטח את תגמול הסייעודי, ישלם המבטח את תגמול הסייעודי מיום קרות מקרה הביטוח האמור, ללא צורך בתקופת המתנה נוספת, עד תקופה מצטברת של 60 חודש כאמור לעיל.</p>	

8. סייגים מיוחדים לפרק זה

בנוסף לפרק החריגים הכלליים שבפוליסה, החברה לא תהיה חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה בהתקיים אחד או יותר מן המקרים המפורטים להלן:

8.1	בגין ילד בשתי שנות חייו הראשונות.
8.2	מקרה הביטוח נובע ממום ו/או מחלת ניוון שרירים מולדת ו/או ספינה ביפידה מולדת, ו/או אספקציה מוחית לאחר לידה אשר אובחנה תוך 12 חודשים ממועד הלידה.
8.3	אם מקרה הביטוח הנו תוצאה של אירוע טרום, יקוזד מתגמולי הביטוח על-פי פרק זה כל סכום ו/או פיצוי לו יהיה זכאי המבוטח מגורם אחר ו/או על פי דין לרבות מגורם ממשלתי, ממלכתי, ביטוח לאומי, אך אם המבוטח ויתר על זכותו לקבלת פיצוי מהגורם האחר.
תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - סטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.	

פרק י"ג: השתלות

1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב השתלה.

1.1	השתלה כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח, או השתלה של מח עצמות שמקומו בתחומה עצמית של המבוטח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפחצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונות בישראל. במקרה בו יושלל לב מלאכותי כפחצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. הגדרה זו נוסחה באופן המיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות שקבע המפקח על הביטוח. את ההשתלה תשאי המבוטח לבצע, לפי בחירתו בארץ או בחו"ל.
-----	--

2. סכום הביטוח

סכום הביטוח המיורי לכיסוי ההוצאות הכרוכות בהשתלת איבר כאמור בסעיף 3 להלן לא יעלה על סך של 4,500,000 ש"ח.

3. תגמולי הביטוח

החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח, אך לא יותר מסכום הביטוח המיורי, כמפורט בסעיף 2 לעיל. החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח, אך לא יותר מסכום הביטוח המיורי, כמפורט בסעיף 2 לעיל.

3.1	תשלום לחפאים ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח.
3.2	הוצאות אשפוז, בחו"ל עד 60 יום לפני ביצוע ההשתלה ועד 180 יום לאחר ביצועה (הוצאות האשפוז - הוצאות שהייה בבית חולים, לרבות תרופות, בדיקות, אבחון, בדיקות מעבדה ובדיקות פתולוגיות).

3.3	השגת האיבר להשתלה, שימוחו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.
3.4	תשלום שכר של כל הצוות הרפואי.
3.5	הוצאות נסיעה לחו"ל, בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ושל מלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל.
3.6	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל ומחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה בטיסה מסחרית רגילה והעברה לביה"ח ומימנו.
3.7	הוצאות שהייה וכלכלה (מלון 3-4 כוכבים בחו"ל) סביחות של המבוטח ושל המלווה בזמן ההמתנה להשתלה ולאחר ביצועה.
3.8	הוצאות שהייה הוצאות לינה בלבד במלון (ללא ארוחות משקאות ושרותים נוספים) או שכר דירה עבור שכירת חדר מגורים בדירה או שכירת דירה מתאימה למגורי המבוטח ומלווה אחד, ובתוספת הוצאות החלות על שוכר דירה (ג, חשמל, מים) אשר המבוטח ידרש לשאת בהן.
3.9	הוצאות כלכלה הוצאות שהוציא המבוטח/ואו מלווה עבור אוכל ושתיה, אשר לא יעלו שניהם ביחד, על סך 4,500 ש"ח לכל חודש שהיה, או החלק היחסי המתאים לתקופה קצרה מחודש.
3.10	המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה, ובלבד שאינם ניתנים לביצוע בישראל.
3.11	הטסת הגופה לישראל (סעיף זה אינו נכלל בתקרת הפיזי והוא ישולם בכל מקרה).
3.12	כל הוצאה רפואית אחרת שחיונית לביצוע ההשתלה, וזאת מבלי לפגוע בכל האמור לעיל. במקרה של טיפולי המשך רפואיים בחו"ל תכסה החברה את ההוצאות האמורות בסעיף זה אך ורק אם לא ניתן לבצע את הפעולות ו/או הטיפולים בישראל.
3.13	הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל, במקרה ולא ניתן יהיה להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות עד לסכום בש"ח השווה ל- 49,500 ש"ח למקרה ביטוח אחד.
3.14	מיסים והיטלים ו/או הוצאות בגין המרת סכום הביטוח או חלקו או הוצאות מוכרות או חלקן למטבע חוץ והוצאות העברתו לחו"ל, אם ישולמו על ידי החברה, יהיו חלק מתגמולי הביטוח על פי פוליסה זו בכפוף לתקרת סכום הביטוח המירבי.
4. ביצוע טיפול רפואי לאחר תום תקופת הביטוח	
אחריות החברה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח לגבי טיפול רפואי אשר בוצע לאחר תום תקופת הביטוח תחול אך ורק אם הטיפול הרפואי בוצע תוך 120 יום ממועד תום תקופת הביטוח.	
5. תקופת האכשרה	
ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.	
תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.	

פרק י"ד: ניתוחים וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל אשר אינם ניתנים לביצוע בארץ כולל ניתוחים להצלת שמיעה וראיה וניתוחים למניעת נכות

1. מקרה הביטוח	
1.1	מקרה הביטוח הינו מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע טיפול רפואי, מאלה המפורטים בסעיפים 1.2 ו- 1.3. להלן ובתנאי שאינו ניתן לביצוע בישראל ואין לו טיפול חלופי כהגדרתו בסעיף 1.4 להלן.
1.2	טיפול במחלת סרטן ממאיר ובכלל זה טיפול כיחירי או כימותרפי מורחב או כל טיפול אחר במחלת הסרטן הממאיר ובלבד שהטיפול אינו ניתן לביצוע בארץ ואין לו טיפול חלופי ובלבד שהינו טיפול מקובל על ידי רשויות הבריאות בארץ שבה הוא ניתן.
1.3	ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד אשר אינו ניתן לביצוע בארץ הדרוש להצלת חיי המבוטח ו/או להצלת שמיעה או ראיה או עבור חולים אשר עלולה להיגרם להם נכות לצמיתות בשיעור העולה על 74% אם לא יעברו ניתוח ו/או טיפול אשר אינו ניתן לביצוע בארץ, ואין להם טיפול חלופי, ובלבד שהינו טיפול מקובל על ידי רשויות הבריאות בארץ שבה הוא ניתן.
1.4	טיפול חלופי לאורך פרק זה הינו טיפול רפואי הניתן לביצוע בישראל אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיב אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כחך בתוצאות גופניות חמוחות יותר למטופל.
1.5	למען הסר ספק מובהר בזאת במפורש כי טיפול רפואי חוזר אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי, המהווה מקרה ביטוח, הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.
2. סכום הביטוח	
סכום הביטוח המירבי לכיסוי ההוצאות הכרוכות בטיפול במחלת סרטן ו/או טיפול להצלת חיים ו/או להצלת שמיעה ו/או ראיה ו/או מניעת נכות כמפורט בסעיפים 1.2 ו- 1.3. לעיל לא יעלה על סך של 100,000 דולר ארה"ב לתרגם לשקלים.	
3. תגמולי הביטוח	
3.1	אישור הזכאות לתגמולי ביטוח מותנה כי האמור בסעיף 1.1 ו/או 1.2 לעיל אושר על ידי הפא מומחה בתחום הנדרש.
3.2	החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח, אך לא יותר מסכומי הביטוח המירביים, כמפורט בסעיף 2 לעיל. 3.2.1 הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז שבמהלכו בוצע הטיפול הרפואי בחו"ל, לרבות שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות, הוצאות הכרוכות בהשגת האיבר ושחתי מעבדה ותחפויות. במקרה של טיפולי המשך רפואיים בחו"ל תכסה החברה את ההוצאות האמורות בסעיף זה אך ורק אם לא ניתן לבצע את הפעולות ו/או הטיפולים בישראל. 3.2.2 הוצאות אשפוז בחו"ל עד 30 יום לפני ביצוע הטיפול הרפואי בחו"ל ועד 180 יום לאחר ביצועם. 3.2.3 הוצאות טיפולי המשך בחו"ל הנובעים מביצוע טיפול רפואי בחו"ל ובלבד שאינם ניתנים לביצוע בישראל ועד לסכום בש"ח השווה ל- 225,000 ש"ח לטיפול רפואי בחו"ל על פי המקרה.

- 3.2.4** הוצאות נסיעה לחו"ל עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים לרבות היטל נסיעה אם יחול על המבוטח ועל מלווה אחד.
- 3.2.5** הוצאות נסיעה לחו"ל עד לביה"ח בו אמור המבוטח לעבור ניתוח ו/או טיפול רק אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 45,000 ש"ח.
- 3.2.6** הוצאות שהייה בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד עד לסכום בש"ח השווה ל- 450 ש"ח ליחיד או 675 ש"ח לשניים, לכל יום שהייה ועד לסכום בש"ח השווה ל- 45,000 ש"ח לסך כל הוצאות שהייה.
- 3.2.7** הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל, לביצוע טיפול רפואי בישראל, במקרה ולא ניתן יהיה להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות עד לסכום בש"ח השווה ל- 67,500 ש"ח למקרה ביטוח אחד.
- 3.2.8** מיסים והיטלים ו/או הוצאות בגין המרת סכום הביטוח או חלקו או הוצאות מוכרות או חלקן למטבע חוץ והוצאות העברתו לחו"ל, אם ישולמו על ידי החברה, יהיו חלק מתגמולי הביטוח על פי פוליסה זו בכפוף לתקרת סכום הביטוח המיירב.
- 3.2.9** הוצאות הטסה של גופת המבוטח לישראל אם נפסק חו"ח, בעת שהותו בחו"ל לצורך קבלת טיפול רפואי.

למען הסר ספק מובהר כי ההוצאה האמורה לעיל אינה נכללת בתקרת השיפוי של המבטח בגין הטיפול והניתוח האמור.

4. ביצוע טיפול רפואי לאחר תום תקופת הביטוח

אחריות החברה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח לגבי טיפול רפואי אשר בוצע לאחר תום תקופת הביטוח תחול אך ורק אם הטיפול הרפואי בוצע תוך 120 יום ממועד תום תקופת הביטוח.

5. תקופת אכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסיגניו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק ט"ו: כיסוי לניתוחים פלסטיים

1. מקרה הביטוח

1.1 מקרה הביטוח הוא מצבו הבריאותי של המבוטח, אשר בעטיו המליץ חפא מומחה למבוטח, ו/או חפא מורשה כדין על ביצוע הניתוח.

1.2 מועד קרות מקרה הביטוח הינו מועד ביצוע הניתוח בפועל.

1.3 ניתוח

כל פעולה פולשנית חדירנית (INVASIVE PROCEDURE) בכל טכניקה כיחודית הידועה כיום ו/או תהיה ידועה בעתיד, כולל באמצעות לייזר, אשר מטרתה ריפוי ו/או אבחון מחלה ו/או פגיעה ו/או עיוות ומבלי לנרוע מכלליות האמור לרבות: הראיית איברים פנימית (ENDOSCOPY) צינתוח לרבות צינתור אבחנתי בלבד, אנגיוגרפיה, ריסוק אבני כליה או מרה, השתלת עור. למען הסר ספק לרבות אמצעי טיפול חדירתיים חדישים, אשר מבוצעים או יבוצעו בעתיד, ובאים להחליף פחצדורות קיימות. כולל ניתוח השתלת קרנית.

הגדרת ניתוח נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרת המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרת של פחצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

2. תנאי מוקדם לאחריות המבטח

2.1	החברה תהיה אחראית לתשלום תגמולי ביטוח אך ורק אם אישר מראש למבטוח את ביצוע הניתוח, על ידי חפא מנתח שברשימה או מנתח בבי"ח פרטי, יחד עם זאת המבטח מתחייב לאשר למבטוח ניתוח אשר הוא זכאי לו על פי תנאי הפוליסה, ולא ימנע את מתן האישור מהמבטוח בחוסר תום לב.
2.2	החברה תעמיד לשחת המבטוחים מוקד שרות מאויש, 24 שעות ביממה, בכל ימות השבוע, המוקד יהיה ערוך לאשר בקשות לניתוחים, ומתן כתיב התחייבות לבי"ח ומנתחים באמצעות פקס, תוך יום עבודה לאחר קבלת כל המסמכים הדרושים לחברה לביחור חבותה ובמקרים דחופים באופן מידי לאחר המצאת המסמכים כאמור.

3. סכום ביטוח ותגמולי ביטוח

החברה תשפה את המבטוח בגין הוצאותיו לכל הניתוחים בארץ ובחו"ל, ללא השתתפות עצמית של המבטוח לרבות, הוצאות אשפוז, הוצאות שכר מנתחים ראשיים ועוזריהם ו/או חפאים ראשיים, הוצאות חדר ניתוח, בדיקות פתולוגיות/היסטולוגיות, בדיקות מעבדה, הדמיה לכל סוגיה הנדרשות במשך האשפוז, שכר חפא מרדים, חפא עוזר, אחיים/ות וכל כח עזר הנדרש, ו/או צוות רפואי אחר הנדרש לטיפול במבטוח בהתאם למצבו הרפואי, תחופות, דם ומוצריו, וכל מכשיר או אביזר הנדרשים לטיפול הרפואי, שיחת טיפול נמרץ, התאוששות וכל שיחת טיפול רפואי ופרא-רפואי המלווה לניתוח נדרש וניתנים במהלך האשפוז (להלן: "הוצאות נלוות לניתוח") עפ"י התנאים כדלקמן:

א. בגין ניתוחים בישראל המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שבהסכם, לא תחול תקרת סכום לשיפוי עבור שכר המנתח/מרדים.

מנתח/מרדים שבהסכם - מנתח ו/או מרדים ו/או חפא ששמו ברשימה אשר ברשות המבטח, ולמבטוח הסכם איתו לעניין אספקת שרותים רפואיים למבטוחים.

ב. בגין ניתוחים המבוצעים על ידי מנתח/מרדים אחר תהיה תקרת שיפוי לפי הסכום שהיה משולם לאותו ניתוח כנהוג באותה עת אצל החברה עפ"י הסכמים שיש לו עם ספקי שיחת רפואי בישראל, החברה תצרך לפוליסה זאת רשימת מנתחי ההסכם והתעריפים, הנהוגים לגביהם.

ג. בגין ניתוחים בחו"ל, תהיה תקרת השיפוי עד 150% מהאמור בסעיף ב' לעיל.

3.1	החברה תשלם ישירות לנותן השרות או ישפה את המבטוח בגין הוצאות לשירותים רפואיים שלהלן אותם קיבל המבטוח כצורך רפואי בסכום שלא יעלה על הסכומים בגין הכיסויים כמפורט להלן:
3.2	החברה תשפה את המבטוח כנגד מסירת קבלות מקוריות, או העתקים מאומתים ותוך תקופה שלא תעלה על 30 ימים מיום מסירת כל המסמכים הנדרשים על ידי המבטח לצורך ביצוע התשלום.
3.3	שכר מנתח/מרדים 3.3.1 שכר מנתח שבהסכם ישולם במלואו ושיחת למנתח ו/או למרדים ההסכם. 3.3.2 שכר מנתח אחר ישולם למבטוח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע על ידי המנתח האחר, עפ"י תעריפי המבטח, אשר נהוגים אצלו למנתחים שבהסכם. ובכל מקרה לא יותר מהסכום ששילם המבטוח בפועל.

4. הרחבות וכיסויים נוספים

4.1	התייעצות לפני ניתוח החברה תכסה במלואן הוצאות התייעצות מוקדמת אחת (לפני ניתוח) עם מנתח ההסכם אשר יבצע בפועל את הניתוח, התייעץ המבטוח עם מנתח שאיננו בהסכם ישפה המבטח את המבטוח בגובה הוצאות התייעצות המקובלות אצלו, בהתקשרות עם חפא הסכם. ככל שהתייעצות אחת לפני ניתוח כלולה בשכר המנתח, ישפה המבטח את המבטוח בגובה עלות שכר המנתח הכוללת את התייעצות בגין הניתוח.
-----	---

<p>החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאות חו"ד רפואיות נוספת אחת לפני ניתוח אצל חפא, עד תקרה של 1,800 ש"ח ובהשתתפות עצמית של 15%.</p> <p>היה החפא חפא הסכם, ישולמו הכספים ישירות לחפא, היה והרפא איננו חפא הסכם ישפה המבוטח את המבוטח עד לתקרה האמורה ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית כאמור בסעיף זה לעיל.</p>	<p>4.2 חו"ד נוספת אחת של חפא מומחה לפני ניתוח</p>
<p>החברה תשלם למבוטח או לבי"ח שבהסכם תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז, והוצאות המלוות לניתוח או יחזיר הוצאות אלו למבוטח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ועל פי תעריפי המבטח במידה ויבחר לעבור את הניתוח בבית חולים אחר עד לסך כולל של 30 ימי אשפוז.</p> <p>"רשימת בתי חולים שבהסכם" - בתי חולים ששמו יצוין מעת לעת ברשימה המצויה בידי המבוטח</p>	<p>4.3 הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ניתוח</p>
<p>החברה תשלם ישירות לבי"ח בגין בדיקה פתולוגית שנעשתה על ידי מומחה לפתולוגיה, הנדרשת במקרה של ניתוח, או יחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות.</p>	<p>4.4 הוצאות בגין בדיקה פתולוגית</p>
<p>בוצע במבוטח בבית חולים פרטי ניתוח, ובמהלך הניתוח הושלם במבוטח שתל כלשהו, כהגדרתו להלן, ישתתף המבוטח בעלות השתל הנ"ל עד לסך 20,000 ש"ח.</p> <p>שתל: כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למטת תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה (כמפורט בפרק י"ג לפוליסה).</p>	<p>4.5 שתל - (למעט תותבת שיניים)</p>
<p>4.6.1 המציא המבוטח לבית חולים פרטי טופס התחייבות מטעם קופת החולים בה חבר המבוטח לכיסוי הוצאות הניתוח המבוצע בבית חולים זה והמבוטח לא נשא בתשלום תגמולי ביטוח בגין פרק זה כלל, המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך השווה ל- 50% מערכו של הטופס על-פי מחירון משדר הבריאות ובכל מקרה לא יותר מהסכום הנחסף למבטח.</p> <p>4.6.2 המציא המבוטח לבית חולים פרטי טופס התחייבות מטעם קופת חולים בה חבר המבוטח לכיסוי הוצאות הניתוח המבוצע בבית חולים והמבוטח נשא בתשלום תגמולי ביטוח עבור אחד או יותר מהשייחיתים המפורטים בפרק זה, יזכה המבוטח את המבוטח וישלם לו סכום שווה ל- 25% מערכו של הטופס על-פי מחירון משדר הבריאות ובכל מקרה לא יותר מהסכום הנחסף למבטח.</p>	<p>4.6 פיצוי בגין טופס התחייבות לבית חולים פרטי מטעם קופת חולים</p>
<p>בחר המבוטח לבצע ניתוח בבי"ח ציבורי והוצאותיו כוסו במלואן על ידי קופת החולים בה הוא חבר, או על ידי גורם אחר שאיננו המבוטח, ישלם המבוטח למבוטח פיצוי בסך של 400 ש"ח לכל יום אשפוז לתקופה מירבית של עד 21 ימי אשפוז לכל ניתוח.</p> <p>למען הסר ספק במקרה של ניתוח חירום שהוצאותיו יכוסו על ידי קופ"ח לא יהיה המבוטח זכאי לפיצוי האמור בס"ק זה.</p>	<p>4.7 ביצוע ניתוח במערכת הציבורית ללא מעורבות המבוטח</p>
<p>בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל המכוסה על פי פוליסה זו, יחזיר המבוטח למבוטח את הוצאותיו במטבע ישראלי בהתאם לשער היציג המפורסם על ידי בנק ישראל שיהיה ידוע ביום התשלום על ידי המבוטח ובהיקף זכאותו של המבוטח על פי פוליסה זו בישראל, אך בכל מקרה לא יותר מהאמור בסעיף 4.3 לעיל החברה לא תכסה הוצאות בגין נסיעות או הוצאות של מלווים הכחכות בנייתו כאמור בסעיף זה.</p>	<p>4.8 ניתוח בחו"ל</p>

<p>החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאות להעסקת אח או אחות פרטיים לצורך שמירה על המבוטח במהלך אשפוז לצורך ניתוח בבית חולים (להלן שמירה פרטית) בסכום של עד 400 ש"ח לכל יום אשפוז לתקופה שלא תעלה על שמונה עשר (18) ימי אשפוז. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות למבטח או לחלופין הצהרה כתובה של האחות או אישור כתוב של ביה"ח המאשר את ביצוע השמירה הפרטית.</p>	<p>4.9 שכר אחות או אח פרטי בעת הניתוח</p>
<p>החברה תחזיר למבוטח הוצאות בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבי"ח או ממנו או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר. החזר זה לא יעלה על פעם וחצי התעריף המקובל באותה עת בשחתי מן דוד אדום.</p>	<p>4.10 שירותי הסעה באמבולנס לביה"ח ובין בתי חולים בישראל</p>
<p>נפטר מבטח כתוצאה ישירה מביצוע ניתוח המכוסה על פי הסכם זה במהלך תקופה שמשכה 7 ימים ממועד ביצוע הניתוח בפועל (יום הניתוח ועד שישה ימים) יפצה המבטח את יורשיו החוקיים של המבוטח בסכום של 100,000 ש"ח. עפ"י המדד שפורסם ביום 15.6.06. תנאי הכרחי לתשלום מקרה הביטוח הנו ביצוע הניתוח במבוטח בפועל.</p> <p>לעניין סעיף זה תוגדר יממה כרצף של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח. בוצעו במבוטח מספר ניתוחים במעמד אחד, יראו בכל ההליכים המכרים להלן ניתוח יחיד, אשר מוות בגינו יחשב מקרה ביטוח אחד.</p>	<p>4.11 תשלום פיצוי חד פעמי למקרה מוות כתוצאה ישירה מניתוח</p>
<p>תשלום במקרה של אובדן מוחלט של כושר עבודה במקרה של סיבוכי ניתוח:</p> <p>4.12.1 החברה תשלם למבוטח גמלה חודשית בסך של 3,000 ש"ח עפ"י המדד שפורסם ביום 15.6.06, במקרה של אובדן מוחלט של כושר עבודה הנגרם כתוצאה מסיבוכים עקב ביצוע ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו ובתנאי שהמבוטח מעל גיל 21, ומתחת לגיל 65 לאישה ו- 67 לגבר.</p> <p>הכיסוי מותנה בכך כי המבוטח היה בעל כושר עבודה מלא ועבד או עסק במקצועו או בעיסוקו באופן מלא בששת החודשים שקדמו לביצוע הניתוח ועד ליום ביצוע הניתוח.</p> <p>4.12.2 המבוטח יחשב באובדן מוחלט של כושר עבודה לצורך קבלת תגמולי ביטוח על-פי סעיף זה אם עקב הניתוח, נשאל ממנו, בשיעור של 75% לפחות, הכושר להמשיך במקצועו או בעיסוק שבו עסק עד אותו ניתוח או בעיסוק סביר אחר המתאים לניסיונו, להשכלתו והכשרתו, וזאת לתקופה העולה על שלושה חודשים מיום ביצוע הניתוח (להלן: "תקופת המתנה").</p> <p>4.12.3 הגימלה החודשית תשלם החל מתום תקופת ההמתנה, לתקופה מירבית של 12 חודש ובכל מקרה יפסק התשלום עם הגיע המבוטח לגיל 65 לאישה ו- 67 לגבר או גיל פרישה אחר לפי החוק אם ישונה במהלך תקופת הביטוח.</p> <p>4.12.4 בכל מקרה לא יעלה סכום הפיצוי החודשי לו זכאי המבוטח, ממכלול מבטחיו או הפוליסות שברשותו, על 75% משכרו החודשי הממוצע ב- 12 החודשים שקדמו לניתוח.</p> <p>4.12.5 אם המבוטח חוזר להיות כשיר לעבודה, חייב הוא ו/או בעל הפוליסה להודיע על כך מיד לחברה ותשלום התגמולים יפסק בהתאם.</p> <p>4.12.6 במקרה של אובדן כושר עבודה חוזר בגין אותו מקרה ביטוח, המבוטח לא יהיה זכאי לתקופת תשלום נוספת.</p>	<p>4.12</p>

4.13 טיפולים מחליפי ניתוח

בקחת מקרה ביטוח, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי טיפול חלופי לניתוח, עד לסך מרבי של 150,000 ש"ח עפ"י המדד שפורסם ביום 15.6.06 למקרה ביטוח, ובתנאים המצטברים הבאים:

4.13.1 ישנה קביעה מאת חפא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי על מצבו הרפואי של המבוטח המחייב את ביצוע הניתוח וכן המלצה על ביצוע טיפול חלופי לניתוח. הרפא המומחה כאמור לא יהיה הרפא המבצע בפועל את הטיפול החלופי. במקרה בו נעשה הטיפול הרפואי החלופי במוסד שעיניק עיסוקו הוא טיפולים מחליפי ניתוח יהיה הרפא הממליץ על הניתוח והטיפול החלופי חפא שאינו מועסק במוסד זה.

4.13.2 המבוטח זכאי לכיסוי בגין הניתוח על פי תנאי הסכם זה.

4.13.3 הטיפול החלופי יבוצע באישור ותיאום מראש ובכתב של המבטח.

4.13.4 הטיפול החלופי יבוצע בישראל בלבד.

4.13.5 השיפוי בגין הטיפול החלופי שיבוצע הנו עד תקרת הסכום שהיה משולם בגין הניתוח אותו מחליף הטיפול לו היה מבוצע אצל ספק שבהסכם עם המבטח.

4.13.6 **היה למבוטח כיסוי לטיפול ושולמה לו גמלה בגין הטיפול החלופי והנו זקוק לניתוח, יקוזד מסך התגמול המגיע לו לניתוח עפ"י נספח זה, הסך ששולם לו בגין הטיפול החלופי. כל זאת בתנאי כי הניתוח בוצע תוך 24 חודשים ממועד ביצוע הטיפול החלופי.**

תקופת אכשרה: תקופת אכשרה בגין הוספת כיסוי מחליפי ניתוח הנה 90 יום מיום 1.7.06 בנוסף על תקופת האכשרה החלה על כל מבוטח בהתאם לסעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

5. ביצוע טיפול רפואי לאחר תום תקופת הביטוח

אחריות החברה לתשלום תגמולי ביטוח בגין ניתוח אשר בוצע לאחר תום תקופת הביטוח מתקיימת אך ורק אם הטיפול הרפואי בוצע תוך 90 יום ממועד סיום תקופת הביטוח.

6. תקופת אכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו והאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפאי קיים.

פרק ט"ז: חיסונים טרם נסיעה לחו"ל

1. הגדרות

1.1 חיסונים תרופות הניתנות על פי הוראה של משרד הבריאות בישראל בדרך של בליעה או הזרקה לנוסעים לארצות חוץ למניעת הדבקות במחלות הקיימות באותן ארצות חוץ.

1.2 ארצות חוץ מדינות המפורסות בחוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות לגבינה קיימת חובה ו/או המלצה לחסן את הנוסעים אליהן.

2. מקרה ביטוח

קבלת חיסונים עקב צאתו של המבוטח מהארץ לארצות חוץ.

3. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

בקרת מקרה הביטוח תשלם החברה למבוטח 75% מהתשלום ששילם בפועל למרפאה מוכרת מותנית בישראל עבור חיסונים לנוסעים לארצות חוץ, אך לא יותר מאשר סך של 200 ש"ח לכל שנת ביטוח.

4. הרחבה מיוחדת

החברה תשלם למבוטח כאמור בסעיף 3 לעיל גם עבור חיסונים נוספים שניתנו לו על פי המלצת מרפאה גיאוגרפית בבית חולים או במרפאות קופ"ח ובלבד שאין בהרחבה זאת כדי להגדיל את הסכום המרבי אשר ישולם על ידי החברה בגין כל מקרה ביטוח.

5. תקופת אכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק י"ז: טיפולי מרפא לחולי פסוריאזיס (ספחת)

1. הגדרות

1.1 פסוריאזיס מחלת עור המתבטאת בנגעים עוריים המחייבים טיפול מקומי ו/או כללי (סיסטמי).

2. מקרה ביטוח

מקרה הביטוח הינו מצבו הבריאותי של המבוטח אשר כתוצאה ממנו הינו זכאי להשתתפות על פי חוק הבריאות בשהייה ושימוש במרחצאות בים המלח, או לטיפול חלופי לאותה מטרה.

3. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

3.1 "סכום הבסיסי" לצורך פרק זה להלן משמעו סכום אשר נדרש או הוצא בפועל לצורך טיפול מרפא לחולי פסוריאזיס כמפורט בסעיף 1 לעיל עד לתקרה הקבועה המקובלת לפי סל שחתי הבריאות שבחוק הבריאות, לאותו טיפול רפואי במועד תחילת הביטוח.

3.2 החברה תשפה את המבוטח מעבר לסכום הבסיסי, בגין ההוצאות הממשיות שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח, אך לא יותר מסכומי הביטוח המיזיביים, כדלהלן: הוצאות טיפולים, ו/או הוצאות בגין שהייה ושימוש במרחצאות עד לסה"כ 80% ממחיר יום שהייה ו/או טיפול אך לא יותר מאשר 250 ש"ח ליום, אך לא יותר מ- 30 יום, לשנת ביטוח.

4. ביצוע טיפול מרפא לאחר תום תקופת הביטוח

אחריות החברה לתשלום תגמולי ביטוח לבני טיפול מרפא אשר בוצע לאחר תום תקופת הביטוח תחול אך ורק אם טיפול המרפא בוצע תוך 90 יום ממועד תום תקופת הביטוח.

5. תקופת האכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

<p>1. הגדרות</p> <p>1.1 התקף לב חריף</p> <p>אוטם חריף הגורם להרס בשריר הלב כתוצאה מסתימה בכלי דם כלילי המגבילה את הספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיותמך על ידי שניים מתוך שלושת הקריטריונים הבאים במצטבר:</p> <p>1.1.1 כאבי חזה אופייניים</p> <p>1.1.2 שינויים חדשים בא.ק.ג. המלווים בהופעת גלי Q.</p> <p>1.1.3 עליה משמעותית בערכי אנזימי הלב.</p>	
<p>2. מקרה ביטוח</p> <p>2.1 מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב שימוש של המבוטח בשחתי מנוי למשדר קרדילוגי (להלן משדר קרדילוגי).</p> <p>2.2 מבוטח יחשב כנמצא במצב בריאותי המחייב שימוש במשדר קרדילוגי אם המבוטח הינו אחד מאלה:</p> <p>2.2.1 המבוטח עבר אוטם בשריר הלב.</p> <p>2.2.2 אובחן אצל המבוטח הצורך בניתוח לב ונקבע לו מועד לביצוע ניתוח או עבר ניתוח לב פתוח.</p> <p>2.2.3 המבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו.</p> <p>2.2.4 מבוטח אשר עבר צנתור טיפול (בלון) או שעבר צינתור אבחוני ואובחנה אצל מחלת לב כללית משמעותית.</p>	
<p>3. סכום ביטוח ותגמולי ביטוח</p> <p>3.1 מבוטח אשר זכאי לקבל משדר קרדילוגי, יהיה זכאי לשפוי כנגד קבלות מקוריות עד לסך של 70% מההוצאות בפועל ולא יותר מ- 60 ש"ח לחודש.</p> <p>3.2 החברה תשפה את המבוטח במלוא הוצאות אמבולנס טיפול נמרץ של חברת ההסדר או של חברה אחרת במקרה והקריאה לשחת אמבולנס היתה מוצדקת.</p>	
<p>4. תקופת האכשרה</p>	
<p>ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.</p>	
<p>תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.</p>	

פרק י"ט: טיפול תרופתי בתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות אך מותרות לשימוש

1. הגדרות	
1.1	מקרה הביטוח
טיפול תרופתי אשר ניתן למבוטח בתוך תקופת הביטוח, כתוצאה ממחלה ובלבד שהצורך בתרופה התחיל אצל המבוטח לאחר מועד תחילת הביטוח ו/או תקופת האכשרה, והתרופה אינה כלולה בסל הבריאות הממלכתי.	
1.2	תרופה
חומר כימי מרפא אשר הוכחה יעילותו ואושרה פעילותו על ידי הרשויות המוסמכות בישראל.	
רשימת התרופות המאושרות, הינה רשימת התרופות כפי שמופיעה בפרסום רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל, ואשר תעודכן מעת לעת על ידי המבטח, או לחילופין מאושרת על ידי ה-F.D.A, או על ידי הרשות המוסמכת לרישוי תרופות, באיחוד האירופי.	
1.3	רופא מומחה
רופא אשר הוכר כמומחה על ידי רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.	
1.4	טיפול
נטילת תרופה בישראל בצורה חד פעמית או מתמשכת שלא במהלך ניתוח ו/או אשפוז בבית חולים.	
1.5	תקופת התגמול
תקופה מרבית לתשלום בגין התרופה.	
1.6	חוק ביטוח בריאות ממלכתי
חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 או כל חוק אשר יחליף אותו.	
1.7	סל הבריאות הממלכתי
מכלול השייחתיים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה במסגרת ומכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה.	
1.8	בית מרקחת
מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השיחות").	
1.9	מרשם
מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש.	
למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם יועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.	
1.10	סכום שיפוי מרבי
גובה תגמולי הביטוח המרביים שישלם המבטח בגין תרופה.	
1.11	מחיר מרבי מאושר
הסכום המאושר על ידי הרשויות המוסמכות במדינה לגביה בגין תרופה והמשתנה מעת לעת.	
1.12	תקופת המתנה
תקופה של 30 ימים. המתחילה ביום קרות מקרה הביטוח, שבה לא ישלם המבטח תגמול חודשי בגין מקרה הביטוח כקבוע בתנאי הפוליסה.	
2. הכיסוי	
בקרת מקרה הביטוח ולאחר תקופת המתנה ישלם המבטח למבוטח או ישירות לנותן השחת את עלות התרופה, עד תקרת סכום הביטוח והתנאים כמפורט להלן.	
2.1	
המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם.	
למען הסר ספק, מובהר כי המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח אם לא אישר מראש את רכישת התרופה, אך המבטח מתחייב לאשר רכישת התרופה על פי תנאי הפוליסה.	

<p>2.2 החברה תשפה את המבוטח כנגד העברת קבלות מקוריות, ו/או ישלם ישירות לנותני השירות עבור התרופה.</p>	<p>2.2</p>
<p>2.3 חבות המבטח עפ"י נספח זה תהיה אך ורק להוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום ההשתתפות העצמית בסך 200 ש"ח לחודש או בגובה של 10% מעלות המרשם, הגבוה מביניהם, ולא יותר מסכום השיפוי המרבי לאותה תרופה.</p>	<p>2.3</p>
<p>2.4 סכום השיפוי המרבי שישלם המבטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות יהיה עד 500,000 ש"ח בגין מקרה ביטוח שיקרה עד ליום 30.6.06.</p> <p>החל מיום 1.7.06 יוגדל סכום השיפוי המרבי ויועמד ע"ס 1,000,000 ש"ח לכל תקופות הביטוח. ההגדלה ע"ס 500,000 ש"ח תחול אך ורק בגין תרופות למחלות שארתו לראשונה ביום 1.7.07 ואילך.</p> <p>מובהר בזאת כי על הגדלת סכום השיפוי המירבי מ- 500,000 ש"ח ל- 1,000,000 ש"ח חלה תקופת אכשרה בת 12 חודש החל מיום 1.7.06.</p>	<p>2.4</p>
<p>3. הוצאות מוכרות</p>	
<p>3.1 למען הסר ספק, מובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי על פי פרק זה לתרופה הנדרשת במהלך ניתוח ו/או במהלך אשפוז בבית חולים או במוסד סיעודי. על אף האמור לעיל, מבוטח אשר מאושפז במוסד סיעודי וניזקק לתרופה לצרכים אשר אינם קשורים ישירות לאשפוז במוסד הסיעודי, יהיה זכאי לקבלת התרופה על פי תנאי הפוליסה.</p>	<p>3.1</p>
<p>3.2 למען הסר ספק, מודגש בזה כי כל ההוצאות הנ"ל יוכרו אך ורק כנגד הצגת קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד. צילומים או העתקים גם אם אושרו כתואמים למקור, לא יוכרו לצורך תשלום תגמולי הביטוח, למעט אם אושרו על ידי ועדת החריגים.</p>	<p>3.2</p>
<p>3.3 מוצהר ומוסכם כי ההתחשבות תהיה בגין הוצאות שהוצאו בפועל, בלבד.</p>	<p>3.3</p>
<p>3.4 לא ינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.</p>	<p>3.4</p>
<p>3.5 למען הסר ספק, מובהר ומודגש בזאת כי השיפוי יהיה אך ורק בגין עלות התרופה, להבדיל מהשירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה.</p>	<p>3.5</p>
<p>3.6 למען הסר ספק, מובהר כי טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים אינם מהווים מקרה ביטוח על פי פרק זה.</p>	<p>3.6</p>
<p>4. הגבלות לאחריות המבטח</p>	
<p>4.1 סעיף ההחרגות והסייגים הכלליים והתנאים הכלליים בפוליסה שאליה צורף פרק זה, חל גם על ביטוח נוסף זה.</p>	<p>4.1</p>
<p>4.2 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום השיפוי המרבי, על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב. במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום השיפוי המרבי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה במחירי דולר ארה"ב.</p>	<p>4.2</p>

<p>בנוסף לאמור לעיל לא יהיה המבוטח אחראי לכל תשלום לפי נספח זה:</p> <p>4.3.1. במקרה שמקרה הביטוח נובע ו/או קשור לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות ו/או אין אונות.</p> <p>4.3.2. עבור תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה, או במהלך אשפוז בבית החולים.</p> <p>4.3.3. תרופה ניסיונית אשר לא אושרה על ידי הרשות המאשרת.</p> <p>4.3.4. תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.</p> <p>4.3.5. תרופות לטיפול במחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים.</p> <p>4.3.6. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.</p> <p>4.3.7. במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים, טיפולים שאינם מוכרים על ידי מדע הרפואה ו/או טיפולים רפואיים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות שאינן ידועות במועד קרות מקרה הביטוח.</p>	<p>4.3</p>
<p>5. הגבלת אחריות המבוטח לגבולות מדינת ישראל</p>	
<p>החברה לא תשלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל. חזר המבוטח לגבולות מדינת ישראל, יוכיח את זכאותו לתגמולים, והמבוטח ישלם לו כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפוליסה זאת.</p>	
<p>6. התביעה</p>	
<p>המבוטח חייב למסור למבטח הודעה בכתב וחתומה על ידי חפא מומחה על המחלה שגרמה לדעתו לזכאות לקבלת התרופה סמוך ככל האפשר לקרות המקרה.</p>	<p>6.1</p>
<p>המבוטח חייב להמציא למבטח את כל המסמכים הסבירים האחרים שהמבוטח ידרוש לברור חבותו על פי נספח זה.</p> <p>כן יהיה המבוטח חייב להרשות למבטח לנהל כל חקירה סבירה ובייחוד לבדוק את המבוטח על ידי חפאים מטעמו. חובות אלו מוטלות על המבוטח הן לפני אישור התביעה והן במשך כל תקופת תשלום תגמולי הביטוח לתרופה.</p> <p>זכות המבוטח לנהל חקירות ובדיקות, לא תפגע מחמת מותו, חס וחלילה, של המבוטח.</p>	<p>6.2</p>
<p>במקרה של הפסקת הזכאות לתגמולי התרופה, על המבוטח להודיע על כך מיידית למבטח במכתב רשום. תשלומים שקיבל מבוטח שלא כדיון, יחזרו למבטח.</p>	<p>6.3</p>
<p>המבוטח יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו לשלם הוצאות מוכרות ישירות לגורמים להם יש לשלם את ההוצאות האמורות או למבוטח עצמו.</p>	<p>6.4</p>
<p>במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד הצגת חשבוניות מקוריות שיומצאו למבטח ובמקרה של תשלום למבוטח עצמו יבוצע התשלום כנגד הצגת חשבוניות וקבלות מקוריות. אם יידרש, ימציא המבוטח למבטח גם אישור להוצאות מטבע חוץ.</p>	<p>6.5</p>
<p>הוצאות מוכרות במטבע חוץ יומרו לש"ח לפי שער המכירה של מטבע החוץ הרלוונטי ביום התשלום (העברת והמחאות) שיהיה נהוג בבנק לאומי בתוספת כל היטל חוקי שיחול אם יחול על תשלום כזה.</p>	<p>6.6</p>

7. זכאות חוזרת

אם תוך שישה חודשים מתאריך הפסקת הזכאות לתגמולי התרופה תחודש הזכאות על פי סעיף 2 לעיל יחודשו התגמולים בגין התרופה ללא תקופת המתנה נוספת.

8. ביטוחים אחרים

במקרה שלמבוטח זכות לשיפוי עבור הוצאות מוכרות כמוגדר בנספח זה גם על פי ביטוחים בחברת ביטוח או גופים אחרים יתחלק המבוטח עם המבוטחים האחרים לפי היחס שבין סכומי הביטוח בנספח זה וביטוחם האחרים.

9. תקופת אכשרה להגדלת סכום הביטוח

בגין הגדלת סכום הביטוח ע"ס 500,000 ש"ח תחל תקופת אכשרה בת 12 חודש החל מיום 1.7.06 בנוסף על תקופת האכשרה החלה על כל מבוטח בהתאם לסעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

10. תקופת אכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק כ': הבראה לאחר לידה

1. מקרה הביטוח

שהותה של יולדת מבוטחת בבית החלמה מוכר לאחר לידה, החל מלידת הילד הרביעי ואילך כולל ובתנאי שהתבצע תוך 10 ימים ממועד הלידה.

2. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

החברה תשפה את המבוטחת בגין ההוצאות אשר הוציאה המבוטחת בפועל בגין שהותה בבית החלמה מוכר עד לסך של 180 ש"ח לכל יום הבראה ועד למקסימום של שלושה ימים.

3. הבראה לאחר לידה לאחר תום תקופת הביטוח

אחריות החברה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח לגבי הבראה לאחר תום תקופת הביטוח מתקיימת אך ורק אם הלידה מתבצעת תוך 30 יום ממועד סיום תקופת הביטוח.

4. תקופת אכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק כ"א: הבראה לאחר אשפוז

1. הגדרות

1.1 **אשפוז** – שהייה רצופה בבית חולים לאחר שבוצע במבוטח ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר.

2. מקרה הביטוח

מצבו הבריאותי של המבוטח אשר חייב אשפוז לתקופה העולה על 8 ימי אשפוז מלאים ורצופים. במקרה של **ניתוחי לב** או ניתוח מח או **ניתוחי גב** או השתלת לב, ריאה, כליה או כבד יהיה זכאי המבוטח להוצאות שהיה בבית החלמה מוכר כאמור בפרק זה גם אם תקופת האשפוז אינה עולה על 8 ימים.

3. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין הוצאות שהייה בבית החלמה מוכר בסך של עד 500 ש"ח לכל יום הבראה החל מהיום השלישי ועד לסך של 30 יום בשנה למבוטח לכל מקרי הביטוח.

4. הבראה לאחר אשפוז לאחר תום תקופת הביטוח

אחריות החברה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח לגבי הבראה לאחר תום תקופת הביטוח מתקיימת אך ורק אם האשפוז מתבצע תוך 30 יום ממועד סיום תקופת הביטוח.

5. תקופת אכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק כ"ב: כיסוי לבדיקת מי שפיר

1. מקרה הביטוח

ביצוע בדיקת מי שפיר אצל מבוטחת הנמצאת בהריון ומלאו לה שנים 31 אך טרם מלאו לה 38 שנים או במידה וקיימת המלצה מאת חפא מומחה לביצוע הבדיקה משיקולים רפואיים.

2. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

החברה תשפה את המבוטחת בגין הוצאות אשר הוציאה המבוטחת בפועל בגין בדיקת מי שפיר עד לסך של 2,000 ש"ח ובכפוף להשתתפות עצמית השווה ל-20% מהוצאות הבדיקה בפועל.

3. בדיקת מי שפיר לאחר תום תקופת הביטוח

אחריות החברה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח לגבי בדיקת מי שפיר לאחר תום תקופת הביטוח מתקיימת אך ורק אם הבדיקה בוצעה תוך 30 יום ממועד סיום תקופת הביטוח.

4. תקופת אכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

פרק כ"ג: טיפולים פסיכולוגיים

1. הגדרות

1.1 פסיכולוג מוסמך פסיכולוג אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ואושר על ידי החברה.

2. מקרה הביטוח

מצב רפואי של המבוטח המחייב שיחה טיפולית אצל פסיכולוג מוסמך.

3. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

החברה תשפה את המבוטח בגין טיפול פסיכולוגי בסכום השווה ל- 50% מההוצאות בפועל, אך לא יותר מאשר 90 ש"ח לשיחה טיפולית ועד לסה"כ 20 שיחות טיפוליות בשנה.

4. שיחה טיפולית לאחר תום תקופת הביטוח

אחריות החברה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח לגבי שיחה טיפולית לאחר תום תקופת הביטוח מתקיימת אך ורק אם השיחה בוצעה תוך 30 יום ממועד סיום תקופת הביטוח.

5. תקופת אכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

פרק כ"ד: פעילות גופנית מבוקרת לבעלי גורמי סיכון

1. מקרה הביטוח

1.1 מצב רפואי כהגדרתו להלן המחייב פעילות גופנית מבוקרת:

1.1.1 יתר לחץ דם מטופל תחפנית.

1.1.2 סכרת מטופלת על ידי אינסולין.

1.1.3 עוזף משקל המלווה בערכי טריגליצרידים וכולסטרול מוגברים.

2. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין הוצאות הפעילות הגופנית במכון מתאים ומורשה בסכום של עד 70% מההוצאות הממשיות אשר הוציא בפועל ולא יותר מ- 200 ש"ח לחודש בתקופה של עד 6 חודשים לתקופת ביטוח ובהפניית חפא.

3. ביצוע פעילות גופנית לאחר תום תקופת הביטוח

אחריות החברה לתשלום ביטוח בגין מקרה ביטוח לגבי פעילות גופנית אשר בוצעה לאחר תום תקופת הביטוח תחול אך ורק אם הפעילות הגופנית בוצעה תוך 90 יום ממועד סיום תקופת הביטוח.

5. תקופת אכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק כ"ה: שירותי אמבולנס טיפול נמרץ

1. מקרה הביטוח

חברה המפעילה שרותי אמבולנס טיפול נמרץ ואשר נמצאת בהסדר עם החברה.

1.1 חברת הסדר

2. מקרה הביטוח

מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב שימוש בשחתי אמבולנס טפול נמרץ לצורך העברה לבית חולים.

3. סכום ביטוח ותגמולי ביטוח

החברה תשפה את המבוטח במלוא הוצאות אמבולנס טיפול נמרץ של חברת ההסדר או עד סכום ביטוח מירבי של 250 ש"ח חברה אחרת במקרה והקריאה לשחת אמבולנס היתה מוצדקת.

4. תקופת אכשרה

ראה סעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

פרק כ"ו: השתתפות בביצוע בדיקות אבחנה מסוג C.T. ו- M.R.I.

1. מקרה הביטוח

בדיקת C.T. ו/או M.R.I. שהמבוטח נדרש לבצע במהלך תקופת הביטוח בעקבות בעיה בריאותית או מחלה ובלבד שהצורך בבדיקה נוצר אצל המבוטח וראשונה לאחר תום תקופת האכשרה.

2. חבות החברה

בכפוף להוראות הפוליסה וסייגיה, יכסו בדיקת C.T. ו/או M.R.I. בתנאים כדלקמן:
בדיקת C.T. עד לתקרה של 3,000 ש"ח לשנת ביטוח ובדיקת M.R.I. עד לתקרה של 5,000 ש"ח לשנת ביטוח.
שתי הבדיקות כפופות להשתתפות עצמית של 25% לכל בדיקה.
סכומי הביטוח בפרק זה הינם עפ"י המודד שפורסם ביום 15.6.06.

הכיסוי יינתן בישראל בלבד.

3. תקופת אכשרה

בגין הוספת הכיסוי הנה 3 חודשים החל מיום 1.7.06 בנוסף על תקופת האכשרה החלה על כל מבוטח בהתאם לסעיף 2.16 לתנאים הכלליים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

נספח א': פרמיה חודשית (ש"ח)

החל מיום 1.7.06 הפרמיה החודשית בגין הפוליסה על מכלול נספחיה ופרקיה תהיה כדלקמן:

- עובד עד גיל 67 - 128 ש"ח
- עובד מעל גיל 67 - 185 ש"ח
- בן זוג עד גיל 67 - 128 ש"ח
- בן זוג מעל גיל 67 - 185 ש"ח
- ילד עד גיל 26 - 35 ש"ח החל מהילד השלישי לא תגבה פרמיה.
- ילד מגיל 26 עד גיל 67 - 128 ש"ח
- גמלאי או בן זוג של גמלאי עד גיל 67 - 128 ש"ח
- גמלאי או בן זוג של גמלאי מעל גיל 67 - 185 ש"ח

הפרמיה צמודה למודד מידי חודש החל ממדד הבסיס שפורסם ביום 15.6.2006.

נספח ב': כתב שירות ייעוץ תרופתי טלפוני

המבוטח יהיה זכאי לשירות המפורט להלן בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן.

1. הגדרות	
1.1 החברה	הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
1.2 הפוליסה	פוליסה תקפה לביטוח רפואי של החברה אליה מצורף כתב שירות זה אשר הופקה על ידי החברה ואשר מקנה את הזכות למנוי לקבלת שירות זה.
1.3 מבוטח	המבוטחים בפוליסה אשר שמם נקוב בדף התישמה.
1.4 המנוי	מבוטח הזכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
1.5 נותן השירות	נותן שירות שהתקשר עם החברה למתן השירותים עפ"י כתב שירות זה כפי שיקבע על ידי החברה מעת לעת.
1.6 מידע רפואי	כל מידע רפואי אודות המנוי שיהיה מצוי בידי נותן שירות ו/או הרפא מטעמו.
1.7 רפא	אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסכמים בישראל כמומחה בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג - 1973.
1.8 מוקד השירות	מוקד טלפוני של החברה אשר פרטיו יפורסמו מעת לעת על ידי החברה ובאמצעות יופנה המבוטח למוקד נותן השירות.
1.9 רופא הסכם	רפא אשר התקשר עם נותן השירות בהסכם למתן יעוץ למנויים.

2. השיחות

2.1 המנוי יהיה זכאי לקבל יעוץ תרופתי באמצעות טלפון על ידי חפא הסכם מטעם נותן השיחות, בנושאים המפורטים להלן:

2.1.1 מינונים.

2.1.2 תופעות לוואי של תרופות.

2.1.3 תגובות בין תרופתיות.

2.1.4 תגובות בין תרופות למחלות.

2.1.5 תרופות בהריון.

2.1.6 תרופות בהנקה.

2.1.7 הרעלות - מהן ההשלכות של לקיחת מינון יתר מתחפה מסויימת וכיצד יש להתנהג כדי למנוע מק.

2.2 המנוי זכאי לייעוץ הטלפוני האמור בסעיף זה לעיל, ללא הגבלה במספר הפניות וללא תמורה מטעם המנוי לנותן השיחות ו/או לחפא הסכם מטעמו.

2.3 הזכות לקבלת השיחות על פי כתב שיחות זה הינה אישית, ואין המנוי תשאי להעבירה לאחר.

3. נוהל קבלת שיחות

3.1 ביקש מבוסס לקבל את השיחות, יפנה טלפונית למוקד השיחות בטלפון 1-700-504-418 יזדהה בשמו ויפרט את מספר תעודת הזהות שלו, כתובתו ומס' פוליסת הביטוח על פיה הוא מבוסס.

מוקד השיחות פועל לקבלת קריאות של מנויים במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום.

3.2 מיד לאחר שביצע החברה במוקד החברה יוודא כי הפונה הוא אכן מנוי הזכאי לקבלת השיחות יעביר נציג החברה את השיחה לחפא ההסכם צורך מתן השיחות. השיחות יינתן על ידי חפא ההסכם עם פניית המנוי אליו. אולם, במידת הצורך, ייצור חפא ההסכם קשר טלפוני עם המנוי למספר הטלפון שנמסר על ידי המנוי תוך שעתיים (2 שעות) לכל היותר, ממועד פניית המנוי אליו לצורך מתן הייעוץ.

3.3 על המנוי יהיה למסור לנותן השיחות, לצורך קבלת השיחות, את כל מידע בקשר למצבו הבריאותי, והוא מתחייב לעשות כן.

3.4 נותן השיחות תשאי להפעיל במוקד הרפואי מערכת הקלטת שיחות טלפון נכנסות וכי כל שיחה טלפונית שתופנה ממנו למוקד הרפואי או מטעמו שתוקלט לפי שיקול דעת נותן השיחות.

3.5 השיחות יינתן בישראל בלבד.

3.6 השיחות על פי כתב שיחות זה אינו כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.

3.7 השיחות לא יינתן במקרה בו לפי שיקול דעתו המקצועי של חפא ההסכם לא ניתן ליתן יעוץ טלפוני. במקרה זה, יפנה חפא ההסכם את המנוי לחפא מומחה בתחום הרלוונטי.

מחויבותו של החברה ו/או נותן השרות ו/או חפא ההסכם כלפי המנוי בכל פנייה לפי ס'ק זה תסתיים עם העברת פרטיו של החפא המומחה למנוי (שם, טלפון וכתובת המרפאה).

4.1 החברה לא תהיה אחראית בכל אופן בגין כל מק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השיחות נשוא כתב שיחות זה.

מבלי לגרוע מהאמור לעיל, החברה לא תהיה אחראית בכל אופן שהוא לבני כל אחד מהעניינים הבאים:

4.1.1 איכות השיחות נשוא כתב שיחות זה.

4.1.2 תשלומים רפואיים או אחרת ו/או כל מק או הפסד שייגרם למבוטח ו/או למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השיחות נשוא כתב שיחות זה.

4.1.3 הוצאות שהוציא המנוי עובר ובקשר עם שיחות.

4.1.4 תוכן השיחות הטלפוני ושיחות הפגישות האישיות וההשלכות העלולות לבצוע מהם.

מחויבותה של החברה בהעברת מידע רפואי על המבוטח לנותן השיחות.

4.2 יובהר כי בהעברת מידע רפואי על המבוטח לנותן השיחות בכדי להוות קבלת המידע הרפואי בידי החברה ו/או להוות ידיעה של החברה או הודעה לפי חוק חוזה הביטוח תשמ"א 1981 על שינוי מהותי.

מבלי לגרוע מהאמור לעיל, אין בהעברת מידע רפואי כאמור בכדי לגרוע מזכויות החברה עפ"י הפוליסה ועפ"י הדין ובין היתר לבטל את הפוליסה עקב הפרת חובת הגילוי של המבוטח.

5. תקופת תוקפו של כתב השיחות

5.1 כתב שיחות זה יהיה בתוקף במשך שנה ויתחדש מאליו בתום שנת לשנה נוספת, אלא אם הודיעה החברה למנוי על ביטולו.

התקיימו הנסיבות בהן מתבטלת או מסתיימת הפוליסה, על שם המנוי, אליה מצורף כתב שיחות זה, יסתיים באותו מועד גם תוקפו של כתב שיחות זה ללא כל צורך בהודעה נוספת.

5.2 על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, כתב שיחות זה יהיה בתוקף אלא אם הודיעה החברה על הפסקת השיחות עפ"י כתב שיחות זה עבור כל מבוטחיה, בהודעה מוקדמת של 60 ימים.

5.3 כתב שיחות זה לא יהיה בתוקף אם יפוג תוקפה של פוליסת הביטוח ו/או אם המנוי לא שילם את הפרמיה הנוספת בגין הזכות לקבלת השיחות עפ"י כתב שיחות זה.

5.4 במקרה שפעילות נותן השיחות או חלק משמעותי ממנה תפגע על ידי מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, איתני טבע, רעידות אדמה, כח עליון, או כל גורם אחר, שאינו בשליטת נותן השיחות, יהיו תנאי כתב שיחות זה, או כל חלק מהם שנותן השיחות לא יהיה מסוגל לבצע, מושהים למשך תקופתה של ההפרעה כאמור. אם חלק שאינו משמעותי ממתקני נותן השיחות יפגע יושהו רק אותם השיחותים, שנפגעו למשך תקופת ההפרעה.

6. החוק הנהוג

בכל מחלוקת בין הצדדים, בקשר עם כתב שיחות זה, יחול הדין הישראלי.

7. סמכות השיפוט

בכל תביעה בין הצדדים בקשר עם כתב שיחות זה, יהא מוסמך לדון בית המשפט המוסמך עניינית לדון במחלוקת במחוז תל-אביב יפו.

נספח ג': רשימת האביזרים - שיעורי ההשתתפות

מספר מכשיר	שם המכשיר או האביזר	שיעור השתתפות החברה	סכום מירבי לט"ח מקרי הביטוח לכל תקופה של שנת ביטוח	הערות
1.	אטמים לאזניים - בהתאמה אישית	83%	450 ש"ח	לאחר השתלת כפתורים בעור התוף.
2.	גרביים אלסטיות	83%	540 ש"ח	
3.	חגורה אורטופדית	83%	3,600 ש"ח	
4.	חגורה מתקנת (עד גיל 18) כגון: מילוקי, בוסטון או מתקנת אחרת	83%	3,600 ש"ח	כפוף לאישור חפא מטעם המבטח.
5.	מכשיר אלקטרוני לישור הגב (עד גיל 18)	83%	3,600 ש"ח	
6.	חגורת בקע	83%	1,575 ש"ח	לאחר ניתוח בקע ובאישור חפא מטעם המבטח.
7.	מדרסים	83%	1,125 ש"ח	
8.	מכשיר אינהלציה אישי	83%	675 ש"ח	
9.	עזרי הליכה: מקל הליכה, טריפוד, קוודריפוד, קביים מכל הסוגים	83%	675 ש"ח	ההשתתפות רק לאוכלוסיה שאינה זכאית להשתתפות 100% של משרד הבריאות.
10.	מגביר קול לנפגעי לרינגס	83%	4,275 ש"ח	
11.	מכשיר שיקומי או טיפולי לגפיים ולאצבעות	83%	2,700 ש"ח	כפוף לאישור חפא מטעם המבטח.
12.	מכשיר לבדיקת לחץ דם	83%	900 ש"ח	כפוף לאישור חפא מטעם המבטח.
13.	מכשיר למדידת סוכר	83%	900 ש"ח	לחולי סכרת באישור חפא מטעם המבטח.
14.	מכשיר שמיעה לבוגר	83%	4,050 ש"ח	כפוף לאישור חפא מטעם המבטח במקרה של ליקוי ב- 2 האזניים יקבל מכשיר לכל אוזן.

15.	עדשות מגע ניידות למבוגר בתנאי שמדובר במחלה כרונית	83%	2,250 ש"ח	כפוף לאישור חפא מטעם המבטח במחלות הבאות: 1. קרטוקונוס. 2. השתלת קרנית. 3. ריפוי קרנית 4. קוצר ראייה מעל מספר 7. 5. הדבקת רשתית
16.	משקפיים	83%	2,250 ש"ח	כפוף לאישור חפא מטעם המבטח במחלות הבאות: 1. חחק ראייה גבוה אצל ילדים עד גיל 10. 2. אסטגימטיזם גבוה מעל מספר
17.	משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים לבוגר	83%	3,600 ש"ח	6. כפוף לאישור חפא, מטעם המבטח על פי הגדרה רפואית מקובלת לבוגר שמלאו לו 18 שנה.
18.	נעליים אורתופדיות	83%	1,125 ש"ח	לחולים במחלה ראומטית עם עיוות ניכר של כף רגל, או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות. לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל, או שיתוק שרירים.
19.	פיאה לחולה אונקולוגי	83%	1,350 ש"ח	
20.	פרוטזה חיצונית לשד	83%	675 ש"ח	
21.	רצועות או אביזר לאבדוקציה לתינוקות	83%	450 ש"ח	
22.	תומכים ומגינים לצוואר ולכתף	83%	1,125 ש"ח	
23.	חבישת לחץ	83%	4,500 ש"ח	לפי הצורך גם יותר מפעם בשנה.
24.	מסיכה למניעת דום נשימה בשינה מסוג PAP - C	83%	6,750 ש"ח	כפוף לאישור מטעם המבטח במקרה של אבחון דום נשימה.
25.	מכשירי הנשמה מסוג PAP - B או PAP - C	80%	2,250 ש"ח	לחולים כרוניים לטיפול נשימתי בביתם.
26.	חמצן	90%		לחולים כרוניים בטיפול נשימתי בביתם.

מוקד הפניקס לעובדי בנק דיסקונט בנושא ביטוח בריאות, לשירותך 24 שעות: 1-700-504-418



מוקד טלפוני *5969



מהדורת דצמבר 2006

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454

פקס: 03-5735222 info@phoenix.co.il www.phoenix.co.il

קשרי לקוחות: *3455
03-7332222