

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי



לעובדי אל-על ובני משפחתם

מבוטחי אל על היקרים,

למעלה מעשור הנכם מבוטחים בחברתנו הפניקס חברה לביטוח בע"מ.

בעקבות ההתפתחויות האחרונות בשוק ביטוחי הבריאות בישראל ושיפור הטכנולוגיות בתחום הרפואה והתחפות.

אנו שמחים לעדכן אתכם כי שיפרנו והרחבנו את תוכנית ביטוח הבריאות שלכם.

בחברת המצורפת בזאת נמצאת פוליסת הביטוח העדכנית שתשרת את עובדי אל על ובני משפחתם בתקופה הקרובה.

פוליסה המשופרת יחד עם השיחת האיכותי והמקצועי הניתן על ידי צוות עובדי החברה וסוכנות הביטוח מקנים בטחון איכותי שמבטיח פתרון לכל בעיה רפואית אם תזדקקו לה חס וחלילה.

**בברכת בריאות שלמה,
תחום ביטוח הבריאות
הפניקס חברה לביטוח בע"מ**

עמוד

5	גילוי נאות - פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה
19	פוליסה לביטוח רפואי וסיעודי קבוצתי
21	פרק א': ניתוחים
25	פרק א'ו: טיפולים מחליפי ניתוח
27	פרק ב': השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
30	פרק ג': ביטוח סיעודי
33	פרק ד': מאבק בסרטן
34	פרק ה': כיסוי בגין תחפות שאינן כלולות בסל הבריאות
38	פרק ו': תנאים כלליים לביטוח
43	נספח א': נספח סל הטבות
55	נספח ב': כתב שיחות למתן שירות VIDEO NURSING

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

נושא	סעיף	תנאים
כללי	שם הפוליסה	פוליסה לביטוח רפואי וסיעודי קבוצתי לעובדי אל-על נתיבי אויר לישראל בע"מ ובני משפחתם.
	שם בעל הפוליסה	אל-על נתיבי אויר לישראל בע"מ.
	מבוטחים	<p>כל עובדי אל-על וכתית הקבועים אשר היו מבוטחים במסגרת הביטוח הקודם, (להלן: "מבוטחים קיימים"). ועובדי אל על וכתית נוספים, על פי רשימה מצורפת שיצטרפו לאל-על במשך תקופת הביטוח, (להלן: "מבוטחים חדשים").</p> <p>בני/בנות זוג של עובדי אל-על וכתית וילדיהם עד גיל 25, אשר היו מבוטחים במסגרת הביטוח הקודם, (להלן: "מבוטחים קיימים"). בני/בנות זוג של עובדי אל-על וכתית וילדיהם עד גיל 25, וקרביהם, שיצטרפו לפוליסה על פי הודעת העובד למבטח מעת לעת, ע"י מילוי טופס הצעה לביטוח הכולל הצהרת בריאות, במשך תקופת הביטוח (להלן: "מבוטחים חדשים").</p> <p>עובדים זמניים של אל-על וכתית ובני זוג של עובדים זמניים וילדיהם עד גיל 25, אשר היו מבוטחים בביטוח הקודם (להלן: "מבוטחים קיימים"). עובדים זמניים של אל-על וכתית ובני זוג של עובדים זמניים וילדיהם עד גיל 25, שיצטרפו לפוליסה מעת לעת, ע"י מילוי טופס הצעה לביטוח הכולל הצהרת בריאות, (להלן: "מבוטחים חדשים").</p> <p>אחים ואחיות של עובדי אל על, בני/ות זוג של אחים ואחיות כאמור וילדיהם עד גיל 25, בלבד שבעת הצטרפותם גילם אינו עולה על גיל 50 שנה, ובכפוף למילוי טופס הצעה לביטוח הכולל הצהרת בריאות (להלן ביחד: "מבוטחים חיצוניים").</p>
	הכיסויים בפוליסה	<p>חבילת הבסיס</p> <p>ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, ביטוח סיעודי, מאבק בסרטן, כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</p> <p>אופציה להרחבה סל הטבות (כתבי שיחות):</p> <p>חפא עד הבית, יעוץ רפואי טלפוני, חירום שיניים, טיפולים פסיכולוגיים, רפואה משלימה, התייעצות עם חפא מומחה, שירותים נוספים, מתן חוות דעת שניה, VIDEO NURSING.</p>
משך תקופת הביטוח	3 שנים מיום 01.08.2008 עד ליום 31.7.2011.	

תנאים	סעיף	נושא
<p>מי שחדל להיות עובד במשך תקופת הביטוח (שלא עקב פרישה לגמלאות לפי החוק) ובני משפחתו כמוגדר בסעיף 4.5 לפוליסה, יהיו זכאים להמשיך ולהיות מבטוחים בפוליסה אם בחר לעשות כן, עד לתום תקופת הביטוח ובתנאי שגילו של העובד מתחת לגיל פרישת חובה הקבוע בחוק ובלבד שהם משלמים את דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה במלואם באמצעות הוראת קבע מחשבונו האישי בבנק.</p> <p>מובהר מזה כי דמי הביטוח בגין עובד לשעבר כאמור ובני משפחתו ישולמו באופן ישיר על ידם ועל אחריותם בלבד ואל על לא תהא אחראית כלל בכל הנוגע לגביית הפרמיה בגינם".</p> <p>עובד אל על אשר פרש לגמלאות, לרבות בני משפחתו, יהיה זכאי לביטוח במסגרת פוליסה קבוצתית לגמלאים, אם וככל שקיים, אך ורק באמצעות עמותת גמלאי אל על בכפוף להוראות הפוליסה הקבוצתית שנחתמה ע"י העמותה (להלן: "ביטוח הגמלאים"). לרבות תנאי ההצטרפות לביטוח הגמלאים.</p> <p>הופסקה הפוליסה או לא חודשה לכלל המבטוחים יוכל כל מבטוח, להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות או הסיעוד הפרטיות הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבטוחים אצל המבטח ובהנחה בשיעור של 15% מתעריפי הפוליסה הפרטית ל- 5 השנים הראשונות.</p> <p>כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לענין חריג מצב רפואי קודם, ייחשב תאריך הצטרפות המבטוח להסכם זה או לתקופת ההסכם הקודמת, המוקדם מביניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים ככל הניתן בלבד. עם זאת יודגש כי כיסוי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.</p> <p>המבטוח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 60 יום מיום פרישתו מהסכם זה.</p> <p>במידה וכיסוי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבהסכם זה (ההסכם החדש), לא יחויב המבטוח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבטוח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבטוח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.</p> <p>היה והמבטוח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.</p> <p>להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החדשיים.</p>	<p>המשכיות</p>	
<p>אין.</p>	<p>תנאים לחידוש אוטומטי</p>	

תנאים	סעיף	נושא
<p>פרק א' - טיפולים מחליפי ניתוח - 90 יום</p> <p>פרק ה' - כיסוי בגין תחפות שאינן כלולות בסל הבריאות - 90 יום, למעט למבוטחים שהצטרפו לביטוח לפני 1.8.2003.</p> <p>לחיסון צואר הרחם - 24 חודשים</p>	<p>תקופת אכשרה</p>	
<p>אין למעט בפרק ג' - בכיסוי הסיעודי - 30 יום.</p>	<p>תקופת המתנה</p>	
<p>פרק א' - ניתוחים</p> <p>חוו"ד נוספת של הפא מומחה לפני ניתוח - השתתפות עצמית 25% הסרת שומות - השתתפות עצמית 525.5 ש"ח צינתור וירטואלי - השתתפות עצמית 683 ש"ח אנדוסקופיה - השתתפות עצמית 473 ש"ח</p> <p>פרק ה' - כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</p> <p>התשלום יעשה רק לאחר שהוצאות ששילם המבוטח בפועל עלו על 1,620 ש"ח. בנוסף תחול על המבוטח השתתפות עצמית בגובה של 378 ש"ח לחודש או 5% מעלות המרשם הגבוה מבניהם, בגין כל מרשם.</p>	<p>השתתפות עצמית</p>	
<p>הצדדים יהיו תשאים להביא הסכם זה לסיומו בתום 3 שנות הביטוח הראשונות</p>	<p>שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח</p>	<p>שינוי תנאים</p>
<p>הפוליסה כוללת נוסחה לאיזון דמי הביטוח בתום כל 24 חודשים החל מה- 1.8.2010 בכפוף לנוסחה שהוגדרה בין הצדדים.</p>	<p>שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח</p>	
<p>גובה ומבנה הפרמיה לפרקים א' - ה':</p> <p>לעובד/ת - 125.78 ש"ח בן/בת הזוג - 125.78 ש"ח לידל של עובד/ת עד גיל 25 - 17.01 ש"ח לידל של עובד/ת מעל גיל 25 - 109 ש"ח פרמיה חודשית לסל הטבות למשפחה - 21.50 ש"ח פרמיה חודשית לסל הטבות ליחיד - 15.40 ש"ח</p> <p>פרמיה לעובד לשעבר ובני משפחתם (לפי סעיף 5.2 לפרק ו' לפוליסה) לפרקים א' - ה':</p> <p>לעובד/ת לשעבר - 147.25 ש"ח בן/בת הזוג של עובד/ת לשעבר - 147.25 ש"ח לידל של עובד/ת עד גיל 25 - 17.01 ש"ח לידל של עובד/ת מעל גיל 25 - 130.36 ש"ח פרמיה חודשית לסל הטבות למשפחה - 21.50 ש"ח פרמיה חודשית לסל הטבות ליחיד - 15.40 ש"ח</p> <p>כל הסכומים לעיל נקובים על פי מדד 10820 נק', שפורסם ב- 15.7.2008</p>	<p>גובה ומבנה הפרמיה</p>	<p>פרמיות</p>

נושא	סעיף	תנאים
תנאי ביטול	ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	בכל עת, בהודעה בכתב לחברה.
	ביטול הפוליסה ע"י המבוטח (החברה)	אם המבוטח ו/או בעל הפוליסה אינו משלם את הפרמיה כסדרה (עפ"י חוק חוזה הביטוח). אם המבוטח או בעל הפוליסה העלים מהחברה עובדה מהותית שידיעתה הייתה גורמת לחברה שלא לקבלו לביטוח (עפ"י חוק חוזה הביטוח).
חריגים	סייג בשל מצב רפואי קודם	חריג כללי שחל על כל פרקי הפוליסה: פרק ו' - תנאים כלליים לביטוח סעיף 7
	סייגים לאחריות המבטח	פרק א' - ניתוחים - סעיף 5 פרק א' - טיפולים מחליפי ניתוח - סעיף 3 פרק ב' - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל - סעיפים 4.4-5.5 פרק ג' - ביטוח סיעודי - סעיף 8 פרק ד' - מאבק בסרטן - סעיף 1 פרק ה' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - סעיפים 6-7
ביטוח סיעודי	הגדרת מקרה הביטוח	מקרה ביטוח יוגדר כאחד משני האירועים הבאים: א. מצב בריאות ותפקוד יחידים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאות, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 4 מתוך 6 הפעולות המפורטות בסעיף 1 בפרק ג' בפוליסה או 3 מתוך 6 הפעולות הבאות שאחת מהן הינה אי שליטה על הסוגרים: ב. מצב בריאות ותפקוד יחידים של מבוטח עקב "תשישות נפש" שנקבעה על ידי חפא מומחה בתחום.
מסך תקופת תשלום תגמולי הביטוח	סכום/תגמולי הביטוח	עד ה- 1.5.06 - 7,130 ש"ח לאחר ה- 1.5.06 - מבוטח סיעודי השווה במוסד סיעודי שבהסדר גובה פיצוי חודשי - 7,130 ש"ח. מבוטח סיעודי השווה במוסד סיעודי שלא בהסדר גובה פיצוי חודשי - 6,306 ש"ח.
	משך תקופת תשלום תגמולי הביטוח	עד 60 חודשים.
תנאי הזכאות לביטוח	תנאי הזכאות לביטוח	מי שאינו מסוגל לבצע לפחות ארבע (4) פעולות או שלוש (3) פעולות שאחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים יהיה זכאי לפיצוי בשיעור 100% מסכום הפיצוי למבוטח הנמצא במצב סיעודי. מי שאינו מסוגל לבצע שלוש (3) פעולות יהיה זכאי לתשלום בשיעור 75% מסכום הפיצוי למבוטח הנמצא במצב סיעודי.
סוג תגמולי הביטוח	סוג תגמולי הביטוח	פיצוי.
שחרור מתשלום פרמיה	שחרור מתשלום פרמיה	במהלך תקופת תשלום הפיצוי הסיעודי המבוטח יהיה משוחרר מתשלום פרמיות בגין הביטוח הסיעודי.
ערך מסולק	ערך מסולק	אין.
תלות בין סכום הביטוח לגיל המבוטח	תלות בין סכום הביטוח לגיל המבוטח	אין.
קיצוז תגמולים מביטוחים אחרים	קיצוז תגמולים מביטוחים אחרים	אין.

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	ממשק עם הסל הבסיסי /או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
פרק א' - ניתוחים					
ק	ביטוח תחליפי	ק	שיפוי	בגין ניתוחים המבוצעים על ידי מנתח/מורדים שבהסכם. התשלום יעשה ישיחת למנתח/ מורדים שבהסכם.	שכר מנתח/ מרדים שבהסכם
ק	ביטוח תחליפי	ק	שיפוי	תקרת השיפוי תהיה לפי הסכום הגבוה שהיה משולם למנתח/מורדים באותו דרג בגין אותו ניתוח כנהוג באותה עת אצל המבטח ובכל מקרה לא יותר מהסכום ששולם בפועל.	שכר מנתח/ מרדים שאינו בהסכם עם המבטח
ק	ביטוח תחליפי	ק	שיפוי	המבטח יכסה במלואן הוצאות התייעצות מוקדמת אחת לפני ניתוח עם מנתח ההסכם אשר ביצע בפועל את הניתוח, או ישפה את המבטח בסכום זהה לזה אשר היה משלם למנתח הסכם בגין התייעצות אחת במידה ויחליט המבטח לעבור אצל מנתח אחר.	התייעצות לפני ניתוח
ק	ביטוח תחליפי	ק	שיפוי	המבטח ישפה את המבטח בגין חוות דעת רפואית נוספת לפני ניתוח אצל חפא שיבחר המבטח עד לתקרה של 915 ש"ח ובהשתתפות עצמית של 25%.	חוות דעת נוספת של רופא מומחה לפני ניתוח

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	ממשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
ק	ביטוח תחליפי	ק	שיפוי	שיפוי מלא בגין הוצאות הניתוח והאשפוז, או החזר בגובה של 50% מתעריפי המבטח אם בחר המבוטח לעבור את הניתוח בבי"ח חולים אחר.	הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים
ק	ביטוח תחליפי	ק	שיפוי	המבטח ישלם ישירות לבי"ח בגין בדיקה פתולוגית שנעשתה ע"י מומחה לפתולוגיה, הדרשת במקרה של ניתוח, או יחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות.	הוצאות בגין בדיקה פתולוגית
ק	ביטוח תחליפי	ק	שיפוי	שיפוי בסך של עד 27,006 ש"ח.	שתל (למעט תותבת שיניים)
לא	ביטוח מוסף	ק	פיצוי	פיצוי בגובה 35% מערכו של טופס 17.	פיצוי בגין טופס 17 בניתוח בבית חולים פרטי
לא	ביטוח מוסף	ק	פיצוי	פיצוי בסך של עד 378 ש"ח בגין כל יום אשפוז הקשור בניתוח, עד 21 יום.	פיצוי בגין ניתוח בבית חולים ציבורי בישראל ללא מעורבות המבטח
ק	ביטוח תחליפי	ק	שיפוי	כיסוי לניתוחים פרטיים בחו"ל הניתנים לביצוע בארץ ומאושרים ע"י המבטח. תקרת השיפוי תהיה עד 150% מעלות הניתוח בארץ.	כיסוי לניתוחים פרטיים בחו"ל

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש	מחשק עם הסל הבסיסי /או שב"ן	קידוד תגמולים עם ביטוח אחר
שכר אחות/אח פרטי במהלך ניתוח	שיפוי לצורך שמירה על המבוטח לאחר ניתוח בבית חולים פרטי עד 324 ש"ח ליום ועד 14 יום.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שירותי הסעה באמבולנס לבית חולים ובין בתי חולים בישראל	החזר למבוטח בגובה של עד פעם וחצי מהתעריף הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הפריית מבחנה	עד לסך של 4,105 ש"ח מעבר לכיסוי הניתן על פי חוק הבריאות.	שיפוי	כן	משלים	כן
מענק חד-פעמי בגין הדבקות ב-AIDS, כתוצאה מעירווי דם בניתוח	162,040 ש"ח	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
מענק חד-פעמי בגין הדבקות בצהבת מסוג B כתוצאה מעירווי דם בניתוח	32,408 ש"ח	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
ימי החלמה	השתתפות בהוצאות בגין ימי החלמה לאחר ניתוח לב, מח, גב, או השתלת לב, ריאה, כליה, כבד, איחוע לב או איחוע רפואי אחר המחייב החלמה. עד 378 ש"ח לכל יום החלמה מהיום ה-6 עד ה-18 ולתקופה שלא תעלה על 12 ימי החלמה בבית החלמה מוכר.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	ממשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
לא	ביטוח מוסף	כן	פיצוי	פיצוי בגין ניתוח לב, מח, כריתת רחם, ערמונית (פחסטטה), שלפוחית השתן, כריתת גידול סרטני, ניתוח עמוד שדרה צווארי או ניתוח גב. 6,751 ש"ח לניתוח לב או מח, 3,375 לניתוח אחר מתוך הרשימה.	פיצוי בגין ניתוח גדול
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	כיסוי מלא ללא תקרה בעת האשפוז.	שירותי פידיוטרפיה
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	ספק שבהסדר - 263 ש"ח ספק שלא בהסדר - 525 ש"ח	הסרת שומות החל מיום 1.5.06
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	מבוטח זכאי לביצוע בדיקת צנתור וירטואלי אחת ל- 3 שנים, בהמלצת קרדיולוג בהשתתפות עצמית של 683 ש"ח	צינתור וירטואלי החל מיום 1.5.06
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	תבוצע אצל ספקים שבהסדר עם המבטח בלבד בהשתתפות עצמית של 473 ש"ח	פעולות אבחוניות (אנדוסקופיות) החל מיום 1.5.06
פרק א' - טיפולים מחליפי ניתוח					
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	בקרת מקרה ביטוח, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי טיפול חלופי לניתוח, עד לסך מרבי של 157,664 ש"ח למקרה ביטוח, ובתנאים המצטברים כמפורט בפרק זה בפוליסה. אם בתוך 24 חודש ממועד ביצוע הטיפול החלופי בוצע הניתוח אותו היה אמור	כיסוי לטיפולים הבאים להחליף ניתוח - החל מיום 1.5.06

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש	ממשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	קידוד תגמולים עם ביטוח אחר
	הטיפול החלופי להחליף - יקוזז הסך ששולם בגין הטיפול החלופי מהתגמול המגיע למבוטח לניתוח.				
פרק ב' - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל					
תגמולי ביטוח	השתלות: עד 4,321,086 ש"ח.	שיפוי	ק	ביטוח תחליפי	ק
טיפולים מיוחדים בחו"ל	הסכום המירבי לשיפוי בגין כל הטיפולים המיוחדים שאינם ניתנים לביצוע בארץ הינו 540,136 ש"ח וזאת עפ"י התנאים כמפורט בסעיף 4.1 לפרק זה בפוליסה.	שיפוי	ק	ביטוח תחליפי	ק
גמלה לאחר השתלה	בוצעה השתלה, למעט השתלת קרנית, ישלם המבוטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום על פי ביטוח זה, תשלום חודשי בגובה 3,240 ש"ח למשך 24 חודש. מבוטח מתחת לגיל 18 - תשלום חודשי בגובה 1,350 ש"ח למשך 24 חודש.	פיצוי	ק	ביטוח מוסף	לא
פרק ג' - ביטוח סיעודי למבוטחים מעל גיל שתיים					
תגמולי ביטוח	פיצוי חודשי מירבי בסך של 6,306 ש"ח או 7,130 ש"ח לחודש וזאת בהתאם למקרה הביטוח כאמור בפרק זה בפוליסה תקופת הפיצוי - עד 60 חודש תקופת המתנה - 30 יום	פיצוי	ק	ביטוח מוסף	לא

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	ממשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
לא	ביטוח מוסף	כן	פיצוי	מי שאינו מסוגל לבצע לפחות ארבע (4) פעולות או שלוש (3) פעולות שאחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים יהיה זכאי לפיצוי בשיעור 100% מסכום הפיצוי למבוטח הנמצא במצב סיעודי. מי שאינו מסוגל לבצע 3 פעולות יהיה זכאי לתשלום בשיעור 75% מסכום הפיצוי למבוטח הנמצא במצב סיעודי.	

פרק ד' - מאבק בסרטן

קידוד תגמולים	ממשק עם הסל	צורך באישור	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים
לא	ביטוח מוסף	כן	פיצוי	המבטח ישלם למבוטח סך של 20,255 ש"ח עם גילוי מחלת הסרטן אצל המבוטח אם הגילוי ארע לאחר מועד תחילת הביטוח.	תגמולי ביטוח

פרק ה' - כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

קידוד תגמולים	ממשק עם הסל	צורך באישור	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים
כן	ביטוח משלים	כן	שיפוי	סכום ביטוח מירבי בסך 540,136 ש"ח, בגין מקרה ביטוח שארע עד ליום 31.7.2008. השיפוי המירבי בגין מקרה ביטוח שארע החל מיום ה- 1.8.2008 יהיה עד 1,080,272 ש"ח לסך כל מקרי הביטוח על פי פרק זה. לאחר תשלום סף תגמולי ביטוח בגובה 1,620 ש"ח ע"י המבוטח, השתתפות עצמית 378 ש"ח לחודש או 5% לכל מרשם, הגבוה מביניהם.	תגמולי ביטוח

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	ממשק עם הסל הבסיסי /או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
				<p>המבטח ישתתף בעלות חיסון סרטן צוואר הרחם לנשים בגיל 26-9. ההשתתפות תהא בגובה של 50% מהעלות שהוצאה בפועל ולא יותר מ 291 ש"ח לכל חיסון. הכיסוי יינתן לאחר מיצוי הזכאות במסגרת השב"ן וכל עוד אינו כלול בסל הבריאות.</p> <p>הכיסוי מותנה בכך שכל בני המשפחה מבוטחים בפוליסה ללא יוצא מן הכלל. לכיסוי זה תקופת אכשרה בת 24 חודשים.</p>	חיסון צוואר הרחם

סל הטבות (כתבי שירות) - כל השירותים הניתנים במסגרת סל ההטבות יתבצעו אך ורק באמצעות מוקד השירות בטלפון 1-800-625-625 בתיאום מראש עם ספקי השירות של המבטח בלבד (לא יתקבלו קבלות בדיעבד)

ביקור רופא עד הבית - 24 שעות ביממה, השתתפות עצמית לביקור 25 ש"ח.

ייעוץ רפואי טלפוני - ללא הגבלה במספר פניות וללא השתתפות עצמית.

שירות חירום שיניים - השתתפות עצמית 60 ש"ח לכל טיפול.

שירות לטיפולים פסיכולוגיים -

עד 12 טיפולים בשנה בעלויות מופחתות:

3 פגישות ראשונות - 130 ש"ח

9 פגישות נוספות - 230 ש"ח

שירות לרפואה משלימה - השתתפות עצמית 40 ש"ח בגין כל טיפול.

עד 15 טיפולים למנוי בשנת ביטוח

עד ל- 20 טיפולים למושפחה בשנת ביטוח

התייעצות עם רופא מומחה - 2 התייעצויות בשנת ביטוח. השתתפות עצמית 90 ש"ח בגין כל התייעצות.

שירותים נוספים -

קולונסקופיה הדמייתית בהשתתפות עצמית של 350 ש"ח לבדיקה.

אורתסקון בהשתתפות עצמית של 250 ש"ח לבדיקה.

בדיקת צפיפות עצם בהשתתפות עצמית של 135 ש"ח.

החזרים בגין בדיקות הריון עד 1,500 ש"ח לכל הבדיקות יחד ובכפוף ל- 20% השתתפות עצמית כמפורט להלן:

בסקירת מערכות ראשונה - עד 700 ש"ח.

בסקירת מערכות שניה - עד 900 ש"ח.

בבדיקת שקיפות עורפית - עד 300 ש"ח.

בדיקת מי שפיר - עד 900 ש"ח.

בדיקת סיסיי שלה - עד 700 ש"ח.

בדיקות גנטיות - עד 250 ש"ח לבדיקה.

ניתוחי לייזר לתיקון קוצר ראייה במחיר של 4,432.50 ש"ח לכל עין.

משדר מכשיר קרדיוביפר למשך 5 שנים בכפוף לתשלום פיקדון בסך 900 ש"ח.

שירות טיפת חלב טלפוני - מנויה לאחר לידה ובן זוגה המנוי יהיו זכאים לקבל ממוקד המידע סיוע והכוונה בנושא הדרכה בהנקה, הדרכה בטיפול בתינוק, הכוונה וייעוץ לטיפול בתינוק לאחר ברית מילה.

שירות אינטרנט בריא - המידע יועבר למנוי באמצעות דואר אלקטרוני או דואר וינתן ללא התניה במספר הפניות וללא השתתפות עצמית כלשהי.

שירות רפואי עולמי - השיחת, ו/או האבחון הרפואי ו/או שיחת הועידה אינו כרוך בתשלום השתתפות עצמית.

למתן חוות דעת שניה - 24 שעות ביממה

חוות דעת בארץ - השתתפות עצמית בסך של 675 ש"ח

חוות דעת בארה"ב - השתתפות עצמית בסך של 2,700 ש"ח

הפרמיות ותגמולי הביטוח הינם לפי מדד 10016 נק', שפורסם ב- 15.7.2003.

הגדרות:

”ביטוח תחליפי” - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שיחתי 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. כלומה, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מהסל הבסיסי ו/או השב"ן.

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

ההגדרות תקפות ליום פרסומן.

תנאי חוזה הביטוח המחייבים הינם תנאי פוליסת הביטוח ובכל מקרה של סתירה בין הוראות חוברת זו לבין פוליסת הביטוח, יגברו ויחייבו תנאי פוליסת הביטוח לכל דבר ועניין.

פוליסה לביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי לעובדי אל על ובני משפחתם

תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה

1. מבוא

תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן תבטח החברה בפוליסה קולקטיבית את המבוטח, תפצה ו/או תשפה ו/או תשלם לספק השיחות עבור הוצאות מוכחת בגין מקרה הביטוח, בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן, במשך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה ובלבד שהסכום המירבי אותו תשלם החברה לא יעלה על סכום הביטוח, הכל בכפוף וכאמור בפוליסה.

2. הגדרות כלליות

בהסכם זה יהיו, למונחים שלהלן הפירוש שלצידם:

הפניקס חברה לביטוח בע"מ.	2.1 המבטח
אל על נתיבי אויר לישראל בע"מ.	2.2 בעל הפוליסה
<p>2.3.1 כל עובדי אל-על וכתית הקבועים אשר היו מבוטחים במסגרת הביטוח הקודם, (להלן: מבוטחים קיימים). ועובדי אל על וכתית נוספים, על פי רשימה מצורפת שיצטרפו לאל-על במשך תקופת הביטוח, (להלן "מבוטחים חדשים").</p> <p>2.3.2 בני/בנות זוג של עובדי אל-על וכתית וילדיהם עד גיל 25, אשר היו מבוטחים במסגרת הביטוח הקודם, (להלן מבוטחים קיימים). בני/בנות זוג של עובדי אל-על וכתית וילדיהם עד גיל 25, וקרחביהם, שיצטרפו לפוליסה על פי הודעת העובד למבטח מעת לעת, ע"י מילוי טופס הצעה לביטוח הכולל הצהרת בריאות, במשך תקופת הביטוח (להלן: "מבוטחים חדשים").</p> <p>2.3.3 עובדים זמניים של אל-על וכתית ובני זוג של עובדים זמניים וילדיהם עד גיל 25, אשר היו מבוטחים בביטוח הקודם (להלן: מבוטחים קיימים). עובדים זמניים של אל-על וכתית ובני זוג של עובדים זמניים וילדיהם עד גיל 25, שיצטרפו לפוליסה מעת לעת, ע"י מילוי טופס הצעה לביטוח הכולל הצהרת בריאות, (להלן: "מבוטחים חדשים").</p> <p>2.3.4 אחים ואחיות של עובדי אל-על, בני/ות זוג של אחים ואחיות כאמור וילדיהם עד גיל 25, בלבד שבעת הצטרפותם גילם אינו עולה על גיל 50 שנה, ובכפוף למילוי טופס הצעה לביטוח הכולל הצהרת בריאות (להלן ביחד "מבוטחים חיצוניים").</p>	2.3 המבוטח
1.8.2008	2.4 המועד הקובע
דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח לפי תנאי פוליסה זו.	2.5 פרמיה
מקרה הביטוח כהגדרתו בכל פרק מפרקי הפוליסה אשר בהתקיימו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה.	2.6 מקרה הביטוח

<p>תקופה המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה ואשר במהלכה לא תהא על המבטח החובה לשלם למבוטח תגמולי ביטוח.</p>	<p>2.7 תקופת המתנה</p>
<p>מדד המחירים לצרכן - המדד הכללי המפורסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ולמחקר כלכלי או כל מדד דומה אחר שיפורסם במקומו.</p>	<p>2.8 המדד</p>
<p>מדד חודש יוני 2008 שפורסם ביום 15 ליולי 2008, 10820 נק'.</p>	<p>2.9 מדד הבסיס</p>
<p>כל ארץ מחוץ למדינת ישראל.</p>	<p>2.10 חו"ל</p>
<p>חפא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה מנתח ולמבטח יש הסכם התקשורת עימו לצורך ביצוע ניתוחים למבוטחיו, כמפורט ברשימה המצורפת לפוליסה זו ומסומנת כנספח א'. המבטח אינו רשאי לנחוע חפא מרשימת חפאי ההסכם במהלך תקופת הביטוח, למעט אם ניתנה לכך הסכמת בעל הפוליסה.</p>	<p>2.11 מנתח/מרדים שבהסכם</p>
<p>חפא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה מנתח ולמבטח אין הסכם התקשורת עימו לצורך ביצוע ניתוחים למבוטחיו.</p>	<p>2.12 מנתח/מרדים אחר</p>
<p>מוסד רפואי בישראל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים כולל מסלולי הרפואה הפרטיים בבתי החולים הציבוריים (שר"פ/שר"ן) ואשר למבטח הסכם התקשורת עימו לצורך ביצוע ניתוחים למבוטחיו, כמפורט ברשימה המצורפת לפוליסה זו ומסומנת כנספח א'. המבטח אינו רשאי לנחוע בית חולים שבהסכם מרשימת בתי החולים שבהסכם במהלך תקופת הביטוח, למעט אם ניתנה לכך הסכמת בעל הפוליסה.</p>	<p>2.13 בית חולים שבהסכם</p>
<p>מוסד רפואי בישראל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים כולל מסלולי הרפואה הפרטיים בבית החולים הציבוריים (שר"פ ושר"ן) ואשר למבטח אין הסכם התקשורת עימו לצורך ביצוע ניתוחים למבוטחיו.</p>	<p>2.14 בית חולים אחר</p>
<p>הסכום המרבי אותו יחויב המבטח לשלם בגין מקרה ביטוח אחד כמצויין בכל פרק מפרקי הפוליסה.</p>	<p>2.15 סכום ביטוח</p>
<p>תקופה רצופה הנקובה בכל אחד מפרקי הפוליסה במהלכה לא יהא זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י אותו פרק. לגבי מבוטח חדש שיצורף לפוליסה לאחר המועד הקובע, תתחיל תקופת האכשרה במועד הצטרפותו לפוליסה. מובהר כי לא תחול תקופת אכשרה על המבוטחים הקיימים. בפרק בו לא נקובה התקופה לא חלה תקופת אכשרה. מובהר כי לא תחול תקופת אכשרה על מי שהיה מבוטח בביטוח הקודם.</p>	<p>2.16 תקופת אכשרה</p>
<p>מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה "אובחנו במבטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.</p>	<p>2.17 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>2.18 סייג של מצב רפואי קודם</p>

<p>המועד בו הצטרף המבוטח לראשונה לביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי אשר נערך על ידי המבטח לעובדי בעל הפוליסה (להלן: "הביטוח הקודם") ובתנאי שהיה מבוטח ברציפות עד המועד הקובע. מובהר כי ביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי לעניין סעיף זה הינו הביטוח הנוכחי או כל ביטוח קודם שנערך על ידי המבטח לעובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם.</p>	<p>2.19 מועד ההצטרפות לביטוח</p>
--	---

3. ההגדרות והפירושים בתנאים הכלליים לפרקי הפוליסה השונים יהוו חלק בלתי נפרד ממנה וישמשו לפירוש האמור בהסכם זה ביחס לכל אחד מהכיסויים המכוסים באותו הפרק.

--	--

פרק א': ביטוח לניתוחים

1.

הפוליסה תהא פוליסה לשיפוי המבוטח בגין הוצאותיו לכל הניתוחים בארץ ובחו"ל ללא השתתפות עצמית של המבוטח על פי התנאים כדלקמן:

1.1 בגין ניתוחים בישראל המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שבהסכם, לא תחול תקרת סכום לשיפוי.

1.2 בגין ניתוחים המבוצעים על ידי מנתח/מרדים אחר תהיה תקרת שיפוי לפי הסכום שהיה משולם לאותו ניתוח כנהוג באותה עת אצל המבטח עפ"י הסכמים שיש לו עם ספקי שיחות רפואי בישראל.

1.3 בגין ניתוחים בחו"ל, תהיה תקרת השיפוי עד 150% מהאמור בסעיף 1.2 לעיל. מוסכם בזאת כי לאל על תהא הזכות לעיין בהסכם או בהסכמים שיש למבטח עם כל ספק שרות רפואי כאמור בסעיף 1.2 לעיל, כפי שיהיה מעת לעת, מיד עם דרישתה הראשונה, והמבטח מתחייב להעביר לעיין אל על, העתק כל הסכם מבוקש כאמור לעיל. אל על מצידה, מתחייבת לשמור את תוכן ההסכמים בסודיות.

2.

כניתוח תוגדר כל פעולה פולשנית-חודרנית בכל טכניקה כירורגית הידועה כיום, כולל באמצעות לייזר ו/או חומרים דיאוקטיביים ו/או בכל טכניקה אחרת שתהיה ידועה בעתיד בעת האיחוד, אשר מטרתה ריפוי של מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או אבחון. במסגרת זו יראו כניתוח גם השתלת עור, וכן פעולות פולשניות-חדירתיות לאבחון-טיפול שהן לרבות ולא רק: הראת איברים פנימית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה ואבחון באמצעות מצלמה תוך גופית מסוגים שונים.

מובהר כי ניתוחים הנדרשים לצורך כריתה מלאה או חלקית של שדיים ו/או שחלות ו/או מעי גם עקב חשש להופעה של גידולים באברים אילו מסיבה תורשתית יוכרו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו.

ההגדרה של ניתוח נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרת המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

יובהר כי הגדרת ניתוח אינה כוללת בדיקה/ות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימוטרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה (למעט הזרקות לעמוד השדרה לצורך שאיבת נוזל השדרה שבוצעו אלקטיבי), הזלפות, בדיקה/ות ופעולות הדמיה כגון C.T ו-M.R.I אלא אם הינם דרשות במקרה של ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז ו/או במהלך הניתוח.

מקרה הביטוח הוא ניתוח שהמבוטח ביצע.

המבטח ישלם ישירות לנותן השחת או ישפה את המבטח בגין הוצאות לשיחתים רפואיים שלהלן אותם קיבל המבטח כצורך רפואי בתוך תקופת הביטוח בסכום שלא יעלה על הסכומים בגין הכיסויים כמפורט להלן.

המבטח ישפה את המבטח כנגד מסירת קבלות מקוריות ותוך תקופה שלא תעלה על 10 ימים מיום מסירת כל המסמכים הנדרשים על ידי המבטח לצורך ביצוע התשלום.

<p>4.1 שכר מנתח/ מרדים</p>	<p>4.1.1 שכר מנתח/מרדים שבהסכם ישולם במלואו ישירות למנתח ההסכם.</p> <p>4.1.2 "בגין ניתוחים המבוצעים על ידי מנתח/מרדים אחר, תהיה תקרת שיפוי בגין שכר המנתח/המרדים האחר, לפי הסכום הגבוה שהיה משולם למנתח/מרדים באותו דרג, בגין אותו ניתוח כנהוג אותה עת אצל המבטח לגבי מנתח/מרדים שבהסדך, ובכל מקרה לא יותר מהסכום ששילם המבטח בפועל".</p>
<p>4.2 התייעצות לפני ניתוח</p>	<p>המבטח יכסה במלואן הוצאות התייעצות מוקדמת אחת (לפני ניתוח) עם מנתח ההסכם אשר ביצע בפועל את הניתוח, או ישפה את המבטח בסכום זהה לזה אשר היה משולם למנתח ההסכם בגין התייעצות אחת במידה ויחליט המבטח לעבור אצל מנתח אחר.</p>
<p>4.3 חו"ד נוספת של רופא מומחה לפני ניתוח</p>	<p>בנוסף לאמור בסעיף 4.2, ישפה המבטח את המבטח בגין הוצאות חו"ד רפואית נוספת לפני ניתוח אצל חפא שיבחר ע"י המבטח, בשיקול דעתו הבלעדי, וזאת עד תקרה של 95 ש"ח ובהשתתפות עצמית של 25%.</p>
<p>4.4 הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ניתוח</p>	<p>המבטח ישלם למבטח או לבי"ח שבהסכם תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז והניתוח כולל אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או ביחידות מקצועיות כל סוג שהוא, או יחזיר הוצאות אלו למבטח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע בגובה של 50% מתעריפי המבטח, במידה ויבחר לעבור את הניתוח בבית חולים אחר.</p>
<p>4.5 הוצאות בגין בדיקה פתולוגית</p>	<p>המבטח ישלם ישירות לבי"ח בגין בדיקה פתולוגית שנעשתה ע"י מומחה לפתולוגיה, הנדרשת במקרה של ניתוח, או יחזיר הוצאות אלה למבטח כנגד קבלות מקוריות.</p>
<p>4.6 שתל (למעט תותבת שיניים)</p>	<p>בוצע במבטח בבית חולים פרטי ניתוח, ובמהלך הניתוח הושתל שתל, ישתתף המבטח בעלות השתל הני"ל עד לסך 27,006 ש"ח בלבד.</p> <p>שתל - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה.</p>
<p>4.7 טופס התחייבות מטעם קופת חולים</p>	<p>המציא המבטח לביה"ח הפרטי טופס התחייבות מטעם קופת חולים שלו לכיסוי הוצאות הניתוח המבוצע בבי"ח זה, יזכה המבטח את המבטח וישלם לו סכום השווה ל- 35% מערכו של הטופס בביה"ח הפרטי בו בוצע הניתוח ובגינו זוכה המבטח. סעיף זה לא יחול על מחלקת שר"פ/שר"ן בבית חולים ציבורי.</p>
<p>4.8 ביצוע ניתוח ללא מעורבות המבטח</p>	<p>בחר המבטח לבצע ניתוח בבי"ח ציבורי והוצאותיו כוסו במלואן ע"י קופת החולים בה הוא חבר, ישלם המבטח למבטח פיצוי בסך של 378 ש"ח לכל יום אשפוז הקשור בניתוח ולמשך תקופה שלא תעלה על עשרים ואחת (21) ימים.</p>

<p>בוצע במבטוח ניתוח בחו"ל המכוסה על פי פוליסה זו, יחזיר המבטוח למבטוח את הוצאותיו במטבע ישראלי בהתאם לשער היציג המפורסם ע"י בנק ישראל שיהיה ידוע ביום התשלום ע"י המבטוח ובהיקף זכאותו של המבטוח על פי פוליסה זו בישראל, אך בכל מקרה לא יותר מהאמור בסעיף 1.3 לעיל.</p> <p>החברה לא תכסה הוצאות בגין נסיעות או הוצאות של מלווים הכחכות בניתוח כאמור בסעיף זה.</p>	<p>4.9 ניתוח בחו"ל</p>
<p>המבטוח ישפה את המבטוח בגין הוצאות להעסקת אח או אחות פרטיים לצורך שמירה על המבטוח לאחר ניתוח בבית חולים פרטי (להלן שמירה פרטית) סכום של עד 324 ש"ח לכל יום אשפוז לתקופה שלא תעלה על ארבע עשר (14) ימי אשפוז. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות למבטוח או לחלופין הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח בדבר ביצוע השמירה הפרטית.</p>	<p>4.10 שכר אחות או אח פרטי בעת הניתוח</p>
<p>המבטוח יחזיר למבטוח בגין שיחתי אמבולנס עבור העברתו של המבטוח לבי"ח או ממנו או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר החוזר זה לא יעלה על פעם וחצי התעריף הרשמי הקיים אותה עת בשיחתי מגן דוד אדום.</p>	<p>4.11 שירותי הסעה באמבולנס לביה"ח ובין בתי חולים בישראל</p>
<p>המבטוח ישתתף בהוצאות המבטוחת בגין הפריית המבחנה שנעשתה עבורה עד לסך של 4,105 ש"ח לכל סדרת טיפולי הפריה. כיסוי זה ינתן מעבר לכיסוי הניתן על פי חוק הבריאות.</p> <p>מובהר בזה כי מספר הפריית המבחנה שהמבטוח ישתתף בהוצאותיהן כאמור לעיל, לא יעלה על שתי סדרות טיפולים למבטוחת במשך כל תקופת הביטוח.</p>	<p>4.12 הפריית מבחנה</p>
<p>מבטוח אשר כתוצאה ישירה מעיחי דם (להלן: איידס) ומוצריו, אשר ניתנו לו במהלך ניתוח, חלה בתיסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS), יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 162,040 ש"ח ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודש ממועד הניתוח והמבטוח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח.</p>	<p>4.13 מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה - AIDS</p>
<p>מבטוח אשר כתוצאה ישירה מעיחי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח, חלה בצהבת מסוג B יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך של 32,408 ש"ח ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודש ממועד הניתוח והמבטוח לא היה נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח.</p>	<p>4.14 מענק חד פעמי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B</p>
<p>בוצעו במבטוח ניתוחי לב או ניתוחי מח או ניתוח גב או השתלת לב, ריאה, כליה או כבד, או אחע לב או אחע רפואי אחר המחייב החלמה (להלן האחע המזכה), ישתתף המבטוח בהוצאות ההחלמה ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או ההשתלה כאמור עד לסך של 378 ש"ח לכל יום החלמה החל מהיום השישי (6) ועד היום השמונה עשר (18), ולתקופה שלא תעלה על שתיים עשרה (12) ימי החלמה בבית החלמה מוכר, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי חפא מומחה בתחום הרלוונטי.</p>	<p>4.15 ימי החלמה</p>
<p>יבוצע במבטוח, במסגרת בית חולים ציבורי ניתוח גדול (ניתוח לב, ניתוח מח, כריתת רחם, ניתוח פרוסטטה (ערמונית), ניתוח בשלפוחית השתן, ניתוח לכריתת גידול סרטני, ניתוח עמוד שדרה צווארי, או ניתוח גב (להלן הרשימה), אשר יבוצע ע"י מנהל מחלקה או סגנו, יקבל המבטוח פיצוי חד פעמי בגובה 6,751 ש"ח לניתוח לב או ניתוח מח ו- 3,375 ש"ח במקרה של ניתוח אחר מתוך הרשימה ובתנאי שיתקיימו כל התנאים הבאים: יגיש המבטוח למבטוח סיכום ניתוח בו מצוין</p>	<p>4.16 פיצוי בגין ניתוח גדול</p>

<p>כי המנתח הראשון אשר ביצע בפועל את הניתוח היה מנהל המחלקה או סגנו והניתוח בוצע בבית חולים ציבורי מבלי שנתבע המבטח לשלם כל תשלום אחר בנינו. למען הסר ספק מובהר כי כריתה של סרטן עור לא תיחשב כריתת גידול סרטני לצורך סעיף זה ושהתי שר"פ שר"ן בבית חולים ציבורי ייחשבו כבית חולים פרטי לעניין סעיף זה.</p>	
<p>המבטח יכסה את כל ההוצאות הכרוכות בשיקום ופיזיותרפיה בעת אשפוז, ללא תקרה.</p>	<p>4.17 שירותי שיקום ופיזיותרפיה</p>
<p>החל מיום 1.5.06 המבטח יכסה את כל ההוצאות בגין הסרת שומה אצל מבטח ובלבד שהפעולה אושרה מראש על ידי היועץ הרפואי מטעם אל על. אם הטיפול בוצע באמצעות ספק שבהסדר, אזי המבטח יחוייב בהשתתפות עצמית בסכום של 263 ש"ח, אולם היועץ הרפואי מטעם אל על יהא רשאי, לפי שיקול דעתו המקצועי, להחליט על ביטול חובת ההשתתפות העצמית הנ"ל למבטח והכרעתו בעניין תהא סופית. אם הטיפול בוצע באמצעות ספק/חפא שאינו בהסדר, המבטח יחוייב בהשתתפות עצמית בסכום של 525 ש"ח. על אף האמור, בכל מקרה, במידה והתוצאה ההיסטולוגית של הפעולה תהיה חיובית, לרבות אך לא רק - מלנומה או מלנומה מקומית, יוחזר למבטח סכום ההשתתפות העצמית תוך 30 ימים.</p>	<p>4.18 הסרת שומות</p>
<p>החל מיום 1.5.06 המבטח יכסה את כל ההוצאות הכרוכות בביצוע צינתור וירטואלי אצל מבטח, במקרה שאובחנה בעיה קרדיאלית והופנה לביצוע צינתור על ידי חפא קרדיולוג מומחה שאינו החפא המבצע את הצינתור ובלבד שאישור המבטח לביצוע הצינתור ניתן מראש. הזכאות לכיסוי ביטוחי כאמור היא אחת לשלוש שנים בלבד לכל מבטח, ובכפוף להשתתפות עצמית בסכום של 683 ש"ח לצינתור הכיסוי הנ"ל אינו כולל בדיקה לצרכי רפואה מונעת.</p>	<p>4.19 צינתור וירטואלי</p>
<p>החל מיום 1.05.06 המבטח יכסה את כל ההוצאות בכל הקשור בפעולות אבחוניות (אנדוסקופיות) של המבטח, לרבות אך לא רק, קולונסקופיה וגסטרוסקופיה, וזאת בין אם הפעולה בוצעה אצל ספק/חפא שבהסדר (להלן: "ספק שבהסדר") ובין אם לאו. הכיסוי הביטוחי יחול רק במקרים שהפעולה האבחונית מדרשת על פי המלצת חפא מומחה עקב חשד מוכח למחלה ו/או מעקב אחר מחלה קיימת ו/או לצורך מעקב לאחר ניתוח במעי או כריתה של גידול במעי ובכל מקרה לא לצרכי רפואה מונעת. המבטח יחוייב בהשתתפות עצמית בסכום של 473 ש"ח.</p>	<p>4.20 פעולות אבחוניות</p>
<p>5. חריגים</p>	
<p>5.1 חריגים כלליים</p> <p>בנוסף לפרק הסייגים בחלק התנאים הכלליים של הפוליסה יחולו התנאים ו/או ההגבלות המפורטים להלן בפרק זה.</p> <p>המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם עפ"י ביטוח זה כל תביעה הקשורה ב:</p> <p>5.1.1 ניתוח ו/או טיפול רפואי אשר נקבע למבטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח.</p> <p>5.1.2 ניתוחים קוסמטיים, או אסתטיים, ניתוחים הקשורים בפוריות ו/או עקרות, לעיל וניתוחים לתיקון פגם אסטטי אשר נגרם ישירות כתוצאה וכהמשך ישיר לניתוח שזכאותו הוכרה. על אף האמור לעיל, ניתוח להרמת עפעפיים, במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבטח. ניתוח לקטנת חזה, בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור דיהומיות הנובעות מהבעיה הרפואית הראשונית, לא יכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו.</p>	

<p>5.1.3 טיפולי שיניים למיניהם או עקירות שיניים, או ניתוחי חניכיים וכל ניתוח הנעשה ע"י רופא שיניים, אלא אם כן הוא מהווה המשך ישיר לניתוח שזכאותו הוכרה.</p> <p>5.1.4 השתתפות פעילה של המבוטח בפעילות פלילית, בפעולה מלחמתית, פעולות טרור סביל או פעיל, פעילות צבאית, משטרתית אם זכאי לפיצוי או מימון כלשהו של הוצאות הטיפול מגורם ממשלתי ועד לגובה הפיצוי או המימון כאמור. למען הסר ספק, המבטח יהיה אחראי וישלם על פי ביטוח זה את הסכום שיעלה על גובה הפיצוי או המימון כאמור.</p> <p>5.1.5 מחלות הנובעות משכרות כרונית ו/או שימוש בסמים.</p> <p>5.1.6 פגיעה עצמית מכוונת בין שהמבוטח היה שפוי ובין אם לאו.</p> <p>5.1.7 חשיפה לזיהום רדיואקטיבי, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית.</p> <p>5.1.8 מצב בריאותי אליו נקלע המבוטח עקב תאונת דרכים או תאונת עבודה.</p>	
---	--

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי בפרק ו' על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם.

פרק א': טיפולים מחליפי ניתוח

1. הגדרות	
בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:	
1.1 מקרה ביטוח	אורך בביצוע ניתוח המכוסה במסגרת פוליסה זו, שנקבע על ידי חפא מומחה שהתמחותו בתחום הספציפי בו נדרש הניתוח, ואשר אינו נמנה על צוות המוסד הרפואי המבצע בפועל את הטיפול החלופי.
1.2 טיפול חלופי	טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק המבוטח ובתנאי כי ביצוע הטיפול החלופי צפוי להביא לתוצאות דומות לתוצאות הניתוח.
1.3 סכום שיפוי מרבי	גובה תגמולי הביטוח שתשלם החברה בגין הטיפול החלופי כאמור בסעיף זה.
1.4 נותן הטיפול החלופי	חפא בעל תשיון תקף לעסוק ברפואה בישראל.
1.5 נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי	נותן הטיפול החלופי ו/או בית חולים או מרפאה שבהסכם עם המבטח אשר הסכימו לקבל ישירות לנתוני השיחתים את ההוצאות הרפואיות שלהלן החלופי שניתן להן כיסוי על פי סעיף זה.
2. התחייבות המבטח	
2.1	אם יבחר המבוטח בקחת מקרה הביטוח לקבל טיפול חלופי, ישפה המבטח את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותני השירותים את ההוצאות הרפואיות שלהלן שהוצאו עבור הטיפול החלופי בו בחר המבוטח וזאת עד לסך של 157,664 ש"ח ובהתאם לתנאים המפורטים להלן:

<p>המבוטח יפנה קודם לקבלת הטיפול החלופי לאישור המבטח מראש כי ישא בתשלום תגמולי הביטוח בגין כל אחד מהשיחיתים הרפואיים בגין הטיפול. קבלת האישור כאמור היא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי נספח זה.</p>	<p>2.2</p>
<p>ההוצאות הרפואיות (להלן: ”ההוצאות המוכרות”) עבור ביצוע הטיפול החלופי אשר בנין זכאי המבוטח לשיפוי מאת המבטח הינן כדלקמן:</p> <p>2.3.1 שכר נותן הטיפול החלופי</p> <p>2.3.2 הוצאות הנדרשות לביצוע הטיפול החלופי</p> <p>2.3.3 הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים</p> <p>2.3.4 הוצאות אשפוז בבית חולים</p>	<p>2.3</p>
<p>הטיפולים יינתנו בבית חולים או מרפאה כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) אשר רשומה כדין בפנקס המרפאות.</p>	<p>2.4</p>
<p>נותן הטיפול החלופי יהיה רשאי על פי החוק לתת את הטיפול החלופי ובמקרים בהם נדרש רישוי כלשהו לשם כך יחא נותן הטיפול החלופי והמרפאה או בית החולים בו מבוצע הטיפול החלופי בעלי רישיון מתאים.</p>	<p>2.5</p>
<p>המבוטח יכסה את מלות עלות נותני שיחת הטיפול החלופי שבהסכם, בכפוף לתקרת השיפוי המירבי כאמור בסעיף 2.1 לעיל.</p>	<p>2.6 ביצוע על ידי נותני שרות שבהסכם בגין הטיפול החלופי</p>
<p>החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות המוכרות שהוצאו בפועל עד לתעריף הממוצע של נותני שיחת הטיפול החלופי שבהסכם כפי שיהיה נהוג אצל המבטח באותה התקופה ועד תקרת השיפוי המירבי כאמור בסעיף 2.1 לעיל.</p>	<p>2.7 ביצוע על ידי נותני שירות שאינם בהסכם בגין הטיפול החלופי</p>

3. סייגים מיוחדים לפרק זה

בנוסף לפרק הסייגים בחלק התנאים הכלליים של הפוליסה יחולו התנאים ו/או ההגבלות המפורטים להלן על פרק זה:

<p>בכפוף לאמור בסעיף 2.1 לעיל, סכום השיפוי המירבי בגין טיפול או סדרת טיפולים חלופיים לא יעלה על עלות הניתוח אותו מחליף הטיפול החלופי כפי שמשולם על ידי המבטח לנותני שירות שבהסכם בגין הניתוח.</p>	<p>3.1</p>
<p>הטיפול החלופי יינתן בישראל בלבד. לא יינתן כל כיסוי ותגמול לטיפולים שיינתנו מחוץ לישראל.</p>	<p>3.2</p>
<p>לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים חלופיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן הטיפול החלופי לטיפולים חלופיים עתידיים.</p>	<p>3.3</p>
<p>החלטת המבוטח לקבל טיפול חלופי ובחירת נותן השירות לטיפול החלופי היא של המבוטח בלבד ואין למבטח כל אחריות בגינה.</p>	<p>3.4</p>

המבטח לא יהא אחראי לכל נזק שייגרם למבטוח עקב בחירתו של המבטוח לקבל טיפול חלופי ולא לעבור את הניתוח שהומלץ לו כמו כן, לא יהא המבטח אחראי בשום צורה שהיא לכל נזק ו/או הוצאה שיגרמו למבטוח עקב בחירתו של המבטוח בנותני השירות לטיפול החלופי, בין אם הם נותני שירות שבהסכם או נותני שירות שאינם בהסכם.

3.5 במקרה בו תוגש תביעה לכיסוי בגין ניתוח שבוצע במהלך 24 חודשים ממועד ביצוע הטיפול החלופי אשר בגינו ניתן כבר כיסוי ביטוחי, יקודו תגמולי הביטוח ששולמו בגין הטיפול החלופי מתגמולי הביטוח המגיעים למבטוח בגין הניתוח.

4. תקופת האכשרה
תקופת האכשרה לפרק זה תהא 90 יום.

5.
פרק זה נוסף לפוליסה ותקף מיום 1.5.06.

תשומת לב המבטוח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסיגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם.

פרק ב': השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. כ"השתלה" יחשבו

כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבטוח של לב, ריאה, כליה, לבלב, כבד, אונת כבד, קרנית מעי וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב שנלקחו מגופו של המבטוח או מתורם אחר והושטלו בגוף המבטוח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד וכל זאת ובלבד שרופא מומחה בתחום הרפואי הנוגע לעניין קבע הצורך בביצוע ההשתלה.

ההגדרה של השתלה נוסחה באופן שמיטיב עם המבטוח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

2.

המבטח ישפה את המבטוח על תשלומיו בגין השתלה שארעה בתקופת הביטוח, אולם הסכום המרבי לשיפוי למבטוח בגין ההוצאות הממשיות שהוציא המבטוח עבור השייחתיים הרפואיים אותם קיבל המבטוח כצורך רפואי להשתלה המכרים בסעיף 3 להלן לא יעלה ביחד על 4,321,086 ש"ח (להלן: **"סכום הביטוח המרבי לפרק זה"**). בתוספת היטל חוקי שיחול על תשלומים במטבע חוץ, אם יחול.

3. כתשלום בגין השתלה יראו את התשלומים כדלקמן

3.1 תשלום לחפאים ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבטוח.

3.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל, עד 30 יום לפני ביצוע ההשתלה ועד 180 יום לאחר ביצועה.

3.3 תשלום עבור השגת האיבר להשתלה, שימוור והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.

<p>תשלום לצוות המנתח עבור השירותים הרפואיים שינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה.</p>	<p>3.4</p>
<p>תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח, ובמחלקת תיירים, מלווה במלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל.</p>	<p>3.5</p>
<p>תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים.</p>	<p>3.6</p>
<p>תשלום עבור הוצאות שהייה סביחת של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל.</p>	<p>3.7</p>
<p>תשלום עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה, בארץ או בחו"ל.</p>	<p>3.8</p>
<p>תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה.</p>	<p>3.9</p>
<p>סכום הביטוח המרבי בעבור הכיסויים המפורטים בסעיפים 3.5-3.7 לעיל יהיו בגובה ההוצאה הסבירה הצפויה ובתנאי שאושרה מראש ובכתב על ידי המבטח.</p>	<p>3.10</p>
<p>בכל מקרה של ביצוע השתלה המכוסה על פי הפוליסה, למעט השתלת קרנית תשלם החברה למבוטח, בנוסף לכל גמלה ולכל פיצוי אחר, לו זכאי המבוטח עפ"י הפוליסה, גמלה נוספת שתיקרא "גמלת החלמה" (להלן: "הגמלה") כדלהלן:</p> <p>3.11.1 סך של 3,240 ש"ח לחודש למשך 24 חודש.</p> <p>3.11.2 אם המבוטח הינו מתחת לגיל 18 תהא הגמלה 1,350 ש"ח לחודש למשך 24 חודש.</p> <p>3.11.3 נפטר המבוטח לאחר ניתוח ההשתלה וטרם מיצה את הגמלה כקבוע לעיל או מיצה את חלקה יקבלו מוטביו את יתרת הגמלה כקבוע לעיל מייד לאחר פטירתו.</p> <p>3.11.4 בכל מקרה לא יעלו התשלומים המשולמים למבוטח כולל גמלת החלמה על סכום הביטוח המירבי לצורך השתלה על פי פוליסה זו.</p>	<p>3.11 השלמת הכנסה וכיסוי הוצאות:</p>
<p>4. טיפולים מיוחדים בחו"ל</p>	
<p>כ"טיפול מיוחד" יחשבו ניתוחים וטיפולים רפואיים לרבות ולא רק טיפול בחולי סרטן, מחלות אוטואימוניות ועוד בחו"ל, שמתקיימים בהם אחד מהתנאים הבאים:</p> <p>4.1.1 לא ניתן לבצע את הטיפול המיוחד בישראל, ואין לו טיפול חלופי בישראל. טיפול חלופי לעניין סעיף זה הינו טיפול רפואי אחר אשר ניתן לביצוע בישראל והתוצאות הרפואיות המושגות באמצעותו זהות או עולות באופן וודאי ושאינו מוטל בספק, על התוצאות המושגות באמצעות הטיפול המיוחד.</p> <p>4.1.2 סיכויי הצלחה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול המיוחד בארץ.</p> <p>4.1.3 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה הסביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה וקיים סיכון לחיי המבוטח.</p> <p>4.1.4 האמור בס"ק 4.1.1 ו-4.1.2 ו-4.1.3 לעיל אושע ע"י שני חפאים מומחים בתחום המדרש ללא התניה באישור קופ"ח או כל מבטח אחר.</p> <p>לצורך דיון בחריגים שלא ענו על הקריטריונים כאמור לעיל תוקם וועדת חריגים מקצועית המורכבת מחפא יועץ מטעם בעל הפוליסה וחפא מטעם המבטח. במידה ולא תהיה הסכמה ביניהם יובא העניין להכרעת רופא מומחה שלישי בלתי תלוי, שייקבע על ידם, ואשר קביעתו תהא סופית.</p>	<p>4.1</p>

<p>המבטח ישפה את המבוטח בגין תשלומיו בתוספת היטל חוקי שיחול על תשלומים במטבע חוץ, אם יחול. בגין הוצאות טיפול מיוחד שארע בתקופת הביטוח אולם הסכום המרבי לשיפוי המבוטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי סעיף 4.3 להלן לא יעלו על 540,136 ש"ח.</p>	<p>4.2</p>
<p>4.3.1 תשלומים כמפורט בסעיף 3 לעיל בשיניים כדלהלן:</p> <p>4.3.1.1 בכל מקום בו מופיעה המילה "השתלה", יש לקרוא "טיפול מיוחד".</p> <p>4.3.1.2 כל התשלומים לטיפול מיוחד על פי הסעיפים הנ"ל יהיו בגין הוצאות שהוצאו בחו"ל. היה והוציא המבוטח תשלומים על פי הסעיפים הנ"ל בישראל, אשר הצורך בהם קשור ישיחת לטיפול המיוחד, יהיה זכאי לתשלום המבטח עד 5% מסכום הביטוח המרבי לטיפול מיוחד.</p> <p>4.3.2 תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.</p> <p>4.3.3 תשלום עבור טיפולי המשך הנבעים מביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.</p> <p>4.3.4 סכום הביטוח המרבי בעבור הכיסויים המפורטים בסעיפים 4.3.2 ו-4.3.3 לעיל יהיו בגובה ההוצאה הסבירה הצפויה ובתנאי שאושרה מראש ובכתב על ידי המבטח, או ע"י ועדת החריגים המקצועית והכל בתנאי שסכום הביטוח לא יעלה על סכום הביטוח המרבי למקרה הביטוח עפ"י הפוליסה.</p>	<p>4.3</p> <p>כתשלום בגין טיפול מיוחד יראו את התשלומים כדלקמן</p>
<p>בנוסף לפרק הסייגים בחלק התנאים הכלליים של הפוליסה יחולו התנאים ו/או ההגבלות המפורטים להלן בפרק זה.</p> <p>4.4.1 המבטח לא יהיה אחראי לביטוח על פי פרק ב' לפוליסה זו, אם ביום כניסת ביטוח זה לתוקף הייתה קיימת לגבי המבוטח אבחנה ו/או מחלה הקובעת קיום צורך בביצוע השתלה ו/או בטיפול מיוחד, והמצויות בתיק רפואי או במסמך רפואי כל שהוא. למען הסר ספק מובהר כי לגבי המבוטחים הקיימים המועד הקובע הוא מועד תחילת הביטוח הקודם.</p> <p>4.4.2 המבטח לא יהיה אחראי לתשלום סכום הביטוח במלואו או בחלקו אם הצורך בהשתלה ו/או בטיפול מיוחד נובע מהתמכרות המבוטח לסמים ו/או אלכוהול.</p> <p>4.4.3 המבטח לא יהיה אחראי בכל אופן שהוא לכל נזק העלול להיגרם לאדם ממנו נלקח האיבר לצורך השתלתו בגופו של המבוטח.</p> <p>4.4.4 אם מקרה הביטוח מכוסה ע"י יותר מחברת ביטוח אחת, לרבות קופות חולים, ישלם המבטח מתוך סה"כ ההוצאות בגין מקרה הביטוח את הסכום שיעלה על הסכומים אותם קיבל המבוטח מהחברות ומהגופים הנ"ל או אותם היה זכאי לקבל בגין מקרה הביטוח אם תבע מהחברות והגופים הנ"ל והכל בכפוף לאמור בפרק ב' לעיל ולהוראות הפוליסה. למען הסר ספק מובהר כי המבטח לא יעכב תשלומים ולא ימנע ביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בגלל חבות גוף שלישי לשאת בחלק מההוצאות.</p> <p>4.4.5 המבטח אינו אחראי לטיפול - למען הסר ספק מובהר ומוסכם בזאת כי בחירת הרופא המטפל על פי הסכם זה והטיפולים והשירותים המכוסים על פי נספח זה נעשים על ידי המבוטח וכי המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח כתוצאה מטיפול או שירות המכוסה על פי פוליסה זו.</p>	<p>4.4</p> <p>חריגים</p>

<p>במידה שהמבוטח זכאי לקבל את סכום הביטוח כולו או חלקו מחברת ביטוח אחרת, קופת חולים או מאדם אחר - תעבור הזכות לשיבובם למבטח ביחס לסכומים ששולמו על ידו עפ"י הסכם זה, ובלבד שלא תפגע מלוא זכאותו של המבוטח לכיסוי הוצאותיו בגין מקרה הביטוח.</p>	<p>4.5</p>
<p>לאחר קרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח למבוטח את התחייבויותיו על פי הסכם זה עבור השתלה או טיפול מיוחד שבוצעו בתקופת הביטוח בכפוף לאמור להלן:</p> <p>4.6.1 על המבוטח להודיע מיד למבטח על הצורך בהשתלה או בטיפול מיוחד ולמסור לו את כל המסמכים הרפואיים והאחרים שיידרשו על ידו לביחור חבותו.</p> <p>4.6.2 המבטח יהיה זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה, לבדוק את המבוטח ע"י חפא אחד או יותר מטעמו, הכל כפי שיקבע על ידו וכפי שימצא לנכון, ובלבד שאין בעיכוב הטיפול כדי לגרום למק רפואי למבוטח.</p> <p>4.6.3 כל אימת שיתן פיצוי/שיפוי למבוטח אשר על - פי תוצאות החקירה כאמור לעיל לא היה זכאי לקבלת תגמולי הביטוח יהיה המבטח רשאי לפעול להשבת תגמולי הביטוח ממקבלי תגמולי הביטוח על פי כל דין ומבלי שתהיה למבטח כל דרישה כלפי בעל הפוליסה.</p> <p>4.6.4 בכפוף לאמור לעיל בסעיף 4.6.2, נתן המבוטח הודעה על הוצאה בגין השתלה או טיפול מיוחד על פי הסכם זה המבטח מתחייב לתת את הסכמתו או אי הסכמתו לשאת בהוצאות כאמור לעיל תוך תקופה שלא תעלה על 10 ימים מיום הודעת המבוטח למבטח על קרות מקרה הביטוח ומסירת כל המסמכים הרפואיים הנדרשים למבטח לצורך בחר חבותו.</p> <p>4.6.5 תשלומים במטבע חוץ יחושבו לפי השער היציג שיהיה ידוע ביום ביצוע התשלום בתוספת כל היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום כזה.</p>	<p>4.6 תביעות</p>

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

--	--

פרק ג': ביטוח סיעודי

	<p>1.</p>
<p>ממבוטח סיעודי יוגדר מבוטח שגילו מעל שנתיים אשר מצב בריאותו ותפקודו יחידים כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאות, אשר בגינם הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) של לפחות 4 מתוך 6 הפעולות הבאות או 3 מתוך 6 הפעולות הבאות, שאחת מהן הינה אי שליטה על הסוגרים:</p>	
<p>יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לשיבה ו/או לקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ו/או ממיטה.</p>	<p>1.1 לקום ולשכב</p>
<p>יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.</p>	<p>1.2 להתלבש ולהתפשט</p>
<p>יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.</p>	<p>1.3 להתרחץ</p>
<p>יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (לרבות בעזרת קש) לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.</p>	<p>1.4 לאכול ולשתות</p>

<p>יכולתו העצמאית של מבטח לשלוט על פעולת המעיים ו/או פעולת השתן, אי שליטה על אחת מהפעולות הנ"ל אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופוגים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.</p>	<p>1.5 לשלוט על סוגרים</p>
<p>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, ייחשב כאי יכולתו של המבטח לנוע.</p>	<p>1.6 ניידות</p>
<p>2.</p>	
<p>מי שאינו מסוגל לבצע לפחות ארבע (4) פעולות או לחילופין (3) פעולות מהפעולות הנ"ל שאחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים, יהיה זכאי לפיצוי בשיעור 100% מסכום הפיצוי למבטח סיעודי. מי שאינו מסוגל לבצע רק שלוש (3) מבין הפעולות הנ"ל (שאין אחת מהן אי שליטה על סוגרים) יהיה זכאי לתשלום בשיעור של 75% מסכום הפיצוי למבטח סיעודי.</p>	
<p>3.</p>	
<p>בנוסף לאמור בסעיף 1, כמבטח סיעודי יוגדר גם מי שמצב בריאותו ותפקודו ירודים עקב "תשישות נפש" שנקבעה על ידי חפא מומחה בתחום. לענין זה, "תשישות נפש" - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת חפא מומחה בתחום, שסיבתה נעוצה במצב בריאותי, לרבות ומבלי לגרוע מכלליות האמור אלצהיימר או מצבים דמנטיים אחרים.</p> <p>כמבטח סיעודי יראו גם מבטח שמצבו הסיעודי, כהגדרתו בסעיף 1 או 3 לעיל נובע מעיווהן.</p>	
<p>4.</p>	
<p>במקרה של "תשישות נפש" ובמקרה של עיווהן כאמור לעיל, תשלם החברה למבטח 100% תגמול סיעודי.</p>	
<p>5.</p>	
<p>מבטח סיעודי השווה במוסד סיעודי שבהסדר עם המבטח יהיה זכאי לשיפוי בסך 7,130 ש"ח לחודש, אשר ישולם לאחר תקופת ההמתנה, למשך תקופה שלא תעלה על 60 חודשים. מבטח סיעודי השווה בבית או במוסד סיעודי שאינו בהסדר עם המבטח, יהיה זכאי לפיצוי חודשי בסך 6,306 ש"ח, אשר ישולם לאחר תקופת ההמתנה, למשך תקופה שלא תעלה על 60 חודשים".</p> <p>ויבהר כי כיסוי זה חל רק בגין מקרי ביטוח שארעו לאחר ה- 1.05.06.</p>	
<p>6.</p>	
<p>תקופת ההמתנה תהיה בת 30 יום ממועד בו הפך המבטח למבטח סיעודי והודיע על כך למבטח בהתאם להוראות הסכם זה.</p>	
<p>7.</p>	
<p>לאחר תקופת ההמתנה, ישלם המבטח למוטב את הפיצוי החודשי בהתאם לאמור להלן:</p>	
<p>פיצוי כאמור בסעיף 5 לעיל, כל עוד המבטח סיעודי ולא יותר ממכסת חודשי תשלום. אם נמסרה למבטח ההודעה על קצת מקרה הביטוח יותר מאוחר מתום תקופת ההמתנה, תיחשב תקופת ההמתנה כמסתיימת חודש אחד לאחר תאריך מסירת ההודעה. לגבי מקרה ביטוח חוזר, המבטח ישלם פיצוי חודשי רק מיום מסירת ההודעה למבטח.</p>	<p>7.1 למבטח סיעודי</p>

<p>והיה זכאותו של המבוטח תאושר בתום 30 ימי ההמתנה תשלם החברה את תגמולי הביטוח רטרואקטיבית החל ממועד תחילת תקופת ההמתנה. היה והחברה לא תסיים את בדיקת זכאותו של המבוטח לקבלת תגמולי סיעוד במהלך תקופת ההמתנה, מסיבות התלויות בה, תחל לשלם למבוטח את תגמולי הסיעוד, גם ללא אישור הזכאות. והיה ובתום תהליך בדיקת הזכאות לא ימצא המבוטח זכאי לקבלת תגמולי סיעוד, לא יחויב להשיב לחברה את תגמולי הסיעוד ששולמו לו, עד מועד סיום בדיקת הזכאות.</p>	7.2
<p>במקרה של תשלום פיצוי בעד חלק מחודש, יחושב סכום הפיצוי באופן יחסי.</p>	7.3
<p>מבוטח סיעודי יהיה פטור מתשלום הפרמיה לחברה כל עוד יוכר כמבוטח סיעודי.</p>	7.4
<p>8. הגבלות לאחריות המבטח</p>	
<p>בנוסף לפרק הסייגים בחלק התנאים הכלליים של הפוליסה יחולו התנאים ו/או ההגבלות המפורטים להלן בפרק זה. המבטח לא יהיה אחראי לתשלום פיצויים חודשיים על פי פרק זה אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי או עקב:</p>	
<p>התאבדות בין אם המבוטח היה שפוי בדעתו ובין אם לאו.</p>	8.1
<p>מחלות הנובעות משכרות כרונית ו/או שימוש בסמים.</p>	8.2
<p>השתתפות פעילה של המבוטח בפעילות פלילית, בפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית אם זכאי לפיצוי או מימון כלשהו של הוצאות הטיפול מגורם ממשלתי ועד לגובה הפיצוי או המימון כאמור. למען הסר ספק, המבטח יהיה אחראי וישלם על פי ביטוח זה את הסכום שיעלה על גובה הפיצוי או המימון כאמור.</p>	8.3
<p>אדם אשר במועד הצטרפותו לביטוח לא יכול היה לבצע באופן עצמאי, שלוש או יותר משש פעולות היום יום המנויות בסעיף 7.1, ו/או סובל מתשישות נפש, אלצהיימר, פרקינסון או מחלה נוירולוגית פורגנסיבית אחרת.</p>	8.4
<p>9. תביעות</p>	
<p>את מקרה הביטוח, על בעל הפוליסה, המבוטח או המוטב, לפי העניין, להודיע למבטח מוקדם ככל האפשר לאחר שנודע לו על כך.</p>	9.1
<p>בכל מקרה של תביעה לתשלום סכום כלשהו לפי תנאי הפוליסה. על מגיש התביעה למסור למבטח את כל המסמכים שיידרשו על ידי המבטח לביור חבותו, לרבות ויתורים של המבוטח על סודיות רפואית כלפי אדם ו/או גוף.</p>	9.2
<p>המבטח זכאי בכל עת לנהל על חשבונו כל חקירה וכן לבדוק בכל עת את המבוטח ע"י הפא אחד או יותר מטעמו, לרבות בתקופה בה משולמים תגמולי הביטוח. המבטח יודיע את ההחלטה בעניין אישור התביעה תוך שלושים יום מהיום שקיבל לידיו את כל המסמכים הדרושים.</p>	9.3
<p>לאחר אישור התביעה יחל המבטח לשלם את תשלומיו למוטב או לבא כוחו.</p>	9.4
<p>בכפוף לאמור בסעיף 7.2 שילם המבטח את הפיצוי החודשי בגין תקופה שלגביה לא היה המוטב זכאי לה. יהא בעל הפוליסה או המוטב, לפי העניין, חייב להחזיר למבטח בתוספת הפרשי הצמדה למדד.</p>	9.5

<p>שולמו במשך תקופת הביטוח תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו עבור תקופה השווה למכסת חודשי תשלום, יפוג תקופה של הפוליסה לחלוטין והמבטח יהיה פטור מכל התחייבות לפיה.</p>	<p>9.6</p>
<p>ארע מקרה הביטוח ונפטר המבטח בטרם שולמו תגמולי הביטוח, ישלם המבטח למוטב את תגמולי הביטוח להם היה זכאי המבטח ערב מותו והמבטח יהא פטור לחלוטין מכל חבות נוספת על פי פוליסה זו כלפי מוטב אחר ו/או כל צד שלישי אחר כלשהו.</p>	<p>9.7</p>

10. מבטח סיעודי יהיה זכאי כי סכום הפיצוי הסיעודי ישולם ע"י המבטח ישירות למוסד סיעודי או מטפלים פרטיים, הכל עפ"י החלטת העובדת הסוציאלית של בעל הפוליסה.

11. במלאת חמש שנים לארע המזכה בביטוח תנתן ע"י המבטח לפני משורת הדין ל- 5 מבטחים אשר הינם בגדר מבטח סיעודי, שיבחרו ע"י בעל הפוליסה לפי שיקול דעתו, פיצוי למשך מכסת חודשים נוספת שלא תעלה על 12 חודש מעבר למכסה המירבית ובלבד ששמות החריגים כאמור לעיל נקבעו ע"י בעל הפוליסה ונמסחו למבטח במהלך תקופת הביטוח.

תשומת לב המבטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם.

--	--

פרק ד': מאבק בסרטן

1. המבטח ישלם למבטח סך של 20,255 ש"ח עם גילוי מחלת הסרטן אצל המבטח, ובלבד שהגילוי אירע לאחר תחילת הביטוח.

2. מחלת הסרטן תוגדר כנכחות גידול ממאיר אחד או יותר לרבות ולא רק לאקומיה, לימפומה, ומחלת הוודג'קין וכו', המאופיינת ע"י גדילה ופיזור של תאים סרטניים באופן בלתי מבוקה עם חדירה והרס רקמה נורמאלית, אשר אובחנה ע"י חפא המוסמך לכך (פתולוג או אונקולוג או כיורג או המטולוג).

3. "גילוי מחלת הסרטן" **לא יכלול** כל אחד מאלה:

<p>מחלות וגידולים מקומיים טחם סרטניים.</p>	<p>3.1</p>
<p>מחלות וגידולי עור מקומיים למעט מלנומה ממאירה.</p>	<p>3.2</p>

הגדרה של מחלת הסרטן נוסחה באופן שמטיב עם המבטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר 'הגדרות מחלות בביטוח מחלות קשות- 2003/16.

תשומת לב המבטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם.

--	--

1.1 מקרה הביטוח

קרות מחלה במהלך תקופת הביטוח לאחר תקופת האכשרה כמוגדר בסעיף 4 להלן, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות אחת או יותר מאלה:

1.1.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות - כל תרופה
 שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת או יותר ממדינות המוכרות

1.1.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות - כל תרופה הכלולה בסל
 שירותי הבריאות, אך אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובתנאי כי התרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח הרשות המוסמכת באחת או יותר מהמדינות המוכרות.

1.1.3 תרופה שאינה רשומה להתוויה הנדרשת - תכוסה כל תרופה
 שאושרה לשימוש באחת או יותר מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1. פרסומי ה-FDA
 2. American Hospital Formulary Service Drug information
 3. US Pharmacopoeia Drug Information
 4. Drugdex Micromedex
- בלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
- א. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) נמצאת בקבוצה I או II a
 - ב. חוזק הראיות (Strenght Of Evidence) נמצאת בקטגוריה A או B
 - ג. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או II a
5. תרופה שהטיפול בה מומלץ לפחות באחד מה-National Guidelin שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
- א. NCCN
 - ב. ASCO
 - ג. NICE
 - ד. ESMO Minimal Recommendation
6. מאמר שפורסם בעיתון רפואי שדרוג ה-IMPACT FACTOR שלו בתחום הרפואי הרלוונטי, נמצא בשליש העליון.

1.2 תרופה

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

<p>ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האיחופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האיחופי (EMEA).</p>	<p>1.3 המדינות המוכרות</p>
<p>חפא אשר הוכר כמומחה ע"י תשיות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלבנטי הנדרש לטיפול בתחפה.</p>	<p>1.4 רופא מומחה</p>
<p>נטילת תרופה בישראל בצורה חד פעמית או מתמשכת.</p>	<p>1.5 טיפול</p>
<p>תקופה מרבית לתשלום בגין התחפה.</p>	<p>1.6 תקופת התגמול</p>
<p>מסמך רפואי חתום ע"י חפא מומחה, אשר אישר את הצורך בטיפול בתחפה, קבע את אופן הטיפול, את המימון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. למען הסר ספק יובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.</p>	<p>1.7 מירשם</p>
<p>גובה תגמולי הביטוח המרביים שישלם המבטח בגין תרופה ו/או תרופות במהלך כל תקופת הביטוח.</p>	<p>1.7 סכום שיפוי מירבי</p>
<p>הסכום המאושר ע"י הרשיות המוסמכות במדינה לגביה בגין תרופה והמשתנה מעת לעת.</p>	<p>1.8 מחיר מירבי מאושר</p>
<p>סכום כספי כמצוין בסעיף 2.4.2, המהווה סיכום הוצאות בגין הטיפול תחפתי, ששולמו בפועל ע"י המבטח והמהווה סף, אשר רק מעבר לו יחל המבטח לשאת בחבותו על פי פרק זה.</p>	<p>1.9 סף תשלום תגמולי ביטוח</p>
<p>חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.</p>	<p>1.10 חוק ביטוח בריאות ממלכתי</p>
<p>מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות ע"י קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה למבטחיה.</p>	<p>1.11 סל הבריאות הממלכתי</p>
<p>מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השיחת").</p>	<p>1.12 בית מרקחת</p>
<p>2. הכיסוי</p>	
<p>המבטח ישלם למבטח או ישירות לנותן השיחת את עלות התרופה ועלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה (התרופה, השירות והטיפול הרפואי יחדיו יקראו "הטיפול התרופתי") עד לתקרת סכום השיפוי המיירבי ובהתאם לתנאים המצטברים כמפורט להלן:</p>	
<p>2.1 המבטח יפנה לקבלת אישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מירשם. למען הסר ספק יובהר כי המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח אם לא אישר מראש את רכישת התרופה.</p>	<p>2.1</p>
<p>2.2 המבטח ישפה את המבטח כנגד העברת קבלות מקוריות, ו/או ישלם ישירות לנותן השיחת עבור התרופה.</p>	<p>2.2</p>

<p>המבטח ישפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בשיעור של לא יותר מאשר 150 ש"ח ליום, ולא יותר מאשר 30 יום לכל מקרה ביטוח.</p>	<p>2.3</p>
<p>חבות המבטח על פי פרק זה תהיה אך ורק לפי התנאים מצטברים להלן: 2.4.1 ההוצאות הוצאו בפועל. 2.4.2 המבטח יחל לשאת בחבותו עפ"י פרק זה רק מעבר לסף תשלום תגמולי ביטוח בסך של 1,620 ש"ח לכל מקרה ביטוח. למען הסר ספק יובהר כי בקחת מקרה ביטוח, ישלם המבטח למבוטח או ישירות לנותן השירות את תגמולי הביטוח רק מעבר לסף תגמולי ביטוח האמור לעיל, אותו ישלם המבוטח בפועל.</p>	<p>2.4</p>
<p>בנוסף לאמור בסעיף 2.4, במקרה שעלות הטיפול התרופתי, תעלה על סף תגמולי הביטוח, ישלם המבטח אך ורק הוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום השתתפות העצמית למרשם שהינה 378 ש"ח לחודש או בגובה של 5% מעלות המרשם, הגבוה מביניהם ולא יותר מסכום השיפוי המירבי.</p>	<p>2.5</p>
<p>סכום השיפוי המרבי שישלם המבטח בגין מקרה ביטוח שאתה עד ליום 31.7.08 ומכוסה על פי פרק זה יהיה 540,136 ש"ח. סכום השיפוי המרבי בגין מקרה ביטוח שאתה החל מיום 1.8.2008 יהיה עד 1,080,272 ש"ח לסך כל מקרי הביטוח על פי פרק זה.</p>	<p>2.6</p>
<p>3. הוצאות מוכרות</p>	
<p>למען הסר ספק, מודגש בזה כי כל ההוצאות הטיפול התרופתי יוכרו וישולמו ע"י המבטח אך ורק כנגד קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד. צילומים או העתקים, גם אם אושרו כתואמים למקור, לא יוכרו לצורך תשלום תגמולי הביטוח. מוצהר ומוסכם כי ההתחשבות תהיה בגין הוצאות מוכרות שהוצאו בפועל, בלבד. לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.</p>	
<p>4. תקופת אכשרה</p>	
<p>המבטח לא יהיה אחראי על פי פרק זה בגין מקרה ביטוח שהצורך בו התגלה ו/או אובחן ו/או ארע במהלך 90 הימים הראשונים, מתאריך מועד הצטרפותו של מבוטח חדש לביטוח עפ"י פרק זה. (להלן: "תקופת האכשרה"). תקופת אכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים.</p>	
<p>5. חיסון צוואר הרחם</p>	
<p>המבטח ישתתף בעלות חיסון סרטן צוואר הרחם לנשים בגיל 26-9. ההשתתפות תהא בגובה של 50% מהעלות שהוצאה בפועל ולא יותר מ 291 ש"ח לכל חיסון.</p>	<p>5.1</p>
<p>הכיסוי יינתן לאחר מיצוי הזכאות במסגרת השב"ן וכל עוד אינו כלול בסל הבריאות.</p>	<p>5.2</p>
<p>הכיסוי מותנה בכך שכל בני המשפחה מבוטחים בפוליסה ללא יוצא מן הכלל.</p>	<p>5.3</p>
<p>לכיסוי זה תקופת אכשרה בת 24 חודשים.</p>	<p>5.4</p>

בנוסף לפרק הסייגים בחלק התנאים הכלליים של הפוליסה יחולו התנאים ו/או ההגבלות המפורטים להלן בפרק זה.

המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי המבטח לכל נותן שירות ו/או עקב מעשה או מחדל של נותן השירות.

<p>6.1 סעיף ההחרגות והסייגים הכלליים והתנאים הכלליים בפוליסה שאליה צורף פרק זה, חל גם על ביטוח נוסף זה, אלא אם צויין בפרק זה מפורשות אחרת.</p>	<p>6.1</p>
<p>6.2 סכום השיפוי המירבי לתרופה לא יעלה על המחיר המירבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מירבי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום השיפוי המירבי, על פי הסכום המירבי המאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב. במידה שלתרופה אין מחיר מירבי מאושר בהולנד, יקבע סכום השיפוי המירבי לפי המחיר המירבי המאושר לאותה תרופה באנגליה, במחירי דולר ארה"ב.</p>	<p>6.2</p>
<p>המבטח לא יהיה אחראי לתשלום תגמולי הביטוח, אם מקרה הביטוח ארע כתוצאה ממהלכה של מחלה או סיבוכיה של מחלה אשר המבוטח לקה בה לפני מועד הצטרפותו לביטוח עפ"י פרק זה או במהלך תקופת האכשרה.</p> <p>המבטח לא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח למקרה ביטוח אשר ארע לאחר תום תקופת הביטוח.</p>	<p>6.3 בכפוף לאמור בסעיף מצב רפואי קודם בפרק ו' סעיף 6</p>
<p>6.4 בנוסף לאמור לעיל לא יהיה המבטח אחראי לכל תשלום על פי פרק זה בגין:</p> <p>6.4.1 תרופה ניסיונית כהגדרתה להלן: תרופה שהשימוש בה מחייב אישור של וועדת הלסינקי.</p> <p>6.4.2 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים ו/או לדיאטה.</p> <p>6.4.3 תרופות לטיפולים במחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים.</p> <p>6.4.4 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.</p> <p>6.4.5 במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בוטמינים ו/או חיסונים, טיפולים שאינם מוכרים ע"י מדע הרפואה ו/או טיפולים רפואיים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות שאינן ידועות במועד קרות מקרה הביטוח.</p> <p>6.4.6 מקרה ביטוח הנובע ו/או קשור לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות ו/או טיפולים נגד עקרות ו/או אין אונות.</p> <p>6.4.7 בכפוף לאמור בסעיף מצב רפואי קודם בפרק ו' סעיף 6. טיפול ו/או שירות רפואי הנדרש עקב מום ו/או מחלה מלידה לרבות מחלות תורשתיות.</p> <p>6.4.8 טיפולים רפואיים שאינם רפואיים קונבנציונליים לרבות טיפולים הומאופתיים או תרופות אלטרנטיביות.</p> <p>6.4.9 מקרה ביטוח אליו נקלע המבוטח בעקבות ו/או בקשר עם אחד מאלה:</p> <p>6.4.9.1 אלכוהולזים ו/או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש לרעה בחומרים שאינם סמים.</p>	<p>6.4</p>

6.4.9.2 תאונת דרכים כמשמעה בחוק פיצוי נפגעי תאונות דרכים, התשל"ה-1975 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

6.4.9.3 תאונת עבודה כמשמעה בחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשכ"ח-1968, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

6.4.9.4 פעולות איבה כמשמען בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל - 1970, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

6.4.9.5 חשיפה כלשהי לקרינה מיננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.

6.4.10 מחלת הכשל החיסוני ו/או מחלות או מצבים שהם מוטציות או וריאציות למחלת האיידס או כל מחלה או תסמונת דומה אחרת היא שמה אשר היא.

7.

במקרה שלמבוטח זכות לשיפוי עבור תגמולי ביטוח לרבות הוצאות מוכחת כמוגדר בפרק זה, גם על פי ביטוחים בחברות ביטוח או גופים אחרים, יתחלק המבוטח עם המבוטחים האחרים בתשלום תגמולי הביטוח לפי היחס שבין סכומי הביטוח בנספח זה ובביטוחים האחרים.

8. הגבלת אחריות המבוטח לגבולות מדינת ישראל

המבוטח לא ישלם תגמולי תרופה בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל.

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

פרק ו': תנאים כלליים לביטוח

1. תשלום דמי הביטוח

1.1 דמי הביטוח וסכומי הביטוח יהיו כמפורט בנספח המצורף לפוליסה זו כשהסכום צמוד למדד מהמדד היסודי.

1.2 תשלום דמי הביטוח יבוצע במחזק ע"י בעל הפוליסה למבוטח עבור כל המבוטחים וזאת בהתאם למנגנון תשלום שיסוכם בין הצדדים. למחות האמור לעיל, דמי הביטוח בגין המבוטחים החיצוניים ישולמו באופן ישיר על ידי המבוטח החיצוני, ועל אחריותו בלבד ואל על לא תהא אחראית כלל בכל הנוגע לגביית הפרמיה בגין מבוטחים חיצוניים כאמור.

1.3 בתום כל חודש של תקופת הביטוח תבוצע התאמה כספית בגין תשלום דמי ביטוח נוספים שעל בעל הפוליסה לשלם למבוטח עבור מבוטחים נוספים המצטרפים במהלך תקופת הביטוח תוך התחשבות במבוטחים אשר הביטוח חדל לחול עליהם במהלך תקופת הביטוח.

1.4 מוסכם בזאת, כי כל איחור בתשלום דמי הביטוח של מעל ל- 30 (שלושים) ימי עסקים מהמועד הקבוע בסעיף 1.2 לעיל, יחשב להפרה יסודית של ההסכם והמבוטח יהא רשאי להביא הפוליסה לסיומה, בהודעה מוקדמת של 30 יום ובכתב, לבעל הפוליסה אלא אם כן שולמו דמי הביטוח בגין התקופה דלעיל, בהסכמת המבוטח וזאת מבלי לגרוע מזכותו לפי כל דין.

2. תקופת הביטוח

2.1 תקופת ביטוח זו הינה 3 שנים החל מהמועד הקובע ועד לתאריך ה- 31.7.2011, בכפוף לתנאים הקבועים בהסכם שנחתם בין בעל הפוליסה והמבטח ואשר פוליסה זו מהווה חלק בלתי נפרד הימנו.

2.2 מבלי לגרוע מהתנאים הקבועים בהסכם שנחתם בין בעל הפוליסה והמבטח, לרבות זכותו של בעל הפוליסה לסיים את תקופת הביטוח בכל עת ללא מתן נימוק כלשהו בהודעה מראש של 60 ימים, מוסכם כי המבטח תשא להביא הסכם זה לסימו בתום שלוש שנות הביטוח הראשונות. הוראות ההסכם והפוליסה, לרבות דמי הביטוח, יעמדו בעינם ובמלואן עד לסיים תקופת ההתקשרות.

3. המשכיות במקרה של הפסקת הביטוח לכלל המבוטחים

3.1 הופסקה הפוליסה או לא חודשה לכלל המבוטחים יוכל כל מבטח, להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות או הסייעוד הפרטיות הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח ובהנחה בשיעור של 15% מתעריפי הפוליסה הפרטית ל- 5 השנים הראשונות.

3.2 כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לתקופת ההסכם הקודמת, המוקדם מביניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים ככל הניתן בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.

3.3 המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 60 יום מיום פרישתו מהסכם זה.

3.4 במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבהסכם זה (ההסכם החדש), לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.

3.5 היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו חרגות, יחולו חרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.

3.6 להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החדשים.

4. התאמת דמי ביטוח ("פרמיות")

4.1 כחוח ביטוחי יראו: 70% מהפרמיה שנגבתה בגין אותה תקופת ביטוח כשהיא משוערכת למדד, בהפחתת תביעות משולמות ותלויות בגין איחעים ביטוחיים באותה תקופה לרבות IBNR כשהן משוערכות למדד.

4.2 הכפסדים בתכנית הביטוח בתקופת ביטוח יראו את הסכום בו עולה סכום התביעות המשולמות והתלויות, בגין אותה תקופת ביטוח כשהוא משוערך למדד על סכום של 70% מסכום הפרמיות המשולמות בגין אותה תקופה כשהן משוערכות למדד.

<p>אם יתברר בתום תקופה של 24 חודשים כי תוכנית הביטוח נשאה חוח ביטוחי, כהגדרתו בסעיף 3.1, יועבר 50% מהרווח לבעל הפוליסה.</p> <p>אם יתברר בתום תקופה של 24 חודשים כי תוכנית הביטוח נושאת הפסדים למבטח, כהגדרתם בסעיף 3.2 לעיל, יועלו דמי הביטוח לתקופה שלאחריה בשיעור מתאים, אשר בכל מקרה לא יעלה על 20%.</p>	<p>4.3</p>
<p>מוצהר ומסכם בזה כי זכותם של בעל הפוליסה ו/או המבוטחים לחלק מהרווח הביטוחי עפ"י הסכם זה - מותנית בקיום תוקפו של הסכם זה משך כל תקופת הביטוח ותשלום מלוא דמי הביטוח במלואם ובמועד.</p>	<p>4.4</p>
<p>להסרת ספק יובהר כי דמי הביטוח הנגבים בגין המבוטחים החיצוניים והתביעות שיוגשו על ידם יילקחו בחשבון לצורך חישוב הרווח/ ההפסד הביטוחי.</p>	<p>4.5</p>
<p>5. שירות למבוטחים</p>	
<p>המבטח ידאג לקיים מוקד טלפוני הפועל 24 שעות ביממה בטל' 1-800-625625 לצורך ייעוץ למבוטחים בכל בעיה רפואית, והכוונתם למגוון השירותים הניתנים במסגרת תכנית הביטוח.</p>	<p>5.1</p>
<p>המבוטח יאפשר למבטח לנמש זכויותו לשיפוי על פי תכניות הביטוח ללא צורך בתשלום כספי על ידי המבוטח, וזאת בדרך של התחשבות ישירה בין המבטח לבית החולים והרופא המנתח המטפלים במבוטח, והכל בכפיפות לתנאי הפוליסות חריגה וסייגהן.</p>	<p>5.2</p>
<p>"מי שחדל להיות עובד במשך תקופת הביטוח (שלא עקב פרישה לגמלאות לפי החוק), ובני משפחתו כמוגדר בסעיף 4.5 להלן, יהיו זכאים להמשיך ולהיות מבוטחים בפוליסה אם בחו לעשות כן, עד לתום תקופת הביטוח ובתנאי שגילו של העובד מתחת לגיל פרישת חובה הקבוע בחוק ובלבד שהם משלמים את דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה במלואם באמצעות הוראת קבע מחשבונם האישי בבנק. מובהר בזה כי דמי הביטוח בגין עובד לשעבר כאמור ובני משפחתו ישולמו באופן ישיר על ידם ועל אחריותם בלבד ואל על לא תהא אחראית כלל בכל הנוגע לגביית הפרמיה בגינם.</p>	<p>5.3</p>
<p>עובד אל על אשר פרש לגמלאות לרבות בני משפחתו יהיו זכאים לביטוח במסגרת פוליסה קבוצתית לגמלאים, אם וככל שקיים, אך ורק באמצעות עמותת גמלאי אל על בכפוף להוראות הפוליסה הקבוצתית שנחתמה ע"י העמותה (להלן: "ביטוח הגמלאים") לרבות תנאי ההצטרפות לביטוח הגמלאים.</p> <p>למען הסר ספק יובהר כי אין באמור בס"ק זה בכדי לחייב את המבטח בקשר עם הביטוח לגמלאים לרבות לכיסוי הכלול בה.</p>	<p>5.4</p>
<p>לשם ניהול התביעות והפוליסה יעמיד בעל הפוליסה לרשות המבטח חדר במשרד בבניין אל על. המשרד יעמוד לרשות המבטח בימים ב' ו- ד' בין השעות 12:00-16:30 המבטח מתחייב כי נציג מטעם סוכנות מבטח חם יפעיל ברציפות את המשרד בכל ימי העבודה דלעיל.</p>	<p>5.5</p>
<p>כל אימת שהמבטח מחויב לשלם על פי הפוליסה למבוטח ו/או לבעל הפוליסה, בגין איחוע נשוא הסכם זה, יועבר התשלום לא יאוחר מעשרה ימי עסקים ממועד הגשת התביעה ו/או הקבלות ו/או הדרישה מטעם המבוטח למבטח. מוסכם בזאת, כי סעיף זה הינו סעיף יסודי בפוליסה וכי הפרתו או אי קיומו במועד הנקוב, יחשב להפרה יסודית של ההסכם ובעל הפוליסה יהא רשאי להביא הפוליסה לסיימה, בהודעה מוקדמת של 30 יום ובכתב, למבטח וזאת, מבלי לגרוע מזכותו לפי כל דין.</p>	<p>5.6</p>

כל אימת שהמבטח מחוייב לשלם על פי הפוליסה למבוטח ו/או לבעל הפוליסה, בגין איחוע נשוא הסכם זה, יועבר התשלום לא יאוחר מעשרה ימי עסקים ממועד הגשת התביעה ו/או הקבלות ו/או הדרישה מטעם המבוטח למבטח. מוסכם בזאת, כי סעיף זה הינו סעיף יסודי בפוליסה וכי הפרתו או אי קיומו במועד הנקוב, יחשב להפרה יסודית של ההסכם ובעל הפוליסה יהא רשאי להביא הפוליסה לסיימה, בהודעה מוקדמת של 30 יום ובכתב, למבטח וזאת, מבלי לגרוע מזכותו לפי כל דין.

6. ועדת חריגים

ועדת החריגים תורכב משני נציגים מטעם המבטח ושני נציגים מטעם בעל הפוליסה, כאשר נציג אחד מכל צד יהיה חפא, ואשר תתכנס מעת לעת עפ"י דרישת בעל הפוליסה ו/או המבטח לחן בבעיות שוטפות המתעוררות בניהול הפוליסה. בכל מקרה של אי הסכמה תועבר ההכרעה לחפא היועץ. במידה והחלטת החפא היועץ לא תהיה מקובלת על הצדדים תועבר ההכרעה לבורר מוסכם, מתוך רשימה של בוררים אשר תצורף כנספח ד' לפוליסה זו. כל עלויות הבוררות יחולו על חברת הביטוח.

7. סייג כללי שיחול על כל פרקי הפוליסה - סייג בגין מצב רפואי קודם

7.1 תנאי מיוחד

פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם:

7.2.1 סייג בשל מצב רפואי קודם:

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.

7.2.2 תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם:

על אף האמור בסעיפים א'- ב' לעיל, סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.

7.2.3 תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם:

סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים המכר בהודעת המבוטח. מובהר כי סעיף זה לא יחול על מבוטחים אשר הצטרפו לביטוח מבלי שגדרשו למלא הצהרת בריאות, לא יחול על מבוטחים קיימים ולא על עובדי בעל הפוליסה.

8. הודעות הצטרפות וגריעה

בסמוך לפני ביצוע כל תשלום דמי ביטוח חודשיים תודיע למבטח בכתב על כל מבוטח אשר נוסף או נגרע עקב ציון כל הפרטים עפ"י נוהל הצטרפות הנהוג אצל המבטח.

9. מיסים והיטלים

בעל הפוליסה ישא במיסים ממשלתיים ואחרים שיחולו על דמי הביטוח או על תשלומים אחרים שבעל הפוליסה מחוייב לשלמם לפי הפוליסה. למען הסר ספק מובהר בזה כי מיסים ממשלתיים ואחרים החלים ו/או שיחולו עפ"י דין על המבטח, בין אם בגין הפוליסה ובין שלא, ישולמו ע"י המבטח ללא זכות קיזוז מהמבוטח או מבעל הפוליסה.

10. איסור הסבה

המבטח אינו רשאי להעביר או להסב במישרין או בעקיפין את זכויותיו וחובותיו בהתאם לפוליסה זו אלא בהסכמת בעל הפוליסה מראש ובכתוב.

11. התיישנות

תקופת התיישנות של תביעה על פי הפוליסה היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

12. קרן פיצוי לתשלומי "לפנים משורת הדין"

המבטח יזקוף לזכות בעל הפוליסה סכום בגובה 1% מהפרמיה החודשית המצטברת אשר תשמש לתשלומי תביעות לפנים משורת הדין. מנהל אגף משאבי אנוש, מנהל מחלקת שירותי חוזה ומזכיר ציגות העובדים, כולם ביחד וכל אחד לחוד, יהיו המוסמכים מטעמו של בעל הפוליסה להורות לחברת הביטוח על תשלום לפנים משורת הדין. לא ישולמו סכומי ביטוח לפנים משורת הדין מעבר לסכום הקיים בקרן בפועל.

13. הודעות

13.1 כל ההודעות, הדרישות, התביעות והמסמכים שישלחו ע"י צד אחד למשנהו במסגרת הסכם זה, ישלחו בדואר רשום לפי הכתובות שלהלן ויחשבו כאילו הגיעו לתעודתם כעבור שלשה ימי עסקים מעת מסירתם בבית הדואר. ואלה הכתובות:

אל נל - אל על על נתיבי אויר לישראל בע"מ. 41, נתב"ג. 70100 - לידי ראש אגף כח אדם.
המבטח - הפניקס חברה לביטוח בע"מ. ח.פ. 0-52-001745
או למען אחר שיודיע צד אחד למשנהו במכתב בדואר רשום, 30 יום מראש.

13.2 כל הוראה או הודעה שהצדדים יתנו אחד לשני באמצעות מכשיר פקסימיליה, תהיה בת תוקף כאילו ניתנה בדרך של הודעה בכתב ואישור פקיד על פני העותק שהתקבל או צילום שלו יהוו ראיה מספקת לעניין קבלת ההודעה ומועד קבלתה. כל שינוי בפוליסה, אם יתבקש, יכנס לתקפו רק לאחר שנרשם על ידי המבטח בפוליסה.

14. מקום שיפוט

מקום השיפוט הבלעדי בכל הקשור בהסכם זה יהיה בכל בית משפט מומסך בישראל.

15. שמירת סודיות

כל צד מתחייב בזאת כי כל שימוש במידע, פרטים ונתונים אשר יגיעו לידיעתו או לידיעת מי מעובדיו ו/או שליחיו ו/או נציגיו ו/או סוכניו תוך כדי ביצוע התחייבותיו על פי פוליסה זו, ישמחו על ידיו בסודיות מלאה ומוחלטת ולא יעברו ימסרו או יובאו לידיעת כל אדם זולתם. כן מתחייבים הצדדים כי כל שימוש במידע ובנתונים הנ"ל יעשה אך ורק לצרכים המותרים על פי דין ובהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.

נספח א': נספח סל הטבות לעובדי אל על ובני משפחתם

תמורת תשלום פרמיה נוספת יהיה זכאי המבוטח לשירותים המפורטים להלן בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בנספח זה להלן. החברה תהיה משוחררת מכל התחייבויותיה שעל פי נספח זה, אלא אם היו הפוליסה לעובדי אל על ובני משפחתם ונספח זה בתוקפם המלא במועד הבקשה לשיחת וקבלתו.

חלק ראשון: הגדרות

1.

בשירותים שלהלן יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות הנתונה להם לצידם:

1.1	החברה	הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
1.2	הפוליסה	פוליסה תקפה לביטוח רפואי לעובדי אל על ובני משפחתם אליה מצורף כתב שירות זה ואשר מקנה את הזכות למנוי לקבלת שיחת זה.
1.3	מבוטח	יחידה ו/בן/בת זוג וילדיהם, המבוטחים בפוליסה ואשר שמם נקוב ברשימה אשר בידי החברה.
1.4	המנוי	מבוטח הזכאי לקבלת השיחותי נשוא כתב שירות זה.
1.5	המשפחה המנויה	בית אב אשר כל אחד מיחידיו המבוטחים בו זכאי לקבלת השיחותי נשוא כתב שירות זה.
1.6	נותן השיחות	פמי ניהול שיחותי רפואיים (1998) בע"מ או כל נותן שיחות אחר כפי שיקבע ע"י החברה מעת לעת.
1.7	המדד	מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
1.8	המדד הבסיס	מדד חודש מרץ 2003 אשר פורסם ביום 15.4.03.
1.9	מידע רפואי	כל מידע רפואי אודות המנוי שיהיה מצוי בידי נותן שיחות ו/או מטפל מטעמו.
1.10	רופא	שהוסמך על ידי השלטונות המוסכים בישראל כמומחה בתחום רפואי מסויים ושמו כלול ברשימת החפאים לפי תקנה 34 לתקנות החפאים התשל"ג - 1973.
1.11	מוקד השיחות	מוקד טלפוני של נותן השיחות אשר פרטיו יפורסמו מעת לעת על ידי החברה ובאמצעותו יופנה המבוטח למוקד החיחום.
1.12	שנת זכאות	תקופה המתחילה במועד תחילת תקופת הכיסוי של המבוטח עפ"י כתב שירות זה ומסתיימת תוך שנה מאותו יום במהלכה זכאי המנוי לקבלת השיחותי נשוא כתב שירות זה.
1.13	המועד הקובע	מועד תחילת תקופת הביטוח על פי הפוליסה, הנקוב בדף פרטי הביטוח, או מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי המנוי, המאוחר מביניהם.
1.14	חג	מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.
1.15	רופא הסכם או מבצע השרות	רופא אשר התקשר עם נותן השיחות בהסכם למתן טיפול למנוייה.

<p>מרפאות אשר נותן השיחות התקשר עימן בקשר עם מתן השיחות נשוא כתב שירות זה. רשימת מרפאות ההסדר תעודכן מעת לעת.</p>	<p>1.16 מרפאות הסדר</p>
<p>סכומים בהם יחוייב המנוי לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירות עפ"י כתב שירות זה, כמפורט בפרקי השירות השונים.</p>	<p>1.17 השתתפות עצמית</p>
<p>מוקד נותן השיחות המתופעל ומנוהל על ידי נותן השיחות הקבלן ומאוייש על ידי צוות רפואי אשר באמצעותו ניתן יעוץ, מידע והכוונה רפואית ו/או פרה-רפואית. מוקד המידע יפעל בימים א' - ה', שאינם ערבי חג או חג, בין השעות 8:00 עד 17:00, ובימי ו' וערבי חג - בין השעות 8:00 עד 14:00.</p>	<p>1.18 מוקד מידע</p>
<p>חלק שני: השירותים</p>	
<p>1. שירות חפא עד הבית</p>	
<p>המנוי יהיה זכאי לשיחותי ביקור בית של חפא, בתיאום עם מוקד השיחות, בעלות של 25 ש"ח בלבד.</p> <p>השיחות יינתן 24 שעות ביממה כל השנה בכל רחבי הארץ ובזמניות של שעתיים ממועד הודעת המנוי. החפא יהיה מצויד בציוד ובתחפויות לטיפול בסיסי בבית המנוי ובסיומו של הביקור יונחה המנוי ע"י החפא לגבי המשך טיפול.</p> <p>מבטח המקק לשחות זה יפנה למוקד השיחות ועל פי הפרטים והנתונים שימסור, יפנה לקבלת השחות הרפואי באחד ממרכזי השחות הרפואי המופעלים באותה העת על ידי נותן השיחות, הנמצא בסמוך למקום הימצאו.</p> <p>הזכאות לשיחות מותנית בקרות מקרה הביטוח שהינו:</p> <p>א. מצב רפואי לקוי ו/או מחלה של המבוטח.</p> <p>ב. מועד קרות מקרה הביטוח הוא המועד בו פנה המבוטח למוקד השיחות.</p>	<p>1.1 השירות</p>
<p>בפנייתו הראשונה של המנוי לנותן השיחות במוקד השיחות יאומתו פרטיו וזכאותו לשיחות זה ויקבל הסבר מפורט בדבר השיחות ואופן השימוש בו. כמו-כן יערך שאלון רפואי קצר, וזאת על מנת שפרטיו הרפואיים של המנוי יוכנסו למחשב נותן השיחות ויופיעו בפני הצוות הרפואי בשעת הצורך. נותן השיחות פעיל בכל ימות השנה 24 שעות ביממה.</p>	<p>1.2 נוהל קבלת שירות</p>
<p>השחות יינתן בכל מקום בו ימצא המבוטח המקק לשחות, למעט באזור מזרח ירושלים יהודה ושומרון, מבטח מאיזור זה, המקק לשחות, ועל פי הפרטים והנתונים שימסור למוקד הרפואי יומלץ לו על ידי המוקד הרפואי להגיע למרפאה והוא יתן הסכמתו לכך, יפנה לקבלת השחות הרפואי באחד ממרכזי השחות הרפואי המופעלים על ידי נותן השיחות, הנמצא בסמוך למקום הימצאו, וזאת ללא כל תוספת מחיר לדמי ההשתתפות העצמית האמורים להלן, הכל לפי בחירת המבוטח ובכפוף לשעות הפעילות של המרכז הרפואי.</p>	<p>1.3</p>
<p>2. יעוץ רפואי טלפוני</p>	
<p>המנוי יהיה זכאי לשרותי יעוץ אבחון, וסיוע באמצעות טלפון הניתנים ע"י צוות רפואי בתחומים המפורטים להלן:</p> <p>2.1.1 מרפאה טלפונית לבעיות רפואיות כלליות, לרבות: מידע, יעוץ הכוונה, אבחון ופתרון בעיות חירום בכל שעות היממה וככל שיידרש ע"י המנוי.</p> <p>שירות המרפאה הטלפונית יינתן בכל שעות היממה בכל ימות השנה ע"י צוות רפואי בהתאם לאופן הפניה.</p>	<p>2.1 שירות רפואי טלפוני</p>

<p>2.1.2 המנוי רשאי לקבל מידע כללי לגבי תחפוזת. לא תינתן המלצה לטיפול תחפוזתי דרך הטלפון.</p> <p>2.1.3 המנוי רשאי לקבל מידע כללי לגבי מחלה אשר הוא או אחד מבני משפחתו חלה בה.</p> <p>2.1.4 המנוי רשאי לבקש הבהרות והסברים לגבי בדיקות רפואיות אשר עליו לעבור, ההכנות הנדרשות לבדיקת אופי הבדיקה והתוצאות האפשריות.</p> <p>2.1.5 המנוי רשאי לבקש הסברים לגבי סוגים שונים של טיפולים רפואיים הקיימים לגבי מחלה מסויימת. לא תינתן המלצה לגבי טיפול מועדף.</p> <p>2.1.6 המנוי רשאי לקבל הסברים לגבי חיסונים שעליו ו/או על ילדיו לעבור.</p>	
<p>2.2.1 במקרה של זיהוי מצב חירום אצל המנוי במסגרת השיחות הרפואי האמור בסעיף א', ינחה נותן השיחות את המנוי בדבר פעולה שדורשת להיעשות בבית ויזניק עבורו את שיחותי החירום הרפואיים.</p> <p>2.2.2 הזנקת אמבולנס באמצעות נותן השיחות על פי בקשת המנוי. למען הסר ספק יצוין כי עלות שיחות הסעת המבוטח באמבולנס לא יחול על נותן השיחות.</p>	<p>2.2 שירות פינוי במקרה חירום</p>
<p>שיחות זה אינו כורך בתשלום השתתפות עצמית.</p>	<p>2.3</p>
<p>3. שירות חירום שיניים</p>	
<p>3.1.1 מוקד חירום: מרפאות שיניים אשר להן הסדר תשלומים עם החברה.</p> <p>3.1.2 טיפול חירום: טיפול לעזרה ראשונה ושיכורך כאבים במקרה של כאבי שיניים המחייב טיפול מתוך רשימת הטיפולים המפורטת להלן ובלבד שהמבוטח לא זומן לטיפול מראש.</p>	<p>3.1 הגדרות לשירות זה</p>
<p>3.2.1 המנוי יהיה זכאי לביצוע טיפול חירום בשינוי באמצעות מוקד חירום בלבד.</p> <p>3.2.2 רשימת הטיפולים להם זכאי המנוי הינם הטיפולים המצויים ברשימה להלן המחייבים קבלת טיפול חירום ובלבד שהמנוי לא זומן לטיפול מראש, כחלק מטיפול שיניים שגרתית:</p> <p>טיפול בעצב מודלק.</p> <p>ניקוז מורסה משן נגועה.</p> <p>חתך מתשם מתאים לשיכורך כאב, במידה ולא ניתן לטפל בשן באותה עת. ספליטוס עקב דחיסת מזון.</p> <p>דלקת חניכיים חריפה עם כאבים.</p> <p>פריקורוניטיס.</p> <p>הורדת נקודת לחץ של תותבת.</p> <p>הדבקת כתר שן שנפל.</p> <p>איזון מנשך ושחרור פצעי לחץ.</p> <p>סתנימה זמנית.</p>	<p>3.2 השירות</p>
<p>החברה תשלם ישירות למוקד חירום את כל ההוצאות הכרוכות בטיפול החירום ובלבד שיתקיימו כל התנאים המפורטים להלן:</p> <p>3.3.1 הטיפול יינתן במוקד חירום בלבד ובהפניית מוקד נותן השיחות.</p> <p>3.3.2 הטיפול שניתן בכלל ברשימת הטיפולים המפורטים בסעיף 3.2.2 לעיל.</p> <p>3.3.3 המבוטח לא זומן לטיפול מראש ולא יהיה לו כל מועד מתוכנן קודם לקבלת הטיפול.</p>	<p>3.3 תנאי מוקדם לאחריות החברה</p>

<p>המנוי ישלם ישירות לנותן השיחת, שביצע את השיחת בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך של 60 ש"ח כולל מע"מ לכל טיפול.</p> <p>4.1.1 מטפל: פסיכולוג קליני או חינוכי, או עובד סוציאלי בוגר בית הספר לפסיכותרפיה בעל תעודת עיסוק כמטפל על פי דיני ישראל.</p> <p>4.1.2 מידע רפואי: כל מידע רפואי אודות המנוי שיהיה מצוי בידי נותן שיחת, עובדיו ו/או מטפל מטעמו.</p> <p>4.2.1 המנוי יהיה זכאי לקבל יעוץ פסיכולוגי באמצעות טלפון ע"י מטפל מטעם נותן השיחת, בין היתר אך לא רק בנושאים המפורטים להלן:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. התמודדות עם מוות במשפחה. 2. התמודדות עם תאונות דרכים. 3. התמודדות עם ניתוחים גדולים. 4. התמודדות עם מחלות כרוניות, מחלות קשות או מצבים סעודיים. 5. התמודדות עם פגיעה ו/או מגבלה פיזית ו/או נכות. 6. התמודדות עם פיטורים ממקום עבודה או משבר עסקי. 7. התמודדות עם גיחשין בין בני הזוג. 8. התמודדות עם בעיות סמים. 9. התמודדות עם בעיות של ילדים בעלי לקויות למידה. 10. התמודדות עם הפרעות אכילה - אנוורקסיה או בולמיה. 11. התמודדות עם מחלות הכחכות באשפוז בבית חולים. 12. התמודדות עם מחלות כרוניות, מצבים סעודיים. <p>4.2.2 המנוי זכאי ליעוץ הטלפוני האמור בסעיף א' לעיל, ללא הגבלה במספר הפניות וללא תמורה מטעם המנוי לנותן השיחת ו/או מטפל מטעמו.</p> <p>4.2.3 המנוי יהיה זכאי לקבל יעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות אישיות עם מטפל מטעם נותן השיחת עד ל- 12 טיפולים בשנה בעלויות מופחתות כמפורט להלן: 3 פגישות ראשונות - 130 ש"ח לכל פגישה, 9 פגישות נוספות - 230 ש"ח לכל פגישה.</p> <p>4.2.4 קביעת הפגישות והתאמת המטפל תעשה בהתאם לסוג הבעיה ולהתמחות המטפל הכלל לשיקול דעתו המקצועי של נותן השיחת. מובהרכי המטפל שנתן את היעוץ הטלפוני למבוטח לא יבצע בהכרח את פגישות הייעוץ עם המבוטח.</p> <p>4.2.5 פגישות הייעוץ תערכנה במשרדו של המטפל בפועל כאשר המבוטח המקק לשיחת יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל המטפל בפועל. השיחת אינו כולל פגישות ייעוץ בבית המבוטח.</p> <p>4.2.6 השיחת על פי כתב שיחת זה לא ינתן במקרה שעל פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל בפועל טיפול יעיל בבעיה מצריך אשפוז, טיפול במעון יום, התערבות של מרפאה או טיפול משולב של מספר אנשי צוות.</p> <p>4.2.7 למבוטח הזכות לבקש להחליף את המטפל בפועל ובמקרה זה נותן השיחת יעשה כמיטב יכולתו על מנת להפנות את המבוטח למטפל אחר מתוך המערך של נותן השיחת ובלבד שהחלפת המטפל בפועל לא תסתור את שיקול הדעת המקצועי של המטפל המקורי.</p>	<p>3.4 השתתפות עצמית</p> <p>4 שיחות לטיפולים פסיכולוגיים</p> <p>4.1 הגדרות לפרק זה</p> <p>4.2 הזכאות לשיחות</p>
---	---

<p>4.2.8 השירות לא ינתן במקום שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל קיים רקע אורגני לסבלו של המבוטח או חשד לרקע אורגני המצריך עפ"י הוראות הדין בדיקה של חפא בסמוך לתחילת הטיפול, אלא אם נמסר למטפל אישור בכתב של החפא הקובע את הטיפול הדחש.</p> <p>4.2.9 השירות על פי כתב שירות זה אינו כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.</p>	
<p>4.3.1 מטפל מטעם נותן השירות ייצור קשר טלפוני עם המנוי תוך 4 שעות, לכל היותר, מרגע קבלת הדרישה מטעם המנוי, למספר הטלפון שנמסר על ידי המנוי.</p> <p>4.3.2 במידה ובמספר הטלפון שנמסר לא יענה המנוי, תשמר סודיות מלאה באופן לפיה המטפל לא יציג את עצמו או את מטרת התקשורתו וישאיר הודעה הכוללת רק את שמו ומספר הטלפון בו ניתן להשיגו.</p> <p>4.3.3 למען הסר ספק, מובהר כי התמורה בגין פגישות אישיות עם מטפל מטעם נותן השירות כאמור בסעיף 2 ג' תשולם על ידי המנוי ישירות למטפל ובשום דרך ואופן שלא באמצעות החברה.</p> <p>4.3.4 לאחר תיאום הפגישה הראשונה במסגרת ייעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות, יתבצע המשך הייעוץ, תיאום פגישות, שינוי מועדים וביטולן ישירות בין המבוטח למטפל מטעם נותן השירות, ללא מעורבות מוקד החברה.</p>	<p>4.3 נוהל קבלת השירות</p>
<p>5. שירות לרפואה משלימה</p>	
<p>5.1.1 מנוי, אשר קיבל הפניה בכתב מחפא, לקבלת טיפול המכוסה במסגרת שירות זה, יהיה זכאי לקבלת נותן השירות הרלוונטי במרפאת ההסדה, וזאת לפי הפנייה של מוקד השירות וכנגד המצאת ההפניה והאבחנה כאמור (במקור) למוקד, הכל בהתאם ובכפוף לאמור בכתב שירות זה.</p> <p>5.1.2 המנוי יהא זכאי לקבל שיחתי רפואה משלימה כמפורט להלן, ושיחתיים אלה בלבד (להלן: - "השיחתיים"):</p> <p>5.1.2.1 אקופונקטורה - טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.</p> <p>5.1.2.2 רפלקסולוגיה - טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.</p> <p>5.1.2.3 שיאצו - לחיצה ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת האנרגיה בגוף.</p> <p>5.1.2.4 אוסטיאופתיה - טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.</p> <p>5.1.2.5 כירופרקטיקה - עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.</p> <p>5.1.2.6 הומאופתיה - שיטת טיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.</p> <p>5.1.2.7 פלדנקרייז - טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.</p> <p>5.1.2.8 ביו-פידבק - טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.</p> <p>5.1.2.9 נטורופתיה - טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.</p> <p>5.1.2.10 ייעוץ דיאטטי - התאמה אישית של תוכנית תזונה למנוי.</p> <p>5.1.2.11 שיטת טווינא - טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב מס' רקמות עמוק.</p>	<p>5.1 השירות</p>

<p>5.2.1 במסגרת כתב שירות זה יהיה המנוי זכאי להתייעצות אחת עם נותן השירות בתחום הרלוונטי, ובעקבותיה לסדרת טיפולים עליה המליץ נותן השירות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי הבלעדי של נותן השירות, ובכפוף לאישור מראש של מוקד השירות בדבר היותו של המבוטח בגדר מנוי, הזכאי לקבל את השירותים בהתאם לכתב שירות זה.</p> <p>5.2.2 בכל מקרה, סידרת הטיפולים לה יהיה זכאי המנוי כאמור בסעיף 3.1 לעיל תכלול עד 15 (חמישה עשר) טיפולים בשנת ביטוח אחת לטיפול באותה בעיה רפואית (ולמען הסר ספק מובהק, כי פגישת הייעוץ נכללת במנין 15 הטיפולים), בין אם הטיפולים ינתנו על ידי נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירותים המפורטים לעיל ובין אם מדובר בטיפול משולב של נותני שירות בכמה תחומים.</p> <p>5.2.3 בכל מקרה, מספר הטיפולים לו תהא זכאית המשפחה המנויה כולה בשנת ביטוח אחת במסגרת כתב שירות זה לא יעלה על 20 (עשרים) טיפולים (למען הסר ספק, מובהק, כי פגישות הייעוץ נכללות במנין 20 הטיפולים).</p> <p>5.2.4 השירות לא ינתן בהתייחס לבעיות התמכרות כלשהן ולא גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכיוב').</p> <p>5.2.5 השירות לא ינתן בהתייחס לנושא הרחיה או בעיות השמנת יתר אלא אם ניתנה המלצה מפורשת בכתב לכך על ידי החפא המטפל במנוי, הקובעת כי קבלת השירות הינה צורך רפואי בוח.</p> <p>5.2.6 השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו על ידי נותן השירות לצורך הטיפול.</p>	<p>5.2 היקף השירות</p>
<p>5.3.1 בעת הפניה הראשונה למוקד השירות יתבקש המבוטח לענות על שאלון טלפוני הכולל מענה על שאלות המתייחסות לליקוי הבריאותי לרבות ציון האבחנה הרפואית ותאריך תחילת המקרה הרפואי.</p> <p>5.3.2 המבוטח יעביר אל מוקד השירות את האבחון בדבר הליקוי הבריאותי כאמור בסעיף 1.1 לעיל ולא יאוחר מתום 2 ימי עבודה ממועד קבלת האבחון במוקד השירות, ייצור נציג נותן השירות קשר עם המבוטח לצורך תיאום פגישת היעוץ הראשונה או יודיע למבוטח על אי זכאותו לקבלת השירותים עפ"י כתב שירות זה.</p> <p>5.3.1 במסגרת בירור זכאותו של המבוטח לקבלת השירותים לא נערכת בדיקת עבו הרפואי, למעט בדרך של מתן מענה לשאלון הטלפוני. לפיכך אם יתברר במהלך פגישת הייעוץ הראשונה או בתקופת סדרת הטיפולים כי המנוי אינו זכאי לקבלת השירות עפ"י כתב שירות זה, יופסק השירות האמור למבוטח.</p> <p>5.3.4 המנוי יהיה זכאי לבחור את מרפאת ההסדר בה יקבל את השירות מתוך רשימת מרפאות ההסדר כפי שתהיה בתוקף במועד פנייתו.</p> <p>5.3.5 השירות על פי פרק זה ינתן בשעות הפעילות הרגילות של מרפאות ההסדר ולפי לוח העבודה של מרפאות ההסדר. פגישת הייעוץ הראשונה תתואם על ידי מוקד השירות. המועד המדויק של יתרת סידרת הטיפולים יתואם ישירות בין המנוי לבין מרפאת ההסדר בה נערכה פגישת הייעוץ.</p>	<p>5.3 נוהל קבלת השירות</p>
<p>המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך של 40 ש"ח כולל מע"מ בגין כל טיפול.</p>	<p>5.4 השתתפות עצמית</p>

<p>6.1.1 רופא מומחה - רופא מומחה שבהסדר עם מתן השירות בדרג של מנהלי מחלקות וסגני מנהלי מחלקות בבתי חולים, ובלבד שתחום עיסוקו מומחיותו הינם בנושאים הרלוונטיים להתייעצות.</p> <p>6.1.2 התייעצות - ביקור אצל רופא מומחה לצורך דיון במצבו הרפואי של מני ודרכי טיפול אפשריות, למעט ייעוץ ו/או טיפול רפואי בבעיות רפואיות שגרתיות או במסגרת ביקורת רפואית שיגרתית הניתנת על ידי רופא כללי או רופא משפחה או רופא ילדים או רופא נשים.</p>	<p>6.1 הגדרות לפרק זה</p>
<p>המנוי יהיה זכאי ל- 2 התייעצויות עם רופא מומחה בשנת ביטוח (ללא הגבלה בפרקי הזמן בין ההתייעצויות) בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך של 90 ש"ח בגין כל התייעצות. מובהר כי דין ההתייעצות חוזרת כדן התייעצות.</p>	<p>6.2 השירות</p>
<p>השירות על פי כתב שירות זה אינו כולל מתן חוות דעת מקצועית לארכים משפטיים.</p>	<p>6.3</p>
<p>להסרת ספק יובהר כי ההתייעצות עם הרופא המומחה תיעשה באמצעות המוקד בתיאום (לא יתקבלו קבלות על ביקור אצל הרופא בדיעבד).</p>	<p>6.4</p>

7. שירותים נוספים

<p>הטבות לשירותים רפואיים המבוצעים ע"י נותני שירות במרפאות ההסדר המנוי יהיה זכאי לבדיקות וטיפולים שאינם כלולים בסל הבריאות, בכפוף לזכאות המבוטח לבדיקה חליפית על פי הסל ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסכום הנקוב בצד כל בדיקה:</p> <ul style="list-style-type: none"> • קולונסקופיה הדמייתית בהשתתפות עצמית של 350 ש"ח לבדיקה. • אורתסקון בהשתתפות עצמית של 250 ש"ח לבדיקה. • בדיקת צפיפות עצם בהשתתפות עצמית של 135 ש"ח. <p>הוגשה למבטח תביעה לתשלום בדיקת קולונסקופיה (להלן: "הבדיקה הנוספת") עפ"י הפוליסה לאחר שבוצעה במנוי בדיקת קולונסקופיה הדמייתית עפ"י כתב שירות זה, יקוזז מתשלום תגמולי הביטוח בגין הבדיקה הנוספת, הסכום ששולם ע"י המבטח לנותן השירות בגין בדיקת הקולונסקופיה ההדמייתית.</p> <p>7.1.2 מנייה תהיה זכאית לקבלת החזרים בבדיקות הריון כמפורט להלן:</p> <ul style="list-style-type: none"> 7.1.2.1 בסקירת מערכות ראשונה 700 ש"ח 7.1.2.2 בסקירת מערכות שניה 900 ש"ח 7.1.2.3 בבדיקת שקיפות עורפית 300 ש"ח 7.1.2.4 בדיקת מי שפיר 900 ש"ח 7.1.2.5 בדיקת סיסי שליה - 700 ש"ח 7.1.2.6 בדיקות גנטיות לעובר - 250 ש"ח לבדיקה <p>אופן מתן השירות: המנייה תהיה זכאית לקבל החזר עבור ביצוע בדיקה/ות לעיל, כנגד הצגת קבלות מקוריות ולא יותר מ- 1500 ש"ח עבור כל הבדיקה/ות שבוצעו במהלך ההריון, ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20% לכל בדיקה. מובהר כי החזרים יינתנו בגין הריון שהחל לאחר מועד תחילת הכיסוי על פי כתב שירות זה. לא יינתנו החזרים בגין הריונות קודמים טרם ההרחבה.</p>	<p>7.1</p>
---	-------------------

<p>7.1.3 ניתוחי לייזר לתיקון קוצר ראייה במחיר של \$ 985 כולל מע"מ לכל עין.</p> <p>7.1.4 הנחות שונות לטיפולים רפואיים במרפאות ההסדר בהתאם לרשימת הטיפולים המצוייה אצל נותן השיחת כפי שתשתנה מעת לעת. מידע לבני הנחות אלו ניתן לקבל במוקד השיחות.</p> <p>7.1.5 מנוי למשדר קרדילוגי: אירוע לבבי: אחד מהליקויים הבריאותיים שלהלן:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. תעוקת לב יציבה 2. אוטם חד בשריר הלב 3. צנתור או ניתוח מעקפים 4. בעלי קוצב לב 5. בעלי הפרעות קצב 6. קרדיומיופטיה 7. בעלי מחלות מסתמיות 8. בצקת/גודש ריאתי 9. אי ספיקת לב <p>מנוי שעבר אירוע לבבי שבעקבותיו מצבו הרפואי, על פי חו"ד רפואית של חפא מומחה בתחום, מחייב שימוש של המבוטח בשיחותי מנוי למשדר קרדילוגי, יהיה זכאי לקבל משדר מכשיר קרדיוביפר למשך 5 שנים בכפוף לתשלום פיקדון בסך 900 ש"ח.</p>	
<p>מנויה לאחר לידה ובן זוגה המנוי יהיו זכאים לקבל ממוקד המידע סיוע והכוונה במשאים הבאים:</p> <ul style="list-style-type: none"> • הדרכה בהנקה • הדרכה בטיפול בתינוק • הכוונה וייעוץ לטיפול בתינוק לאחר ברית מילה. 	<p>7.2 שירות טיפת חלב טלפוני</p>
<p>באמצעות פניה למוקד המידע תנתן האפשרות לסייע למנוי באיתור חומר רפואי בכל נושא רפואי לרבות תכנים מקצועיים. המידע כולל איתור מידע אודות חפאים מומחים בארץ ובחו"ל לטיפול בבעיה רפואית מכל סוג.</p> <p>המידע יועבר למנוי באמצעות דואר אלקטרוני או דואר וניתן ללא התניה במספר הפניות וללא השתתפות עצמית כלשהי.</p>	<p>7.3 שירות אינטרנט בריא</p>
<p>שיחות המאפשר כיסוי עולמי לקבלת ייעוץ והכוונה טלפוני וקיום שיחת ועידה עם חפא ישראלי בשפה העברית במוקד המידע של נותן השיחות.</p> <p>השיחות ו/או האבחון הרפואי ו/או שיחת הוועידה אינו כרוך בתשלום השתתפות עצמית.</p>	<p>7.4 שירות רפואי עולמי</p>
<p>8. כתב שרות למתן חוות דעת שניה</p>	
<p>בכתב שרות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם.</p> <p>8.1.1 המנוי - מקבל כתב שיחת זה, שהינו זכאי לשיחות על פי כתב שירות זה. לעניין זכאות לקבלת השיחות על פי כתב שירות זה, יראו כמנוי גם את בן זוגו של המנוי, ילדיהם והוריהם הגרים עם המנוי תחת קורת גג אחת.</p> <p>8.1.2 רופא - חפא בעל רישיון מטעם הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לעסוק ברפואה, אשר התקשר עם נותן השיחות למתן שיחות לפי כתב שירות זה.</p>	<p>8.1 הגדרות</p>

<p>8.2.1 המנוי יהיה זכאי לקבל יעוץ טלפוני רפואי במוקד נותן השיחות, ע"י חפא הבית.</p> <p>8.2.2 המנוי יחא זכאי לקבלת שיחות חוות דעת שניה בתחום הרדיולוגיה, פתולוגיה, קרדיולוגיה ובתחומי התמחות נוספים מטובי המומחים.</p> <p>8.2.2.1 שיחות חוות דעת מטובי המומחים בארץ.</p> <p>8.2.2.2 שיחות חוות דעת מטובי המומחים והמרכזים בארה"ב.</p> <p>8.2.2.3 קביעת אבחנה רפואית, והמשכי טיפול רלוונטיים.</p> <p>8.2.3 הזכות לקבלת שחת ע"פ כתב שחת זה הנה אישית ואין המנוי רשאי להעבירה לאחא.</p>	<p>8.2 השחת</p>
<p>8.3.1 המנוי ימסור דוח רפואי מעודכן בצירוף בדיקות וסיכומי חוות דעת מתורגמים לאנגלית במידה וחוות הדעת מיועדת לארה"ב, עם מידע אודות שמות ההורים, מין, תאריך לידה, כתובת וטלפון שבהם ניתן ליצור קשר עמו.</p> <p>8.3.2 מרגע קבלת החומר הרפואי במשרדי החברה ועד שהמנוי יקבל את חוות הדעת מחפא מומחה הנמצא ברשימת הספקים של נותן השיחות, לא יעברו יותר מ- 6 ימי עבודה.</p> <p>8.3.3 במידה והמנוי מעוניין בחוות דעת של חפא שלא נמצא ברשימת הספקים של נותן השיחות (לפי דרישת המנוי) חוות הדעת תימסר למנוי מיד עם קבלתה במשרדי החברה.</p> <p>8.3.4 מקק המנוי לשחת כאמור לעיל, יפנה טלפונית למוקד השחת לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יידעה בשמו, שם הלקוח מכוחו הוא מנוי ומס' הטלפון של בית מגורים של הלקוח.</p> <p>8.3.5 המנוי יחא רשאי לבחור את אחת האופציות לקבלת שיחות (בארץ או בארה"ב).</p> <p>8.3.6 שיחות חוות הדעת השניה יינתנו ע"י טובי המרכזים בארה"ב: John Hopkins - המדורג כמס' 1 בארה"ב Clinic Foundation in New York - המדורג כמס' 4 בארה"ב Columbia Presbyterian in New York - המדורג כמס' 10 בארה"ב.</p>	<p>8.3 אופן קבלת השיחות</p>
<p>8.4.1 המנוי ישלם ישיחות לנותן השיחות דמי השתתפות עצמית בסך של \$ 150 (מאה המישים) דולר בגין חוות דעת בארץ.</p> <p>8.4.2 המנוי ישלם ישיחות לנותן השיחות דמי השתתפות עצמית בסך של \$ 600 (שש מאות) דולר אמריקאים בגין חוות דעת בארה"ב.</p> <p>8.4.3 מע"מ בשיעור 18% אינו כלול במחיה. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכן סכום זה בהתאם.</p>	<p>8.4 השתתפות עצמית</p>
<p>8.5.1 מחויבותה של פמי כלפי המבוטח בטיפולו בבקשת המנוי לקבלת השיחות תסתיים בעת ביטול הבקשה לקבלת השיחות ע"י הודעת המבוטח למוקד השיחות.</p> <p>8.5.2 האחריות בגין איכות השיחות הרפואי נשוא כתב שיחות זה ו/או בגין רשלנות רפואית או אחרת, תחול על חפא ההסכם הרלוונטי בלבד, ופמי לא תחא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים: 8.5.2.1 איכות הייעוץ הרפואי נשוא כתב שיחות זה. 8.5.2.2 רשלנות רפואית או אחרת ו/או כל מק או הפסד שייגרם ללקוח ו/או למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השיחות הרפואי נשוא כתב שיחות זה.</p>	<p>8.5 אחריות</p>

<p>8.5.2.3 הוצאות שהוציא המבוטח עבור טיפול, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה. הוצאות שהוציא המבוטח עבור טיפולים או שירותים ע"י חפא אחר שאינו חפא הסכם.</p>	
---	--

9. תנאים המתייחסים לכל אחד מהשירותים המפורטים לעיל:

הוראות כלליות

<p>9.1 הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.</p>	<p>9.1</p>
<p>9.2 ביקש מבוטח לקבל את השירותים, יפנה טלפונית למוקד השירות יזדהה בשמו ויפרט את מספר תעודת הזהות שלו, כתובתו ומס' פוליסת הביטוח על פיה הוא מבוטח. מוקד השירות פועל לקבלת קריאות של מנויים במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום.</p>	<p>9.2</p>
<p>9.3 השירות ינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.</p>	<p>9.3</p>
<p>9.4 על המנוי יהיה למסור לנותן השירות, לצורך קבלת השירות, את כל מידע בקשר למצבו הבריאותי, והוא מתחייב לעשות כן.</p>	<p>9.4</p>
<p>9.5 המנוי הצהיר כי ידוע לו שלצורך קבלת השירות וכשהדבר ידרש, בהתאם לשיקול הדעת של המוקד הרפואי, יועבר המידע המצוי ברשומה הרפואית, כולו או חלקו, לצוות הרפואי פועל מטעם המוקד הרפואי ו/או למד"א ולכל גורם רפואי אחר באמצעות קשר אלחוט, טלפון, פקסימיליה וכיו"ב אמצעים להעברת מידע, והמנוי מרשה לחברה ולמוקד הרפואי לפעול להעברת המידע כאמור בסעיף קטן זה.</p>	<p>9.5</p>
<p>9.6 המנוי מאשר כי הפרטים הרפואיים שימסרו על ידיו ו/או יתקבלו בקשר אליו מכל חפא ו/או מוסד רפואי ו/או כל גוף אחר יכללו במאגר המידע הממוחשב של החברה ו/או בית החולים על מנת שישמש את עובדי ונציגי החברה ועובדי בית החולים לצורך מתן שירות במסגרת המוקד הרפואי. למען הסר ספק, מובהר כי כללי הסודיות הרפואיים ישמרו במלואם ע"י כל המועסקים על-ידי נתן השירות.</p>	<p>9.6</p>
<p>9.7 נותן השירות רשאי להפעיל במוקד הרפואי מערכת הקלטת שיחות טלפון נכנסות וכי כל שיחה טלפונית שתופנה ממנו למוקד הרפואי או מטעמו יכול שתוקלט לפי שיקול דעת נותן השירות.</p>	<p>9.7</p>
<p>9.8 השירות ינתן בישראל בלבד. למען הסר ספק יובהר כי השירות לא יינתן ביהודה ושומרון.</p>	<p>9.8</p>
<p>9.9 במקרה שנותן השירות במרפאות הסדר על פי הפנית מוקד השירות כאמור לעיל, יהיה על המנוי להגיע למרפאת ההסדר בצמחו ועל חשבנו.</p>	<p>9.9</p>
<p>9.10 במקרה שהמנוי יבקש לבטל את קריאתו לקבלת השירות, יודיע על כך המנוי למוקד השירות לפחות 24 (עשרים וארבע) שעות מראש. לא הודיע המנוי על ביטול קריאתו לפחות 24 שעות מראש, יחוייב המנוי במלוא דמי ההשתתפות העצמית כאמור בסעיף 5 להלן. למען הסר ספק, מובהר כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול קריאתו, גם אם מסר על ביטול הקריאה לנותן השירות או למרפאת ההסדר. סעיף זה לא יחול על שיחת חפא עד הבית אולם במקרה שהמנוי מבקש לבטל את הקריאה לחפא, עליו לידע את מוקד השירות.</p>	<p>9.10</p>

10.1 האחריות בגין איכות השירותים נשוא כתב שירות זה ולא בגין תשלומי רפואית או אחרת, תחול על מבצע השירות הרלוונטי, ונותן השירות ולא החברה לא יהיו אחראים בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

10.1.1 איכות השירות נשוא כתב שירות זה.

10.1.2 תשלומי רפואית או אחרת ולא כל מק או הפסד שייגרם למבוטח ולא למנוי ולא לכל אדם אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שירות זה.

10.1.3 הוצאות שהוציא המנוי עבור שירות, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.

10.1.4 הוצאות שהוציא המנוי עבור שירותים על ידי מבצע שירות אחר שאינו מבצע שירות או מרפאת הסדר כהגדרתן לעיל.

10.2 בנוגע לשירות בדיקה תקופתית יובהר כי בכל מקרה לא תהא אחריות לנותן השירות ולא לחברה לאי תקינות תוצאות א.ק.ג. עקב שיבושים הנובעים ממכשירים חשמליים, הנמצאים באיזור בדיקה.

10.3 יובהר כי אין בהעברת מידע רפואי על המבוטח לנותן השירות בכדי להוות קבלת המידע הרפואי בידי החברה ולא להוות ידיעה של החברה או הודעה לפי חוק חוזה הביטוח תשמ"א 1981 על שינוי מהותי.

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

11. השתתפות עצמית

11.1 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסכום הנקוב בכל שירות. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, יהא נותן השירות זכאי להפסיק ליתן את השירות למנוי לאחר שניתנה למנוי ולחברה הודעה בכתב על כך.

11.2 סכומי ההשתתפות העצמית הנקובים בכתב שירות זה צמודים למדד ממדד הבסיס. הסכומים האמורים כוללים מע"מ בשיעור של 18%. היה יוחל שינוי בשיעור המע"מ ישתנו סכומים אלה בהתאם.

11.3 **ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לנותן השירות או מבצע השירות לפי קביעת נותן השירות ובשום מקרה ואופן שלא באמצעות החברה.**

12. תקופת תוקפו של כתב השירות

12.1 כתב שירות זה יהיה בתוקף במשך שנת הזכאות ויתחדש מאליו בתום שנת הזכאות לשנה נוספת, אלא אם הודיעה החברה למנוי על ביטולו. במקרה של הודעת ביטול כאמור יהיה כתב שירות זה תקף עד תום שנת הזכאות אשר במהלכה ניתנת הודעת הביטול. התקיימו הנסיבות בהן מתבטלת או מסתיימת הפוליסה, על שם המנוי, אליה מצורף כתב שירות זה, יסתיים באותו מועד גם תוקפו של כתב שירות זה ללא כל צורך בהודעה נוספת. תוקפו של כתב שירות זה מותנה בהוראות, בתנאים ובסייגים המפורטים בפוליסת הביטוח אשר כתב שירות מצורף לה.

12.2 על אף האמור בסעיף 12.1 לעיל, כתב שירות זה יהיה בתוקף אלא אם הודיעה החברה על הפסקת השירות עבור כל מבטחיה, בהודעה מוקדמת של 90 ימים.

<p>כתב שיחת 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 שיחת זה.</p>	<p>12.3</p>
<p>במקרה שפעילות נותן השיחת או חלק משמעותי ממנה תפגע ע"י מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, איתני טבע, רעידות אדמה, כח עליון, או כל גורם אחר, שאינו בשליטת נותן השיחת, יהיו תנאי כתב שיחת זה, או כל חלק מהם שנותן השיחת לא יהיה מסוגל לבצע, מושהים למשך תקופתה של הפרעה כאמור. אם חלק שאינו משמעותי ממתקני נותן השיחת יפגע יושהו רק אותם השיחותים, שנפגעו למשך תקופת הפרעה.</p>	<p>12.4</p>
<p>מובהר, כי במועד סיום תקופת תוקפו של כתב שיחת זה, תפקע באותו מועד כל זכות של המנוי על פי כתב שיחת זה לרבות במקרה שהמנוי פנה למוקד לקבלת השיחות לפני תום תקופת תוקפו, אך טרם קיבל את השיחות בפועל.</p>	<p>12.5</p>

13. החוק הנהוג

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

14. סמכות השיפוט

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

1. הגדרות	
1.1 המבטח	הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
1.2 נותן השירות	חברת סקונד אופניון הזכייתת הישראלית של הרשת SOBV המנהלת פעילות בינלאומית למתן שיחתי טלרפואה (להלן: "נותן השירות").
1.3 פוליסה	פוליסת ביטוח רפואי תקפה, שהופקה על ידי המבטח, ואשר מקנה את הזכות לקבלת השיחות נשוא כתב שירות זה.
1.4 מנוי	מבוטח, בעל פוליסה תקפה במועד הבקשה לקבלת השיחות עפ"י כתב שירות זה אשר קיבל הודעה כי הינו מנוי עפ"י כתב שירות זה.
1.5 מטופל	מנוי אשר עבר אירוע כהגדרתו בכתב שיחת זה ומימש את זכאותו לקבלת שירות VIDEO NURSING הוותקנה בביתו ערכה ביתית.
1.6 שירות VIDEO NURSING	בעת ההחלמה בבית, פנייה באמצעות הערכה הביתית למוקד נותן השירות המאוייש באחיות מוסמכות, לצורך קבלת מידע נוסף או הבהרה לגבי בעיה רפואית הקשורה לאירוע או נובעת ממנו, הכל בהתאם ובכפוף לכתב השיחות הרלוונטי ולהוראות כל דין.
1.7 אירוע	הניתוחים המכוסים במסגרת הפוליסה.
1.8 מוקד נותן השירות	מוקד המתופעל ומנהל על ידי נותן השיחות למתן שירות VIDEO NURSING אשר באמצעותו ניתן ייעוץ, מידע והכוונה רפואית ו/או פרה-רפואי בעת ההחלמה לאחר אירוע באמצעות קשר אודיו-ויזואלי עם מנויים בבית.
1.9 שיחה פרטית	פנייה באמצעות הערכה הביתית למוקד נותן השיחות לתיאום שיחה עם פסיכולוג שתתבצע באמצעות הערכה הביתית לגבי כל נושא המטריד את המטופל ו/או את בני משפחתו הקשור לאירוע, הכל בהתאם ובכפוף לכתב השיחות הרלוונטי ולהוראות כל דין.
1.10 שיעור פרטי	לילדים, פנייה באמצעות הערכה הביתית למוקד נותן השיחות לקבלת שיעור פרטי בכל מקצועות הלימוד שיבוצעו באמצעות הערכה הביתית, הכל בהתאם ובכפוף לכתב השיחות הרלוונטי ולהוראות כל דין.
1.11 ערכה ביתית	ציוד טל רפואה הכולל, בין השאר, מערכת שיחת ועידה חוזי (VIDEO CONFERENCE), הוותקנת במקלט הטלוויזיה ו/או במחשב בבית המטופל, או בכל מקום אחר בתחומי מדינת ישראל שיבחר על ידי המטופל, המאפשר קישור אינטראקטיבי אודיו ו/או ויזואלי בין המטופל והצוות הרפואי במוקד נותן השירות.
1.12 תיק רפואי ממוחשב	קובץ ממוחשב הכולל נתונים רפואיים אודות המטופל והאירוע אשר בגינו חובר למוקד נותן השיחות, המזון על ידי הצוות הרפואי של מוקד נותן השיחות על בסיס תשאול מקצועי את המטופל ובחינת סיכום האשפוז הניתן למטופל בעת שיחוח מבית החולים.
1.13 תקופת חיבור	14 (ארבעה עשר) יום החל מיום התקנת הערכה הביתית כשהיא תקינה לפעולה.
1.14 זכאות חינם	במשך תקופת החיבור, זכאי המנוי ל- 60 (שישים) דקות שימוש בשירות VIDEO NURSING ללא תשלום כלשהו.

1.15	דמי התקנה	בעת הפניה לקבלת השיחות לא יחויב המטופל בדמי התקנה.
1.16	דמי שירות	דמי שיחות אשר משולמים על ידי המטופל עבור כל זמן שיחות מעבר לזכאות חינם.
1.17	שעות פעילות מוקד נותן השירות	זמני קבלת פניות כאמור על ידי מוקד המבטח הינם בימים א' - ה' בין השעות 08:00-20:00 ויום ו' בין השעות 08:00-13:00 לא כולל חגים.
1.18	המנהל הרפואי	חפא בעל השיון לעסוק ברפואה במדינת ישראל אשר מועסק על ידי נותן השיחות כמנהל רפואי לצרכים האמורים בכתבי השיחות.
1.19	אחות מוסמכת	אחות מוסמכת אשר מונתה והוסמכה על ידי המנהל הרפואי של נותן השיחות למתן שיחות VIDEO NURSING כהגדרתו בכתב שיחות זה.
1.20	פסיכולוג	ליתן את השיחות הרלוונטי למבוטח, ואשר עבר הכשרה למתן שיחות "שיחה פרטית" במסגרת שיחות ה- VIDEO NURSING.
1.21	צוות רפואי	אחיות, חפא ומנהל רפואי המאיישים את מוקד חברה.
2. השירות		
2.1		בעת קרות אחוז כהגדרתו בכתב שיחות זה, זכאי המנוי לפנות לצוות הרפואי במוקד נותן השיחות ו/או למוקד שיחות של המבטח להזמנת שיחות VIDEO NURSING.
2.2		מעת התקנת הערכה הביתית בבית המטופל, בכפוף להגדרת שעות מוקד נותן השיחות, ללא תיאום מוקדם, תשאי המטופל לפנות באמצעות הערכה הביתית למוקד נותן השיחות, כאשר מתקיים קשר אודיו-ויזואלי בין המטופל והצוות הרפואי לקבלת הכוונה ו/או הדרכה בכל הקשור למצב הבריאותי כתוצאה מהאיחור.
2.3		במסגרת תקופת החיבור זכאי המטופל לפנות למוקד נותן השיחות להזמנת שיחות שיחה פרטית עם פסיכולוג או שיעור פרטי לילדים.
2.4		במסגרת משך הזמן של זכאות חינם ינתן שיחות ללא כל תשלום מצד המטופל. במשך זמן החורג מהזכאות חינם ינתן השיחות בכפוף לחיובות המטופל לתשלום דמי שיחות כמפורט בסעיף.
2.5		מובהר כי אין נותן השיחות נוטל על עצמו בכתב שיחות זה חובה כלשהי ליצור מיוזמתו קשר עם המטופל, וכי הוא אינו תשאי ליצור מיוזמתו חיבור באמצעות ערכה הביתית.
2.6		מובהר ומודגש כי השיחות הניתן על ידי מוקד נותן השיחות, אינו שיחות חירום וכי המוקד אינו מוקד מסוג של מוקד לקריאות חירום ו/או להזעקת עזרה מכל סוג שהוא, ונותן השיחות אינו נוטל על עצמו כל התחייבות וכל אחריות בהקשר זה.
2.7		עם זאת, במקרה שבציג השיחות במוקד נותן השיחות, יגיע במהלך קיומו של קשר עם המטופל עפ"י שקול דעתו - למסקנה כי מצבו של המטופל מצריך הפניית לחפא ו/או לחדר מיון ו/או הפנית אמבולנס של מד"א אל המחובה, ו/או הפניית שיחות חירום שהפונה ממנו עליו באופן ישיר מול הספק (כגון שח"ל או בגל), הוא יביא זאת לידיעת המטופל, ועל פי בקשת המטופל, המוקד יפעל כדי להזעיק טלפונית את מי מהגורמים הנ"ל, מבלי להתחייב בדרך כלשהי כי ניסיון האזעקה יצליח, ומבלי ליטול אחריות כלשהי לטיב הטיפול ו/או הצלחתו.

<p>למען הסר ספק מובהק, כי קל וחומר, אם סירב המטופל לקבל את הצעת הצוות הרפואי, אשר הפנה אותו לחפא ו/או לחדר מיון ו/או הפנה אליו אמבולנס של מד"א, לא תהא לו כל טענה, תביעה או דרישה כלפי נותן השיחות או כל מי מטעמו. מובהר במפורש, כי האחריות להודיע לחברה בכתב על היותו של המטופל בגדר ממני של מוקד חירום כלשהו כגון שח"ל או נטל, חלה על המטופל בלבד, וכל עוד לא יתן לחברה הודעה על כך, תהא נותן השיחות פטורה מלפנות אל הגורם הנ"ל.</p>	
3. נוהל קבלת שיחות	
<p>עבר המטופל איורע וביקש לקבל שיחותי VIDEO NURSING, יתקשר טלפונית למוקד נותן השיחות מוקד השיחות של המבטח ויזדהה בשמו, ככתובתו, מספר הטלפון של בית מגוריו, מספר ת.ז. וכן מספר פוליסה. במקרה של מטופל שהינו קטין, יוצר הקשר באמצעות הורהו או אפוטרופסו.</p>	3.1
<p>הזכאות לקבלת שיחות על פי כתב שיחות זה הינה אישית, ואין הממני או המטופל תשאים להעבירה לאחר.</p>	3.2
<p>באחריות כל ממני לייצע את המבטח ו/או נותן השיחות בדבר כל שינוי בכתובתו ו/או מספר הטלפון.</p>	3.3
<p>בתוך שני ימי עבודה העוקבים למועד פניית הממני לקבלת השיחות, ובמידה והבקשה נמסרה לחברה עד השעה 10:00 של יום העבודה, יפנה אל הממני ציג מטעם נותן השיחות אשר יתאם עימו מועד להתקנת הערכה הביתית. אם נמסרה הבקשה לקבלת השיחות לאחר השעה 10:00 ביום העבודה - פנייה כאמור תהיה תוך שלושה ימי עבודה.</p>	3.4
<p>בעת ההתקנה בבית הממני, המבקש להפוך למטופל, ידריך ציג מטעם מוקד נותן השיחות את הממני בשימוש בערכה הביתית, לרבות לגבי אופן יצירת הקשר עם מוקד נותן השיחות, והם יבצעו יחדיו את ההתקשחות הראשונה למוקד נותן השיחות.</p>	3.5
<p>במהלך התקשחות הראשונה עם מוקד נותן השיחות יבוצע תהליך של פתיחת תיק רפואי ממוחשב עבור הממני. באחריות הממני, טרם היותו מטופל וכתנאי לכך, להעביר את כל הפרטים הרלוונטיים לאירוע לשביעות ראון המנהל הרפואי של נותן השיחות ו/או הרפא הממונה.</p>	3.6
<p>העברת הנתונים הרפואיים לרבות מסמך שחרור מבית החולים לשביעות ראון המנהל הרפואי של נותן השיחות, מהווים תנאי בסיסי למתן השיחות ולהפיכת הממני למטופל.</p>	3.7
<p>בראשית הפגישה עם ציג נותן השיחות כאמור לעיל, וכתנאי להתקנת הערכה הביתית, החיבור למוקד נותן השיחות ולמתן השיחות, יחתום הממני על כתב השיחות ועל כתב שחרור לנותן השחות בנוסח המצורף לכתב שיחות זה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו.</p>	3.8
<p>בראשית ההתקשחות הראשונה למוקד נותן השיחות בנוכחות ציג נותן השיחות וכתנאי להמשך קיומה, יציג הממני פוליסה תקפה. במקרה שהינו קטין אשר הינו מבוטח נוסף בפוליסה, יציג פוליסה תקפה של הבגיר אצלו הוא רשום. לא נכלל מי שהציג עצמו כממני על פי הרשימות שהעביר המבטח לחברה, יפנה נותן השיחות למבטח בשעות העבודה המקובלות של המבטח על מנת שיוודא, כי הפונה הינו אכן עמית הזכאי לקבלת השיחות.</p>	3.9

רק לאחר השלמת הפעולות המצוינות בסעיף זה ייפוך המנוי למטופל, ויהיה זכאי לקבלת השיחות.	3.10
להזמנת שיחות שיחה פרטית, יפנה המטופל למוקד נותן השיחות לתיאום קבלת השיחות מפסיכולוג. במקרה של פניית חירום, יהיה המטופל זכאי לקבלת ייעוץ טלפוני מפסיכולוג תוך 4 שעות מרגע הפניה למוקד נותן השיחות.	3.11
4. השימוש בערכה הביתית	
המטופל מתחייב להשתמש בערכה הביתית שימוש זהיר ובהתאם להוראות השימוש.	4.1
השימוש מותר לכל מטופל שמלאו לו 18 שנה או לילדים מתחת לגיל 18 בליווי בוגר.	4.2
המטופל מתחייב להעמיד קו טלפון תקין וזמין (שלא באמצעות מרכזיה) ומכשיר טלוויזיה או מחשב תקין שיש בו כרטיס טלוויזיה לשם קבלת השיחות.	4.3
נותן השיחות רשאי להקליט באופן חלקי או מלא את כל ההתקשרויות בין מוקד נותן השיחות למטופל, ונותן השיחות ו/או המבטח יהיו רשאים לעשות כל שימוש בהקלטות אלה במסגרת הליכים שיפוטיים ו/או משמעתיים ו/או מעין שיפוטיים ו/או בוועדות חקירה ו/או בכל הליך של בירור מקצועי, מכל סוג ומין ולמטרות אלה בלבד, והמטופל מוותר על כל טענה או דרישה, לרבות כל טענה הנובעת מחוק הגנת הפרטיות ו/או חוק איסור האזנת סתר ו/או כל דין אחר שיתווסף עליהם ו/או יבוא במקומם.	4.4
השימוש בערכה הביתית בכפוף לאמור לעיל ולכוח עליון, נותן השיחות אחראי לפעולתה התקינה של ערכה הביתית במובן זה, שנותן השיחות יהא אחראי לתיקונה ו/או העמדת ערכה חלופית בכפוף לתיאום עם המטופל וכוח עליון (כהגדרתו).	4.5
נותן השיחות לא יהא אחראי לכל פגם או קלקול בערכה הביתית שהינו תוצאת פגיעה מכוננת, נפילה, קריעת חיווט, תקלות או בעיות בתקשורת, אשר אינן תלויות בחברה ו/או ההפעלה של ערכה הביתית שלא בהתאם להוראות השימוש והמטופל אינו רשאי במקרה של תקלות לפתוח את הערכה ו/או לנסות לתקנה בעצמו.	4.6
5. דמי שירות ותשלומים נוספים	
הזכאות חינם אשר לה זכאי המטופל בגין השיחות של מוקד נותן השיחות הינה עבור דקות חיבור למוקד באמצעות הערכה הביתית בהיקף של עד 60 דקות לשבוע במשך תקופת הזכאות לשיחות, ללא הגבלה על מספר הפניות במשך השבוע (לדוגמה - השאי המטופל לקיים מול המוקד 4 פניות של 15 דקות כל אחת. מובהר, כי ניתן לצבור דקות עודפות ולהעבירן משבוע לשבוע).	5.1
יבקש המטופל להסתייע בשיחות בהיקף העולה על הזכאות חינם, יחייב חשבון, בגין הזמן העודף (בכל שבוע ושבוע) בדמי שיחות בסך 2.00 ש"ח + מע"מ עבור כל דקה נוספת בגין שיחות VIDEO NURSING. דמי השיחות יהיו צמודים לשיעור עלייתו של מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן: "המדד") ממדד חודש נובמבר 2001 שיפורסם ביום 15.12.2002 (להלן: "מדד הבסיס") ועד למדד הידוע במועד כל תשלום בפועל (להלן: "התעריף הממודד"). מובהר כי במקרה של פרסום מדד שלילי או במקרה של מדד בשיעור אפס, לא יופחת התעריף, ואולם מדדים אלה יבואו בחשבון לצורך קביעת התעריף הממודד המצטבר.	5.2

<p>בחר המטופל להמשיך את התקשורתו עם נותן השיחות לצורך קבלת השיחות לתקופה העולה על תקופת החיבוי, ויכל לעשות זאת בתנאי שהודיע על כך לחברה לפחות 7 ימים מראש, והביע את נכונותו לחיוב חשבונו בסכום דמי השיחות לפי מחירון נותן השיחות למנייים פרטיים.</p>	<p>5.3</p>
<p>מובהר בזאת שהתשלומים הנוספים המצוינים בסעיף 5.2 משולמים לחברה על ידי המנוי, בנוסף לדמי המנוי המשולמים לחברה ע"י המבטח.</p>	<p>5.4</p>
<p>במידה וההסכם בין המבטח לחברה, ביחס למתן השיחות למבוטחים לפי תנאי כתב השיחות, יבוטל או לא יכובד על ידי המבטח, מטופלים המחויבים למוקד נותן השיחות ימשיכו לקבל את השיחות עד לתום תקופת החיבוי.</p>	<p>5.5</p>

6. כוח עליון

היה ונותן השיחות לא יוכל לספק את השיחות כתוצאה מכוח עליון, ולרבות אך לא רק: מלחמה, אש, פרוטות, פעולות חבלה או התרעות על פעולות חבלה, כוחות טבע, רעידת אדמה, שיבושים בתקשורת ו/או נפילת מערכות ו/או תשתיות תקשורת מכל סוג ומין ולרבות תקשורת באמצעות שיחת ועידה בוידאו, שביטות וסיכסוכי עבודה או נסיבות, אשר הינן מעבר לשליטתו הסבירה של ספק השיחות כולל מצב בטחוני שלא מאפשר הגעה ליישוב המנוי ו/או לבית המטופל כגון אך לא רק הגבלת תעבורה של צה"ל ו/או תשויית מוסמכות, וכן מצב בטחוני המונע את מתן השיחות לא ייחשב הדבר להפרה של התחייבותיו על פי כתב שיחות זה ולמטופל לא תהא כל זכות תביעה נגד נותן השיחות ו/או המבטח בקשר לכך.

7. שירותי טלרפואה (רפואה מרחוק)

מובהר בזאת, כי התחום של התייעצות סיעודית ו/או פרה-רפואית ו/או רפואית באמצעות ציוד טלרפואה, הינו תחום חדש הנמצא בתהליך התפתחות וככזה כפוף לשינויים במסגרת החוקית המסדירה אותו. במקרה של שינוי בדיון החל במדינת ישראל המתייחס או המשפיע על התחייבותיהם של המבטח ו/או נותן השיחות על פי הסכם או במקרה בו נותן השיחות ו/או יהיו במצב של הפרת הוראות דין כלשהו החל עליהם כתוצאה מהוראות הסכם, אזי מתחייבים הצדדים לשנות ולהתאים כתב שרות זה כפי שיהיה הכרחי על מנת לקיים כל דין רלוונטי.

במידה ולא ניתן יהיה לתקן הוראות כתב שרות זה באופן שביצוע הוראותיו יהיו בהתאם להוראות הדין המעודכנות מבלי שתפגנה באופן מהותי זכויותיו או התחייבותיו של מי מהצדדים, יהא הצד שנותן השרות רשאי לסיים את מתן שרות על פי כתב שרות זה. סיום מתן שיחות בנסיבות כאמור לא יחשב כהפרת התחייבות כתב שרות זה, ולא תהא כל טענה או תביעה בגין כך.

8. אחריות

<p>במערכת היחסים שבין המבטח לחברה, האחריות בגין מתן השיחות או בגין אי נתינתו ו/או בגין תשלומים מקצועית או אחרת של מי מנותני השיחות של נותן השיחות, תחול על נותן השיחות עד ובגדר חבותה החוקית על פי כל דין ובכל מקרה לא תחול על המבטח.</p>	<p>8.1 הסרת אחריות המבטח</p>
<p>מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, נותן השיחות לא יהא אחראית לטיב השיחות הניתן על ידי צד שלישי מכל סוג ומין (להלן: "הצד השלישי") וזאת בין אם הצד השלישי נישלח לבית המטופל על פי בקשת המטופל ובין אם נישלח לשם ההמצאת מוקד נותן השיחות.</p>	<p>8.2 גבולות אחריות נותן השיחות</p>
<p>מובהר, כי נותן השיחות אינו קשור בדרך כלשהי עם מד"א ו/או כל מוקד חירום אחר. במידת הצורך, בעת פניית מנוי לקבלת שיחות נשוא כתב שיחות זה, בכפוף לבקשת הפונה ו/או הצוות הרפואי, נותן השיחות תזעיק בשם התושב הזכאי את מד"א או כל מוקד חירום אחר אשר יבחר המבטח. מובהר במפורש, כי מבלי לגרוע מהתחייבות נותן השיחות לפעול בשקידה ראויה לסייע לתושב הפונה במסגרת שירות VIDEO NURSING, נותן השיחות לא יהא אחראי להצלחת ניסיונו להזעיק את</p>	<p>8.3 אחריות נותן השיחות להזנקות חירום</p>

הגורמים הנ"ל ולא יהא אחראי בשום אופן לטיב הטיפול ו/או לכל מעשה או מחדל של חפאי ו/או אנשי מד"א או כל מוקד חירום אחר.
מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל ובכתב השירות זה, מובהר בזאת, כי האחריות להודיע לחברה על היותו של המטופל בגדר מנוי או חבר של מוקד חירום כלשהו כגון שח"ל או נטלי, חלה על המטופל בלבד.

8.4 תקינות ערכת השטח

המטופל מצהיר בזאת כי הינו מודע לכך שקיימת אפשרות לשתק, לנטרל, לשבש או להוציא מכלל פעולה את ערכה הביתית ו/או את פעולת מוקד נותן השירות וכן קיימת אפשרות כי הקשר האודיו-ויזואלי באמצעות ערכה הביתית בין המטופל לבין מוקד נותן השירות ישובש או יפגע במזיד או שלא במזיד, בין היתר, כתוצאה מפגעי טבע ומזג אוויר, תקלות בשירותי תקשורת מכל סוג ומין וכל תופעת טבע או סיבה, אשר לחברה אין שליטה עליהם. לפיכך, המטופל פוסר את המבטח ואת נותן השירות מכל אחריות לכל מק במקרים שפורטו לעיל ומכל אחריות למק שיגרם לו כתוצאה מקלקול או תקלה טכנית בפעילות מוקד נותן השירות ו/או הערכה הביתית ו/או כל ציוד אחר המקשר ביניהם.

9. תקופת תוקפו של כתב שירות זה

הודיע המבטח לנותן השירות כי ההטבה בוטלה ו/או הסתיימה תקופת הזכאות מכל סיבה שהיא ו/או לא עמד המבטח בתשלומים המתחייבים עפ"י ההסכם שבינו לבין נותן השירות, יסתיים באופן אוטומטי גם כתב שירות זה וזאת ללא כל הודעה של נותן השירות למנוי.

10. סמכות שיפוט

בכל מחלוקת שתתגלה בין הצדדים בקשר עם כתב שירות זה, יהא מוסמך לדון אך ורק בית משפט המוסמך לדון עניינית במחלוקת במחוז תל-אביב יפו.

11. הצהרת התושב וכתב שחרור

אני הח"מ _____ (ת.ז. _____ מרח' _____) (_____)
מצהיר/ה, מאשר/ת ומתחייב/ת בזאת, כי קראתי בעיון את כל כתב השירות דלעיל של שיחתי סקונד אופיניון ישראל (1995) בע"מ באמצעות מוקד נותן השירות (להלן: "נותן השירות") והבנתי את תוכנו, ובהסתמך על כך ומתוך שיקול דעת עצמאי ומלא שניתן לי, אני מסכים/ה ללא הסתייגות שכל האמור בכתב השירות יחול עלי ויחייב אותי.

כמו כן, ידוע וברור לי ואני מסכים/ה לכך מתוך בחירה חופשית, כי המבטח לא יהיה אחראית בכל דרך וצורה שהיא, בין במישורין ובין בעקיפין, לטיב ואיכות השירות שאקבל מסקונד אופיניון וכן לא תהא אחראית בגין כל מעשה או מחדל, שנעשו ע"י סקונד אופיניון, בין אם נעשו ברשלנות, בתום לב או במתכוון.

מבטח-סימון
סוכנויות לביטוח בע"מ
חברה בת של קבוצת מגדל
אגף הבריאות



אלאלעל
הכי בבית בעולם

משרדי מבטח סימון סוכנות לביטוח
טלפון: 03-7966066

לבירורים והזמנת שירותים לפי סל ההטבות
ניתן לפנות למוקד קשרי לקוחות הפניקס:
1-800-62-56-25

Data Pro | proximity

300308085

מהדורת מרץ 2009

קשרי לקוחות: *3455
03-7332222

הפניקס חברה לביטוח בע"מ
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454
www.fnx.co.il | info@fnx.co.il