

הפניקס חברה לביטוח בע"מ – פוליסת DavidShield

פוליסה זו הינה פוליסה ישראלית שהוצאה על ידי מבטח ישראלי במדינת ישראל ונמצאת בפיקוח המפקח על הביטוח, החסכון ושוק ההון – משרד האוצר.
 על פוליסה זו ועל כל המחלוקות הנובעות ממנה יחולו חוקי מדינת-ישראל, ומקום השיפוט יהיה בבית המשפט המוסמך במדינת ישראל על פי דין.

תוכן העניינים:

מספר פרק	שם הפרק	מספר עמוד
1	הגדרות	2
2	תנאים כללים	7
3	תקופת המתנה	16
4	חובת הגילוי ומצב רפואי קודם	17
5	סייגים וחריגים	19
6	גבולות אחריות המבטח	24
7	תנאים מיוחדים (אופן קבלת השירותים)	24
8	הארכת תקופת הפוליסה	30
9	ברוך שוברך	31
10	הטבות למבוטחים	34

תנאים כלליים לביטוח רפואי

תמורת תשלום דמי הביטוח כאמור להלן, ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאות עבור שירותים רפואיים ו/או ישלם ישירות לספק השירות בגין מקרה ביטוח והכל כמוגדר וכמפורט בגוף ובפרקי הפוליסה, בפרק התנאים המיוחדים ובדף הרשימה, במשך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות המבטח על-פי תנאי הפוליסה והוראותיה. כל האמור לגבי מבוטח בלשון זכר יחול גם על מבוטחת במסגרת פוליסה זו.

פרק 1 - הגדרות

בפוליסה זו, בדף הרשימה כמוגדר להלן ובכל נספח המצורף אליה יתפרשו המונחים הבאים כדלהלן:

1.1. "המבטח" – הפניקס חברה לביטוח בע"מ.

1.2. "המבוטח" – אדם ו/או בן ו/או בת זוגו ו/או ילדיהם, עד גיל 18, ששםם נקוב בדף הרשימה, אשר המבוטח הראשי בה, שוהה במדינת היעד, או מתכוון לשהות בה ושאינו נושא אזרחות מדינת היעד.

1.3. "בעל הפוליסה" – אדם, חבר בני-אדם או תאגיד המתקשר עם המבטח בפוליסה ואשר שמו נקוב בדף הרשימה כבעל הפוליסה.

1.4. "הצעת הביטוח" – טופס הצעה בנוסח שייקבע על-ידי המבטח, כשהוא מלא על כל פרטיו, לרבות הצהרת בריאות וכתב ויתור על סודיות רפואית, החתומים על-ידי המבוטח. הצהרה שמסר המבוטח באמצעות הטלפון, כמוה כהצהרה חתומה על ידו.

1.5. "הפוליסה" – חוזה ביטוח זה, שבין בעל הפוליסה ו/או המבוטח לבין המבטח, לרבות ההצעה, דף הרשימה, נספחי תקרות גבול אחריות המבטח וטבלת השתתפויות עצמיות, תאריך תחילת הביטוח, גובה הפרמיה ומועד התשלום וכיוצ"ב.

1.6. "דף הרשימה" – דף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה הכולל בין השאר: מספר הפוליסה, שם בעל הפוליסה, שם כל אחד מיחיד המבוטח, שם מדינת היעד, שמות מדינות המוצא, תאריך תחילת הביטוח, גובה דמי הביטוח ביום ההצטרפות וסוג המטבע על פיו התבצע החישוב, מועד התשלום, טופס אימות פרטים וכיו"ב, ואשר מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה.

1.7. "נספח טבלת השתתפויות עצמיות ואגרות ורשימת גבולות אחריות המבטח" – סיכום טבלאי המפרט את היקף הכיסוי הביטוחי, השירותים הרפואיים, סף תשלום תגמולי הביטוח, סכומי ההשתתפות העצמית, תקרת הוצאות המבוטח ורשימת סכומי הביטוח המכוסים תחת הפוליסה ומהווים חלק בלתי נפרד ממנה.

1.8. "גיל המבוטח" – יחושב בשנים שלמות כהפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. 6 חודשים ויותר יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה.

1.9. "מקרה הביטוח" – שירות רפואי ו/או אחר שניתן למבוטח, **עקב צורך רפואי**, כמפורט בכל אחד מפרקי פוליסה זו.

1.10. "מועד קרות מקרה הביטוח" – מועד קבלת השרות הרפואי ו/או האחר בפועל על-ידי המבוטח.

1.11. "תקופת המתנה" – תקופה, הנקובה בימים או בחודשים, כמפורט באלו מפרקי פוליסה זו, אם בכלל, אשר תחילתה במועד תחילת הביטוח ואשר במהלכה לא יוענק למבוטח שירות רפואי במסגרת הכיסוי הביטוחי עפ"י הפוליסה.

1.12. "מצב רפואי קודם" – מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה – "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

1.13. "סייג בשל מצב רפואי קודם" – סייג כללי בחוזה הביטוח להלן, הפוטר את המבטח מחבותו, או המפחית את חבות המבטח או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה בה חל הסייג.

1.14. "מדינת המוצא" – **מדינת ישראל** ו/או מדינה בה המבוטח הראשי הינו בעל אזרחות, השונה מאזרחות מדינת היעד.

1.15. "מדינת היעד" – מדינה, בה מתכוון המבוטח, על-פי הצהרתו בהצעת הביטוח, לשהות לתקופה העולה על 90 ימים רצופים או שכבר שווה בה, ואשר בהסתמך על מידע זה הסכים המבטח לקבלו לביטוח זה.

1.16. "סף תשלום תגמולי הביטוח" – סכום כספי, כמצוין ברשימת גבולות אחריות המבטח, המהווה חלק או סכום הוצאות בגין מקרי ביטוח לשנה קלנדארית, ששולמו בפועל על-ידי המבוטח, והמהווה סף, אשר רק מעבר לו, יחל המבטח לשאת בחבותו על-פי פוליסה זו.

1.17. "השתתפות עצמית" – סכום כספי או שעור מסכום כספי, שעל המבוטח לשלם בפועל בגין שירות הרפואי, כפי שנקוב בטבלת פירוט הוצאות המבוטח לשנה קלנדארית, בהתאם למסלול השירות הרפואי הנבחר על – ידי המבוטח, ואשר ינוכה מתגמולי הביטוח, מעל לסף תשלום תגמולי הביטוח, ועד לתקרה הנקובה ברשימת גבולות אחריות המבטח.

1.18. "השתתפות עצמית מיוחדת" – סכום הנקוב באלו מפרקי פוליסה זו המשולם ע"י המבוטח בנוסף וללא תלות ו/או קשר להשתתפות העצמית, תקרת הוצאות המבוטח ולסף תשלום תגמולי הביטוח.

1.19. "הוצאות רפואיות" – תשלומים בגין שירותים רפואיים שהוגשו למבטח, עקב מקרה ביטוח, בגין שירותים רפואיים נחוצים, נאותים והולמים העולים בקנה אחד עם רמות המחירים הקבועות אצל ספקי שירות-רפואי מקבילים, לגבי אותם השירותים הרפואיים (UCR – Usual Customary & Regular).

1.20. "דמי ביטוח" – פרמיה ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטח, לפי תנאי הפוליסה.

1.21. "טבלת דמי הביטוח" – טבלה הכוללת את דמי הביטוח המשתנים בהתאם לגיל המבוטח בהם יחויב המבוטח ו/או בעל הפוליסה. הטבלה תתעדכן על ידי המבטח לקראת סופה של כל שנה קלנדרית.

1.22. "ניתוח" – פעולה פולשנית-חדירתית החדרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חדרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על-ידי גלי קול.

1.23. "ניתוח אלקטיבי" – ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על-ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).

1.24. "ניתוח גדול" – ניתוח מוח ו/או עמוד שדרה ו/או לב או ניתוח דומה אחר המחייב אשפוז לתקופה העולה על 96 שעות. לעניין זה אין לראות בניתוח קיסרי המלווה באשפוז מעל 96 שעות כניתוח גדול.

1.25. "השתלה" – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקום, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח. 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, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

1.26. "שתל" – כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה (כמפורט בסעיף 1.25 לעיל).

1.27. "בדיקות רפואיות אבחנתיות" – בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדומה), רנטגן, א.ק.ג, בדיקות הדמיה- אולטרסאונד, טומוגרפיה ממוחשבת, בדיקות תהודה מגנטית

(MRI), מיפוי PET, וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה.

1.28. "רופא" – בעל רשיון עיסוק ברפואה (MD) ו/או פזיטרפיסט, כירופרקט, פסיכולוג או פסיכיאטר, שהוסמך על-ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל, בהתאמה למדינה בה הוא פועל מעשית במקצוע הרפואה, אך לא DPM ו/או מטפל או אדם העוסק במקצוע הרפואה ואינו עונה על אחד התארים לעיל.

1.29. "רופא מומחה" – רופא בישראל או בחו"ל שהוסמך על-ידי השלטונות במדינה בה הוא פועל במקצועו כמומחה בתחום רפואי מסוים ומחזיק ברשותו מספר רשיון מומחה.

1.30. "אשפוז" – שהייה במסגרת רפואית ו/או פסיכיאטרית, לצורך אבחון ו/או לצורך ביצוע ניתוח חירום ו/או אלקטיבי, הכולל שהייה בבית-החולים, בדיקות ותרופות הקשורות למטרת האשפוז.

1.31. "בית חולים" – מוסד רפואי בישראל או בחו"ל המוכר על-ידי הרשויות המוסמכות, במדינה בה הוא ממוקם, כבית חולים ציבורי או פרטי.

1.32. "מוסד רפואי" – מוסד רפואי בישראל ו/או בחו"ל, לרבות מרפאה, מעבדה, מרכזי – אבחון, בית מרקחת וכדומה.

1.33. "שירותים רפואיים" – ניתוח, בדיקות רפואיות, טיפול רפואי, ביקור אצל רופא, אשפוז, אספקת תרופות וכדומה והכל כמפורט בכל אחד מפרקי פוליסה זו.

1.34. "ספק שירותי שבהסכם" – רופא, בית-חולים, מוסד רפואי, בית מרקחת וכדומה, הקשורים בהסכם עם המבטח ואשר שמם יצוין מעת לעת ברשימה המצויה בידי המבטח, אשר תעודכן ותפורסם על-ידי המבטח מעת לעת.

1.35. "ספק שירותי שאינו בהסכם" – רופא, בית-חולים, מוסד רפואי וכדומה שאינם קשורים בהסכם עם המבטח.

1.36. "רשימת ספקי השירות" – ספר, חוברת, דיסקט, אתר באינטרנט ו/או מדיה מגנטית אחרת הכוללים את שמות כל ספקי השירות.

1.37. "סל תרופות" – סל תרופות אשר יוגדר מעת לעת ע"י המבטח, אשר לא יפחת מסל התרופות שאושר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994. (להלן: "חוק הבריאות").

1.38. "מוקד שירות" – מוקד טלפוני או אתר אינטרנט, מטעם המבטח, שפרטיו מפורטים בכרטיס המבוטח, שמטרתו תאום השירות בין המבוטח וספקי השירות, אימות זכאות המבוטחים לשירות רפואי, תאום מתן אישור מבטח וכדומה.

1.39. "ישראל" – מדינת ישראל ו/או שטחים ביהודה שומרון וחבל עזה בשליטה ישראלית ו/או שטחים כאמור בשליטה פלסטינאית שם יש לישראל אינטרס.

1.40. "חול" – כל מדינה מחוץ לישראל.

1.41. "מטבע" – סוג המטבע הנקוב בדף הרשימה ובשאר נספחי הפוליסה .

1.42. "הצמדה למטבע" – סכום בשקלים השווה לשער היציג של המטבע כפי שפורסם ע"י בנק ישראל והידוע ביום התשלום.

1.43. "שנת ביטוח" – תקופה של 12 חודשים רצופים שתחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור בדף הרשימה. כל תאריך בפוליסה נקבע על-פי הלוח הגריגוריאני.

1.44. "אישור מבטח" – אישור שניתן בכתב על-ידי מנהל מטעם המבטח ו/או דיוויד שילד סוכנות לביטוח חיים (2000) בע"מ, לצורך קבלת שירות רפואי ומימונו, אך לא אישור הניתן לביצוע הליכים רפואיים כלשהם בגין מצב חולי של מבוטח.

1.45. "תרופת מרשם" – תרופה אשר לא ניתן לרוכשה, אלא באמצעות אישור רפואי מטעם רופא ובמרשם רשמי מטעמו ושאינה ניתנת לרכישה ללא מרשם.

1.46. "אגרת רופא / תרופות / חדר מיון / מרכזי חירום" – Co-Pay - סכום כספי קבוע, כפי שמופיע בטבלת גבול אחריות המבטח והשתתפויות עצמיות, המשולם בגין כל שרות רפואי ו/או רכישת תרופות, עבור כל ביקור או תרופת מרשם ובגין כל מבוטח בנפרד.

2.1. הכיסוי - המבטח ישלם לספק השרות ו/או ישפה או יפצה את המבוטח, בקרות מקרה הביטוח, בגין שירותים רפואיים שקיבל המבוטח, המפורטים בכל אחד מפרקי פוליסה זו, והכל בכפוף לתנאי הפוליסה ולחריגיה.

2.2. תוקף הפוליסה - ביטוח זה יהא תקף מהמועד הנקוב בדף הרשימה ובכפוף לתנאים המצטברים הבאים:

2.2.1. תינתן הסכמת המבטח, על תנאיה, חריגיה והסתייגויותיה להצעת הביטוח. למען הסר ספק, אם שולמו למבטח כספים על חשבון דמי הביטוח לפני שניתנה הסכמת המבטח כאמור עפ"י הפוליסה, לא יחשב תשלום זה כהסכמתו של המבטח לעריכת הביטוח עפ"י הפוליסה.

2.2.2. המועד לביטוח מסר למבטח הוראת קבע לבנק, או לחברת כרטיסי אשראי, חתומה על ידו, לתשלום דמי הביטוח ושולם הסכום הראשון בגין דמי הביטוח המגיעים על-פי הנקוב בדף הרשימה.

2.2.3. המבטח ישלח למבוטח את הצהרת הבריאות, כפי שנמסרה על ידו ועודכנה אצל המבטח, תנאי הקבלה לביטוח (חיתום רפואי), הצהרת המועמדים וטופס אימות נתונים (להלן "הערכה"). המועמד לביטוח יחזיר את כל הנ"ל בתוך 30 ימים מיום קבלת הערכה למבטח, כשהם חתומים ומאושרים על ידי המבוטח או בעל הפוליסה. אי ביצוע פעולה זו עלול שיגרם לביטול ההצעה והפוליסה על ידי המבטח בתום 30 הימים לעיל.

2.2.4. מיום הבדיקה הרפואית או הצהרת הבריאות כפי שנמסרה בטלפון או מיום חתימת המועמד לביטוח על הצהרת בריאות ועד ליום שבו הסכים המבטח להוציא את הפוליסה על שם המבוטח, לא חל שינוי במצב בריאותו, מצבו הגופני, במקצועו ובעיסוקיו של המועמד לביטוח, שאילו ידע עליהם מראש המבטח היה הדבר משפיע על הסכמתו ו/או על תנאי הסכמתו של המבטח להצעת הביטוח.

2.2.5. צירופו של בן משפחה לפוליסה, אשר שמו לא מפורט בדף הרשימה, מותנית בחתימה על הצהרת בריאות על ידי בעל הפוליסה או המבוטח (לפי העניין) המיוחסת לבן המשפחה הנוסף ובהסכמת המבטח.

2.3. גיל ותקופת הביטוח

2.3.1. הגיל המינימלי להצטרפות לביטוח הוא 15 ימים.

2.3.2. הגיל המקסימלי להצטרפות לביטוח הינו 64 שנים.

2.3.3. תקופת הביטוח תהיה מיום הצטרפות המבוטח לביטוח ולכל משך חייו אלא אם צוין אחרת בפוליסה ו/או בדף הרשימה.

2.4. תשלום דמי ביטוח

2.4.1. בעל הפוליסה ו/או המבוטח ישלם עבור כל אחד מהמבוטחים בפוליסה, לכל חודש בתקופת הביטוח של כל מבוטח, את דמי הביטוח המגיעים על-פי הנקוב בדף הרשימה כשהם מותאמים לאמור בסעיף 2.5 להלן. דמי הביטוח ישולמו עבור כל מבוטח חדש שיצטרף לפוליסה, ויקבעו במועד הצטרפותו לפוליסה.

2.4.2. דמי הביטוח ישולמו מראש עבור כל חודש, ביום הראשון של החודש או כל פרק זמן אחר המוסכם על המבטח.

2.4.3. במקרה של תשלום דמי ביטוח באמצעות הוראת קבע לבנק (שרות שיקים), או באמצעות העברה בנקאית לזכות חשבון המבטח, ייחשב זיכוי חשבון המבטח במועד הזיכוי בבנק כתשלום דמי הביטוח באותו מועד.

2.4.4. דמי ביטוח ששולמו באיחור יחויבו בריבית כפי שתהא נהוגה בחברה באותה עת, בכפוף לחוק פסיקת ריבית והצמדה (התשכ"א) 1961.

2.4.5. דמי הביטוח, תגמולי הביטוח וסכומי גבולות אחריות המבטח הקבועים בפוליסה, נספחיה ודף הרשימה יהיו נקובים בהתאם למטבע ו/או צמודים למטבע המצויין בדף הרשימה (כאמור בסעיף 1.41 ו 1.42).

2.5. דמי הביטוח

2.5.1. דמי הביטוח המשולמים בגין פוליסה זו יקבעו בהתאם לגיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח וכן בתחילת כל שנת ביטוח נוספת בהתאם לגיל המבוטח באותו המועד, בהתאמה.

2.5.2. בנוסף לסעיף 2.5.1 לעיל, המבטח יהיה רשאי לשנות את דמי הביטוח ו/או את ההשתתפויות העצמיות והאגרות, לרבות סף תשלום תגמולי ביטוח, מדי שנה, אחרי ה-31 לדצמבר, בכפוף לאישור של המפקח על הביטוח במדינת ישראל על קבלת הבקשה לשינויים כאמור ובכפוף למתן הודעה לכלל המבוטחים בכתב 30 יום לפני מועד השינוי. השינויים לעיל יעשו לכלל המבוטחים באותה קבוצת גיל ומין במדינת היעד.

2.6. הודעה מוקדמת

2.6.1. שיפוי המבוטח עפ"י פוליסה זו מותנה במתן הודעה מוקדמת מטעם המבוטח למוקד השירות מוקדם ככל הניתן טרם מועד קרות מקרה הביטוח או לאחרי:

2.6.1.1. הריון לידה – תינתן הודעה למבטח במהלך שלושת החודשים הראשונים להריון.

2.6.1.2. אשפוז – תינתן הודעה למבטח מינימום 72 שעות לפני האשפוז בפועל ומקסימום 48 שעות לאחר אשפוז הנובע ממצב חירום.

2.6.1.3. כל ניתוח ו/או הליכים ניתוחיים.

2.6.1.4. כל טיפול רפואי בבית-חולים.

2.6.1.5. שרותי סיעוד.

2.6.1.6. ההליכים הרפואיים המפורטים להלן:

Abdominoplasty, Arthroscopic Surgery, Blepharoplasty, Bunionectomy, Carpel Tunnel Release, Endoscopic Sinus Surgery, Epidural Blocks and Injections, Hemorrhoidectomy, Hysterectomy, Manipulation under Anrsthesis, Nasal Surgery, Otoplasty, Removal of Impacted Wisdom Teeth in a Short Procedure Unit setting, Scar Revision, Strabisuis Surgery (over age 19), Temporomandibular Surgery (TMJ), Tonsillectomy and/or Adenoidectomy, Varicose Vein Surgery, Pet Scans.

2.6.1.7. אשפוז בהוספיס.

2.6.1.8. השתלות.

2.6.1.9. איחוד משפחות.

2.6.2. המבטח יהיה זכאי להפחתת תגמולי הביטוח עד לשיעור של 50% בגין הוצאות עודפות שהוצאו על ידי המבטח בפועל, עקב אי מתן הודעה מוקדמת על-ידי המבטח בו נדרשה הודעה מוקדמת.

2.6.3. לשם קבלת אישור המבטח מראש, יודיע המבטח למוקד השירות בדבר הצורך בקבלת השירות הרפואי, מוקדם ככל האפשר ובכל מקרה לא פחות מ- 72 שעות לפני המועד הקבוע לקבלת השירות הרפואי, כמפורט בכל אחד מפרקי הפוליסה, בהתאמה.

2.6.4. הוראות סעיף זה לא יחולו לגבי ביצוע שירות רפואי דחוף אשר לגביו מחוייב המבטח במתן הודעה למבטח תוך 48 שעות מביצועו.

2.6.5. למען הסר ספק, אין לראות בהכוונה הניתנת על-ידי מוקד השירות בישראל ו/או בארה"ב ו/או בכל מקום אחר בעולם משום התחייבות לכיסוי השירות הרפואי ו/או המלצה למתן שירות

רפואי כאמור. מתן הודעה מוקדמת בגין מקרה הביטוח אינו מבטיח את תשלום ההוצאות הכרוכות בשירות הרפואי, וכיסוייו כפוף לתנאי הפוליסה, הוראותיה וחריגיה.

2.7. כרטיס מבוטח

2.7.1. כל מבוטח, הזכאי לשירות רפואי במסגרת פוליסה זו, יקבל כרטיס מבוטח הכולל את שם המבוטח ופרטיו האישיים.

2.7.2. המבוטח יידרש להציג את כרטיס המבוטח בנוסף לתעודה הנושאת את תמונת המבוטח והמאפשרת את זיהויו, בפני כל ספק שירות.

2.7.3. קיום הוראה זו יהיה תנאי מוקדם לקבלת שירות רפואי ולחובת המבטח לתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה. למען הסר ספק, מובהר כי כרטיס המבוטח, המעיד על זכאות לשירות רפואי לאוחז בו, אינו מעיד בהכרח על קיומה של פוליסה ברת-תוקף למבוטח.

2.8. קבלת שירותים רפואיים

קבלת השירותים הרפואיים כמפורט בכל אחד מפרקי הפוליסה תבצע כמפורט להלן:

2.8.1. המבטח ישפה את המבוטח עבור הוצאות לשירותים רפואיים שניתנו למבוטח בפועל בגין קבלת שירות רפואי ו/או עבור הוצאות רפואיות שהוגשו לתשלום על ידי נותן השירות, והכל בכפוף לכל תנאי הפוליסה, הוראותיה וחריגיה.

2.8.2. בקרות אירוע, במסגרתו נדרש המבוטח לשירות רפואי ובכפוף להוראות הפוליסה, עומדים לבחירת המבוטח שני מסלולים לקבלת שירות רפואי כמפורט להלן:

2.8.2.1. קבלת שירות רפואי באמצעות ספק שירות שבהסכם:

2.8.2.1.1. המבוטח יפנה לקבלת שירות רפואי אצל ספק שירות אשר שמו מצוין ברשימת ספקי השירות שבהסכם. במסלול לקבלת שירות כאמור יחול סף תשלום תגמולי הביטוח, כמפורט בטבלת השתתפויות עצמיות ואגרות לשנה קלנדרית כאמור במסלול זה. המבטח ישלם תגמולי הביטוח רק מעבר לסכום ששולם בפועל ע"י המבוטח על חשבון סף תשלום תגמולי הביטוח.

2.8.2.1.2. תשלומי המבטח לספק השירות שבהסכם יבוצעו על פי ההסדרים שיקבעו בינם לבין המבטח.

2.8.2.1.3. סף תשלומי ההשתתפות העצמית של המבוטח עבור עצמו ו/או עבור בני משפחתו הכלולים בפוליסה, בהתאמה למצבו המשפחתי, כפופים לתקרת השתתפות עצמית ולתקרת הוצאות המבוטח לכל שנה קלנדרית, כמצויין

בטבלת השתתפויות עצמיות ואגרות שבפוליסה זו. מובהר בזאת כי תשלום תגמולי הביטוח על ידי המבטח הינו עד לתקרת ה UCR .

2.8.2.2. קבלת שירות רפואי באמצעות ספק שירות שאינו בהסכם:

2.8.2.2.1. המבטח רשאי על פי שיקול דעתו לפנות לקבלת שירות רפואי לספקי שירות שאינם בהסכם, למעט באילו מפרקי פוליסה זאת אשר לגביהם חלה חובה לקבלת שירות באמצעות ספק שירות שבהסכם.

2.8.2.2.2. במסלול זה יחול סף תשלום תגמולי הביטוח כמפורט בטבלת השתתפויות עצמיות ואגרות לשנה קלנדרית במסלול זה. המבטח ישלם תגמולי הביטוח רק מעבר לסכום שישולם בפועל ע"י המבטח ע"ח סף תגמולי הביטוח והשתתפויות עצמיות.

2.8.2.2.3. במסלול זה המבטח ישא בתשלומי השתתפות עצמית כמפורט בטבלת השתתפויות עצמיות ואגרות לשנה קלנדרית. סך תשלומי ההשתתפות העצמית של המבטח עבור עצמו ו/או עבור בני משפחתו הכלולים בפוליסה, בהתאמה למצבו המשפחתי, כפופים לתקרת השתתפות עצמית ולתקרת הוצאות המבטח לכל שנה קלנדרית, כמצויין בטבלת השתתפויות עצמיות ואגרות שבפוליסה זו. מובהר בזאת כי תשלום תגמולי הביטוח על ידי המבטח הינו עד לתקרת ה UCR .

2.8.2.3. למען הסר ספק מובהר, כי קיום הוראות סעיף 2.8.2.2 על כל סעיפיו הינו בתוקף, למעט במקרים הבאים:

2.8.2.3.1. במקרים בהם אין ספק שירות בהסכם, המוגדר כמרפאה (רופא יחיד או קבוצת רופאים – פרק 7 -תנאים מיוחדים, תת פרק 1, בפוליסה זו) במרחק נסיעה של 25 ק"מ ממקום הימצאו של המבטח.

2.8.2.3.2. במקרים בהם אין ספק שירות בהסכם, שאינו מרפאה (בית חולים, מעבדה, מרכזי רפואה, מכוני צילום והדמיה וכיו"ב – פרק 7 -תנאים מיוחדים – תתי פרקים 2, 3, 4, 5 בפוליסה זו) במרחק נסיעה של 75 ק"מ ממקום הימצאו של המבטח. במקרים לעיל קיום הוראות סעיף 2.8.2.1 על כל סעיפיו בתוקף.

2.8.3. המבטח ימסור למוקד השירות את המידע המתייחס לתביעתו, לרבות אבחנת הרופא המטפל ואת המסמכים הרפואיים הדרושים למבטח לברור התביעה. המבטח ימסור למבטח את המידע דלעיל, בשלב קבלת האישור המוקדם או לאחר קבלת השירות הרפואי, בהתאמה לסוג השירות כמפורט בכל אחד מפרקי הפוליסה.

2.8.4. תנאי לתשלום תגמולי ביטוח הינו מילוי כל הפרטים בטפסי אישור מוקדם וטפסי תביעה כאמור לעיל, לשביעות רצון המבטח ומסירת פרטים נוספים, הכל לפי דרישת המבטח ובכפוף לתנאי הפוליסה.

2.8.5. המבטח ישלם את תגמולי הביטוח כאמור כאשר יהיה בידי המבטח כל המידע והמסמכים הדרושים על ידו לבירור התביעה והכל מעל סף תגמולי הביטוח, בניכוי השתתפות עצמית והשתתפות עצמית מיוחדת ובכפוף לתנאי הפוליסה, חריגה וסייגיה.

2.8.6. במידת הצורך ובכפוף למתן הודעה מוקדמת ותאום מראש עם מוקד השירות, ישלם המבטח את הוצאות הטיפול הרפואי ישירות לספק השירות, שנבחר על ידי המבוטח, מעל הסכום בו על המבוטח לשאת, בהתאם לאמור בטבלת גבול אחריות המבטח, השתתפויות עצמיות ואגרות לשנה קלנדרית.

2.8.7. למען הסר ספק מובהר, כי הסכומים המשולמים על-ידי מבוטח ונצברים לענין סף תגמולי הביטוח והשתתפות עצמית בשנה קלנדרית ייוחסו אך ורק לאותה שנה קלנדרית.

2.9. בדיקה רפואית

במסגרת בירור תביעת מבוטח וחבות המבטח בגינה, אם ידרוש המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על-ידי רופא מטעם המבטח.

2.10. המצאת מסמכים /או ויתור על סודיות רפואית

במסגרת ברור תביעת מבוטח וחובת המבטח בגינה, ימסור המבוטח מידע /או מסמך רפואי שיידרש ע"י המבטח וירשה בחתימתו לספק השירות /או נותן השירות ולכל גוף /או מוסד אחר למסור למבטח כל ידיעה הנוגעת למצבו הרפואי.

2.11. תאום טיפול רפואי

במסגרת בירור תביעת מבוטח וחבות המבטח בגינה, יהיה המבטח רשאי להתעדכן ישירות עם רופאו האישי /או המטפל של המבוטח בענין מהות הטיפול הרפואי הנדרש, היקפו ומועדו.

קיום הוראות סעיפים 2.8.3, 2.8.4, 2.9, ו- 2.10 יהוו תנאי מוקדם לחבות המבטח לתשלום תגמולי ביטוח עפ"י הפוליסה.

2.12. במקרה של ביצוע תשלומים על ידי המבטח, שאינם מכוסים תחת הפוליסה על-ידי המבטח, ומתן דרישה מנומקת בכתב למבוטח להשבת תשלומים האלה, יהיה חייב המבוטח בתשלומם בתוך 10 ימים מיום משלוח הדרישה מטעם המבטח כאמור. במקרה של אי תשלום כאמור, המבטח יקזז את התשלומים העודפים מכל סכום אותו יהא חייב בתשלום עפ"י הפוליסה.

2.13. זכות התחלוף (סברוגציה)

2.13.1. הייתה למבוטח בגין מקרה ביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי כלשהוא, מכל סיבה שהיא, תעבור זכות זו למבטח, מששילם תגמולי ביטוח על-פי הפוליסה, ובסכום התגמולים ששילם.

2.13.2. המבטח אינו רשאי להשתמש בזכות שעברה אליו לפי סעיף זה באופן שיפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי שיפוי מעל לתגמולים שקיבל מהמבטח.

2.13.3. קיבל המבוטח מן הצד השלישי שיפוי ו/או פיצוי שהיה מגיע למבטח לפי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך.

2.13.4. הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח הוא תוצאה של מעשה ו/או מחדל שלא בכוונה, בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו שיפוי או פיצוי מחמת קרבת משפחה.

2.14. שמירה על רצף זכויות

2.14.1. המבוטח יהיה זכאי לרצף זכויות ביטוחיות באופן לפיו, עם חזרתו לישראל לתקופה העולה על 90 יום, יהיה זכאי ברציפות לכיסוי ביטוחי חלופי מטעם המבטח בהיקף הכיסוי הביטוחי הכלול בפוליסת הבריאות המקיפה ביותר הקיימת למבטח באותה עת, אך לא מעבר לכיסוי הביטוחי הכלול בפוליסה הבסיסית, או בפוליסה הכוללת כיסוי ביטוחי מצומצם יותר, על פי בחירת המבוטח.

2.14.2. רצף זכויות המבוטח ישמר באופן לפיו המבוטח לא ידרש להליך חדש לקבלה לביטוח לרבות מילוי הצהרת בריאות, תקופת המתנה ותקופת אכשרה. רצף הזכויות ישמר כאמור, בתנאי שהודיע המבוטח למבטח על רצונו בכיסוי ביטוחי חילופי זאת לא יאוחר מ- 30 יום מיום ביטול הפוליסה. דמי הביטוח בגין הכיסוי הביטוחי החדש ישולמו בהתאם לתנאי הקבלה והחיתום, שנקבעו ע"י המבטח לגבי אותו המבוטח במועד קבלתו לביטוח על פי הפוליסה.

2.15. שונות

2.15.1. על הפוליסה יחול חוק חוזה ביטוח, התשמ"א - 1981.

2.15.2. המבטח יהיה רשאי לשנות מעת לעת את רשימת ספקי השירות שבהסכם.

2.15.3. היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות על-פי הפוליסה, במלואן או בחלקן, במסגרת פוליסה אחרת אצל המבטח ו/או מאת חברת ביטוח אחרת, ישלם המבטח באופן יחסי, את חלקו בהתאם להיקף הכיסוי והסכום לו היה זכאי המבוטח מכלל המבטחים.

2.15.4 המבטח לא יהיה רשאי לשנות תנאי הפוליסה לפני **01/01/2007** לרבות התנאים המיוחדים ותקרות גבול אחריות אלא באישור מראש של המפקח על הביטוח במדינת ישראל. השינויים ייכנסו לתוקף 30 יום מהיום בו הודיע המבטח בכתב בדבר השינוי לכלל המבוטחים עפ"י הפוליסה.

2.16. שיפוט - על פוליסה זו ועל כל המחלוקות הנובעות ממנה יחולו חוקי מדינת-ישראל, ומקום השיפוט יהיה בבית המשפט המוסמך במדינת ישראל בלבד, על פי דין.

2.17. התיישנות - תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח על-פי הפוליסה היא 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.

2.18. מיסים והיטלים - בעל הפוליסה או המבוטח, לפי הענין, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על פוליסה זו או המוטלים על דמי ביטוח ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה חייבת לשלם על-פי הפוליסה, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הפוליסה לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר, בין במדינת ישראל ובין במדינת היעד.

2.19. מעמדו של בעל הפוליסה - בעל הפוליסה מצהיר כי הוא השלוח של כל מבוטח בנפרד לענין פוליסה זו וכי כל הודעה שתשלח אליו מהמבטח בענייניה תחשב כאילו ונמסרה על ידו לכל מבוטח.

2.20. ביטול הפוליסה ושינוי תנאיה

2.20.1 המבטח יהא רשאי לשנות את תנאיה של הפוליסה אם יחקק בעתיד חוק אשר ימנע ממנו במישרין או בעקיפין, באופן מלא או חלקי, לשפות מבוטח על-פי או כאמור בפוליסה, וזאת בהודעה מוקדמת של 45 יום.

2.20.2 המבטח יהא רשאי לבטל פוליסה זו אם במהלך תקופת הביטוח ישהה המבוטח בארץ המוצא לתקופה העולה על 90 יום, אלא אם קיבל אישור לשהות ממושכת יותר, מראש ובכתב, מטעם המבטח וכן, אם יהפוך המבוטח לאזרח מדינת היעד. המבוטח יודע למבטח על שינוי אזרחותו, מיידית עם קבלת אזרחות היעד.

2.20.3 לא שולמו דמי הביטוח או חלקם במועד, ולא שולמו תוך 15 ימים לאחר שהמבטח דרש מן המבוטח או בעל הפוליסה בכתב לשלם, רשאי המבטח להודיע לבעל הפוליסה ו/או למבוטח בכתב כי הפוליסה תבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן. אין באמור לעיל כדי לגרוע מזכותו של המבטח לבטל את הפוליסה לפי הוראות הפוליסה ו/או לפי הוראות כל דין.

2.20.4 המבטח רשאי לקזז חובות המבוטח מתוך תשלומי תגמולי הביטוח להם זכאי המבוטח.

2.20.5 המבטח רשאי לבטל פוליסה זו מתוקף חוק חוזה ביטוח ובגין הפרה של חובת הגילוי (פרק 4 להלן).

2.20.6 מבוטח יהא רשאי לבטל את הפוליסה בהודעה שתימסר למבטח 30 ימים לפני מועד הביטול. במקרה כזה המבטח לא יהא חייב בתגמולי ביטוח או בכל אחריות תחת הפוליסה מיום ביטולה.

2.21. הודעות

2.21.1 הודעה של המבטח לבעל הפוליסה ו/או למבוטח ו/או למוטב, ו/או למורשה לקבלת הודעות ומסמכים לרבות כתבי בי-דין לפי העניין, תינתן לפי מעגם האחרון שנמסר בכתב למבטח. המבוטח ו/או בעל הפוליסה מתחייבים להודיע למבטח באמצעות מוקד השירות בדבר כל שינוי בכתובתו ולא תישמע מפיו הטענה כי הודעה כלשהי לא הגיעה אליו אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שמסר למבטח.

2.21.2 למען הסר ספק, כל הודעה מאת המבטח לבעל הפוליסה ו/או למבוטח, ו/או למוטב לרבות מסמכים בכתב מכל סוג ומין כולל כתבי בי-דין, אשר נמסרה לידי מורשה לקבלת הודעות ומסמכים שמונה ע"י המבוטח, תחשב כאילו נמסרה לידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח ו/או המוטב לכל דבר ועניין.

2.21.3 כל שינוי בפוליסה, אם יתבקש, יכנס לתוקפו רק לאחר שנכלל על-ידי המבטח בפוליסה ו/או בנספח עדכון לפוליסה שהוצא על ידי המבטח.

המבטח לא יהא חייב בתשלום עבור מקרי ביטוח שחיובים כספיים הנובעים ממנו, נוצרו במהלך תקופות ההמתנה המפורטות להלן. תקופות ההמתנה לגבי מבטח חדש שיצורף לפוליסה, לאחר תחילתה, תתחיל במועד צירופו לפוליסה זו.

3.1. הכיסוי הביטוחי לטיפול מעקב הריון, סיבוכי הריון, לידה, סיבוכי לידה, הפלות חו"ח, מחלות הנובעות ממצב הריון של מבטחת, טיפול בעובר או טיפול ביילוד במהלך 31 הימים הראשונים לחייו, יכנס לתוקף רק לאחר תקופת המתנה בת 12 חודשים רצופים מיום תחילת הביטוח. (כמו כן ראה פרק 7 ותת פרק 9 ו 10 להלן וטבלת גבולות אחריות המבטח והשתתפות עצמית לעניין הריון ולידה).

3.2. בעיות נפש – טיפולים פסיכיאטריים/פסיכולוגיים - הכיסוי הביטוחי בגין כל הקשור במישרין או בעקיפין להפרעות נפשיות, אבחון וטיפול פסיכולוגי ו/או פסיכיאטרי, לרבות אשפוז וטיפולים תרופתיים יכנס לתוקפו רק לאחר תקופת המתנה בת 12 חודשים רצופים מיום תחילת הביטוח, ובלבד שאינו מצב רפואי קודם כהגדרתו בסעיף 1.12 לפרק 1 (כמו כן ראה פרק 7 ותת פרק 4 להלן וטבלת גבולות אחריות המבטח לעניין טיפול בבעיות נפש).

3.3. מצב רפואי קודם - בכפוף למילוי הצעת ביטוח ע"י המבטח, באשר למצב בריאותו, טרם הצטרפותו לביטוח, מובהר כי שרות רפואי בגין מצב קודם, כהגדרתו בסעיף 1.12 לעיל, יכוסה אלא לאחר תקופת המתנה כמפורט להלן:
מבטח שגילו פחות מ 65 שנים במועד תחילת הביטוח – תתקיים תקופת המתנה בת 12 חודשים רצופים מיום תחילת הביטוח.
מבטח שגילו 65 שנים או יותר במועד תחילת הביטוח – תתקיים תקופת המתנה בת 6 חודשים רצופים מיום תחילת הביטוח (כמו כן ראה פרק 4 להלן וטבלת גבולות אחריות המבטח לעניין מצב רפואי קודם).

4.1. חובת גילוי

4.1.1. פוליסה זו נעשתה על יסוד הצעת הביטוח, ההודעות וההצהרות שנמסרו בכתב ו/או בטלפון למבטח על-ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח, והן מהוות חלק בלתי נפרד ומהותי מהפוליסה. נכונות ושלמות הידיעות, התשובות, ההודעות וההצהרות הנ"ל הינה מהותית לתוקפה של הפוליסה.

4.1.2. ניתנות על-ידי המבוטח ו/או בעל הפוליסה תשובות שאינן מלאות וכנות לשאלות בעניינים מהותיים עליהן נתבקש להשיב, או שלא הובאו לידיעת המבטח עובדות שהיה בהן להשפיע על המבטח לקבל את המבוטח לביטוח או לקבלו בתנאים המפורטים בפוליסה יחולו ההוראות הבאות:

4.1.2.1. נודע הדבר למבטח בטרם קרה מקרה הביטוח, יהא המבטח רשאי לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ו/או למבוטח אשר יהא זכאי להחזר דמי הביטוח ששולמו לאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

4.1.3. קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל הביטוח מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים. למרות האמור לעיל המבטח יהיה פטור מכל מחויבות בכל אחד מהמקרים הבאים:

א. התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

ב. מבטח סביר לא היה מתקשר בביטוח כזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

4.1.4. בנוסף לאמור בסעיף 4.1.3 לעיל ובמקרים הנקובים בסעיפים א' ו-ב' לעיל, רשאי המבטח לתבוע מהמבוטח השבת כל תגמולי הביטוח ששילם המבטח בגין מקרי ביטוח בתקופה מתאריך תחילת הביטוח ועד מועד ביטול הפוליסה.

4.2. מצב רפואי קודם

4.2.1. **מקרה הביטוח:** ביצוע כל אחד מהשירותים הרפואיים המכוסים תחת הפוליסה בקשר עם מצבים רפואיים, העונים להגדרת מצב רפואי קודם (פרק הגדרות 1.12).

4.2.2. סייג בשל מצב רפואי קודם לעניין מבוטח שגילו בתאריך תחילת הביטוח הוא:

- א. פחות מ 65 שנים – יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתאריך תחילת הביטוח.
ב. 65 שנים ויותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתאריך תחילת הביטוח.

4.2.3 נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח, במעמד הצהרת הבריאות על מצב בריאות מסוים הכלול בהגדרה מצב רפואי קודם כמוגדר לעיל, יגלה המבוטח בהצהרת הבריאות את אשר נשאל. נשאל המבוטח על מצב רפואי קודם ולא גילה למבטח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.

4.2.4 הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים, יהיה המבטח רשאי לסייג חבותו ו/או היקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים, וסייג זה יהיה תקף לתקופה שתירשם ב"דף הרשימה" לצד אותו מצב רפואי מסוים.

4.2.5 הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים ב"דף הרשימה", יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין מצב רפואי קודם.

פרק 5 – חריגי וסייגי הפוליסה

המבטח לא ישלם ולא ישא באחריות מימונית בגין אבחון, טיפול ייעוץ וכל הקשור במישרין או בעקיפין למקרי הביטוח ו/או למצבים הרפואיים המפורטים להלן:

5.1. חריגים כלליים

5.1.1. המבטח אינו אחראי לכל נזק שייגרם למבוטח ו/או לצד ג' עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על-ידי המבטח לרופא, לרופא המשפחה, לרופא מקצועי, לרופא מנתח, לרופא מרדים, לבית-החולים או לכל ספק שירות שבהסכם או שאינו בהסכם ו/או עקב מעשה או מחדל של האמורים, עצה, טיפול, ניתוח, תרופה או פעולה אחרת שנעשתה על ידיהם לרבות בגין אי ביצוע ניתוח ו/או טיפול רפואי במועד שנקבע לכך מכל סיבה שהיא. מובהר כי ספקי השירות אינם נחשבים כשלוחיו של המבטח או עובדיו.

5.1.2. המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על-פי הפוליסה בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:

5.1.2.1. מלחמה, פלישה, פעולות חבלניות וכל פעולת אויב זר, מעשי איבה או פעולות מסוג פעולת מלחמה (בין אם הוכרזה ובין אם לא הוכרזה) מלחמת אזרחים, וכן פעולות טרור המבוצעות על-יד אנשים הפועלים מטעם או בקשר עם ארגון כלשהו. לצורך סווג זה טרור משמעו השימוש באלימות לצרכים פוליטיים ו/או דתיים, לרבות השימוש באלימות שמטרתו היא להפחיד את הציבור או חלק ממנו. מרד, התקוממות צבאית או עממית, מרי, מרידה, מהפיכה, שלטון צבאי או שלטון שתפסוהו באורח בלתי חוקי, משטר צבאי או מצב של מצור או מאורעות, גורמים כלשהם המביאים לידי הכרזה או קיום של משטר צבאי או מצב של מצור, החרמה, בהתקיים אחד התנאים הבאים:

* המבוטח, תוך נטילת סיכון, נכנס למקום ו/או איזור שידוע כי מתרחשת בו לחימה או התקוממות.

* המבוטח הוא שותף פעיל בלחימה או התקוממות.

* המבוטח התעלם מהסיכון בכוונת תחילה, תוך ידיעה ברורה שהוא מסכן את עצמו.

5.1.2.2. התאונות המפורטות להלן, אם המבוטח יהיה חייב ברכישת כיסוי ביטוחי למקרים המפורטים להלן על פי דין מדינת היעד ו/או המדינה בה התרחשה התאונה ו/או אם היה חייב בקבלת כיסוי או ברכישתו ע"פ דין במדינת היעד ו/או אם המבוטח יהיה זכאי לפיצוי ו/או לטיפול רפואי בגין תאונות אלו מגורם ממשלתי ו/או אחר במדינה בה התרחשה התאונה:

5.1.2.2.1. תאונות דרכים כמשמעה בחוק פיצוי נפגעי תאונות דרכים תשל"ה-1975, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

- 5.1.2.2. תאונת עבודה כמשמעה בחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה – 1995, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.
- 5.1.2.2.3. פעולות איבה כמשמען בחוק התגמולים לפגעי פעולות איבה התש"ל-1970, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.
- 5.1.2.2.4. מחלה שהוזכרה במסגרת חוק נכיי רדיפות הנאצים תשי"ז – 1957.
- 5.1.2.2.5. תאונה במהלך שרותו הצבאי של המבוטח, לרבות שירות מילואים.
- 5.1.3. טיפול באלכוהוליים ו/או התמכרות לסמים ו/או שימוש לרעה בחומרים שאינם סמים.
- 5.1.4. נסיון התאבדות ו/או פציעה עצמית מכוונת, בין שהמבוטח היה שפוי בדעתו ובין אם לאו.
- 5.1.5. חשיפה כלשהי לקרינה מיננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי או לחומר כימי כלשהו בהתקיים אחד התנאים הבאים:
* המבוטח, תוך נטילת סיכון, נכנס למקום ו/או איזור שידוע כי מתרחשת בו לחימה או חשיפה לאמור לעיל.
* המבוטח הוא שותף פעיל בלחימה מסוג זה או חשוף למצב האמור מבחירה.
* המבוטח התעלם מהסיכון בכוונת תחילה, תוך ידיעה ברורה שהוא מסכן את עצמו.
- 5.1.6. הפלה מלאכותית ותוצאותיה שבוצעה מסיבות נפשיות ו/או סוציאליות ו/או חברתיות ו/או כלכליות ו/או תכנון משפחה.
- 5.1.7. תאונה ו/או פציעה ו/או חבלה שנגרמה כתוצאה מפעילות ספורטיבית או אמנותית או תחרותית שבגינה ניתנה למבוטח תמורה כלשהי.
- 5.1.8. מבלי לפגוע בכלליות האמור בסעיפים 5.1.2.1 ו 5.1.2.2, תאונה ו/או פציעה ו/או חבלה כתוצאה מצניחה, רחיפה, צלילה, דאיה, שימוש בגלשני רוח או גלשני גלים, מרוצים למיניהם, רכיבה ושימוש באופנועי שטח (ללא רישוי ו/או שלא על דרך סלולה), רכיבה ושימוש בטרקטורונים, שימוש ונהיגה בכלי רכב בבניה עצמית (כדוגמת "באג'י"), טיפוס הרים ומצוקים, סנאפלינג, אומגה, ראפטינג, באנג'י, סקי שהתבצע מחוץ לאתרים ומסלולים מורשים ומסומנים וכל ספורט אתגרי שהעוסק בו מסכן את עצמו בצורה מהותית.
- 5.1.9. תאונת ים, רכב או אויר בהן חלות הוצאות השירות הרפואי על חשבון הפוגע ו/או מבטח אחר.
- 5.1.10. חיובים הנגרמים כתוצאה או מתרחשים במהלך הפרת הדין על-די המבוטח.
- 5.1.11. כל פגיעה גופנית ו/או נפשית שנגרמה עקב נטילת סיכון בלתי סביר על-די המבוטח.

המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:

- 5.2.1 טיפולים שאינם מוכרים על-די מדע הרפואה ו/או טיפולים רפואיים ו/או בדיקות המבוססים על טכנולוגיות רפואיות שאינן מאושרות על- ידי הרשויות המוסמכות במדינת היעד או נמצאות בתהליכי ניסוי, חקירה ובדיקה, אך לא הוכנסו לשימוש שוטף בתאריך קרות מקרה הביטוח.
- 5.2.2 טיפול הנדרש למקרה ביטוח שאירע לפני או אחרי תקופת הביטוח.
- 5.2.3 טיפול שלא הוסדר על ידי רופא.
- 5.2.4 טיפול שבוצע על ידי אדם שאינו נמנה על הסגל הרפואי בבית חולים ו/ או מרפאה.
- 5.2.5 ריפוי, טיפול, שירותים או אספקה רפואית שאינם נחוצים מבחינה רפואית.
- 5.2.6 טיפול במבוטח ללא תשלום.
- 5.2.7 התייעצות טלפונית או אי הגעה לפגישה מתוכננת.
- 5.2.8 אבחון וטיפול בהתמכרות לסמים מסוכנים, אלכוהול, עישון וחומרים ממכרים.
- 5.2.9 טיפולי רפואה אלטרנטיבית, הוליסטית, למעט כירופרקטיקה/פזיותרפיה שנדרשה על- ידי רופא ומבוצעת ע"י מורשה בתחום הרפואי.
- 5.2.10 שירות רפואי המבוצע או ניתן על- ידי קרוב משפחה של המבוטח, למעט באישור המבטח מראש ובכתב.
- 5.2.11 בדיקות ראייה, אבחון קוצר ראייה, אימוני עיניים וראייה, ניתוח ליזר לתיקון קוצר ראייה או כל טיפול רפואי האחר שמטרתו תיקון קוצר ראייה, התאמת משקפיים או עדשות מגע. השתברות עין, טיפול ראייה, או עבור כל בדיקה או התאמה הקשורה בעזרים אלה. ניתוח עיניים, כמו חיתוך קרנית רדיאלי, כאשר המטרה העיקרית היא תיקון קוצר ראייה, ריחוק ראייה או אסטיגמטיזם.
- 5.2.12 בדיקות שמיעה, עזרי שמיעה, שתלי שמיעה ואביזרים רפואיים אחרים הנועדו לשיפור השמיעה.
- 5.2.13 שירות רפואי ו/או סיעודי הניתן על- ידי אדם שגר בדרך- כלל בבית המבוטח, למעט באשור המבטח, מראש ובכתב.

5.2.14. הטיפולים הרפואיים ואבזורים רפואיים המפורטים להלן: נעלים אורתופדיות, עזרים אורתופדיים שנרשמו על- ידי רופא שאמורים להיות מחוברים או ממוקמים בתוך נעליים (כגון מדרסים, הגבהת עקב), טיפול ברגליים ובכפות רגליים חלשות, מעוותות, שטוחות (פלטפוטס), בלתי יציבות או בלתי מאוזנות, וטיפול בדליות של הורידים (ורידים מורחבים ברגליים/דיים). למען הסר ספק מובהר בזאת כי לא יהיה כיסוי לכל שירות ו/או אבחון ו/או ייעוץ ו/או טיפול הניתן על ידי מטפל שאינו רופא (כדוגמת DPM).

5.2.15. טיפול וריפוי בנשירת שיער, כולל פיאות, השתלות שיער ו/או תרופות המבטיחות צמיחת שיער, בין אם נרשמו על- ידי רופא בין אם לא, למעט עקב טיפול רפואי הגורם לנשירת שיער (כדוגמת כימותרפיה) שבגינו ניתן כיסוי למבוטח במסגרת פוליסה זו.

5.2.16. אבחון וטיפול בהפרעות שינה, לרבות טיפול רפואי למניעת הפרעות שינה, ציוד רפואי לטיפול בהפרעות שינה ובדיקות במעבדות שינה, בין אם נדרשות לאבחון מחלות ובין אם לאבחון הפרעות שינה.

5.2.17. תוכניות התעמלות, בין אם נרשמו או הומלצו על- ידי רופא בין אם לאו.

5.2.18. חיובים בגין נסיעות או הלנה, למעט הוצאות הובלה על-ידי אמבולנס מקומי המסתיימת באשפוז, פינוי חירום והטבות הניתנות במסגרת השתלות.

5.2.19. ניתוחים או טיפולים אשר נעשים למטרות מחקר, ניסוי וחקירה.

5.2.20. התאמת משקל או טיפול בהשמנה ו/או בניתוח לטיפול בהשמנה, כולל קשירת שיניים וכל צורת ניתוח קיצור קיבה ו/או מעקפי מעיים.

5.2.21. התאמת צורת הגוף במטרה לשפר את רווחתו הפסיכולוגית, הנפשית או הרגשית של האדם כדוגמת ניתוח שינוי מין.

5.2.22. טיפול או ניתוח מסיבות קוסמטיות או אסתטיות כדוגמת ניתוח אף, הגדלת/הקטנת חזה, הסרת צלקות.

5.2.23. כל תרופה או טיפול המעודדים או מונעים הריון, לרבות הפלה מסיבות סוציו-אקונומיות, שימוש בגלולות למניעת הריון, הפריה מלאכותית, טיפולי פוריות ו/או אין אונות עיקור או הפיכת עיקור. כל תרופה, טיפול או פרוצדורה בין אם הם מגבירים, משפרים או מתקנים אין אונות או תפקוד מיני לקוי.

5.2.24. טיפולי שיניים וחניכיים, לרבות מחלות שמקורן בהפרעות של החניכיים והשיניים.

5.2.25. טיפול במפרק הלסתית רקתי.

5.2.26. ניתוח ברית מילה, למעט מסיבות רפואיות .

5.2.27. השגחה או טיפול בילודים לאחר 31 הימים הראשונים ללידתם.

5.2.28. התקנים מלאכותיים או מכניים המיועדים להחליף זמנית או באופן קבוע איברים אנושיים.

5.2.29. הוצאות החזקה בחיים של תורם לתהליך השתלה, בין אם תהליך השתלה מכוסה בין אם לאו.

5.2.30. כל טיפול, אבחון וייעוץ הקשור במחלות ויראליות של איברי המין ומחלות הנגרמות כתוצאה ממגע מיני.

5.2.31. בדיקות לגילוי וירוס HIV ו/או לגילוי מחלת האיידס ו/או לגילוי מחלות הקשורות באיידס.

5.2.32. טיפול במבוטח בגין החמרה במצב רפואי, שמלכתחילה היה מכוסה תחת פוליסה זו, אשר בגינו נדרש המבוטח לפעול על פי הוראות רפואיות, ולא ציית להוראות רפואיות, כדוגמת אי נטילת תרופות הכרחיות, בדיקות מעקב וטיפול מונע.

5.2.33. תשלום הנדרש עבור משלוח בדיקות ו/או דגימות למעבדה או מהמעבדה לרופא המטפל או בבית החולים.

5.2.34. תשלום עבור שירותים מחוץ לשעות הקבלה.

5.2.35. חיסונים וטיפולים הניתנים שלא לצורך רפואי ולמטרות הגירה ולא נדרשו בכתב על ידי רופא מומחה.

5.2.36. קבלת שירות רפואי בבית המבוטח או מחוץ למוסד הרפואי (למעט שירות חירום או סיעודי) ללא אישור מראש ובכתב של המבטח.

פרק 6 - גבולות אחריות המבטח

6.1. גבולות אחריות המבטח, על-פי הפוליסה, לכל אחד מהמבוטחים, הינו עד לסך הנקוב ברשימת גבולות אחריות המבטח בנספחים לפוליסה זו.

6.2. גבולות אחריות המבטח בגין סך השירותים הרפואיים המכוסים על-פי הפוליסה, לכל אחד מהמבוטחים, במהלך כל תקופת הביטוח, הינו עד לסך הנקוב ברשימת גבולות אחריות המבטח לפוליסה זו.

6.3. גבולות אחריות המבטח בגין כל אחד מהשירותים הרפואיים המכוסים על-פי הפוליסה, הינו בהתאם להוצאות רפואיות כאמור בסעיף 1.19 לעיל, אך לא יותר מגבול אחריות המבטח בגין סך כל אחד מהשירותים הרפואיים.

יש לעיין בטבלת גבולות אחריות המבטח והשתתפויות עצמיות המצורפות כחלק בלתי נפרד מפוליסה זו.

פרק 7 - תנאים מיוחדים (אופן קבלת השירותים)

מבלי לפגוע בכלליות פרקים 6-1 האמורים ובנוסף להם, ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאות רפואיות עבור שירותים רפואיים ו/או ישלם ישירות לספק השירות עד לתקרת גבולות אחריות המבטח בגין מקרי הביטוח כדלהלן:

תת פרק 1 - ביקור אצל רופא משפחה, רופא ילדים, רופא מומחה

מקרה הביטוח: ביקור המבוטח אצל רופא משפחה ו/או רופא ילדים ו/או רופא מומחה או כל רופא, כהגדרתו בסעיף 1.28 בפוליסה זו, לצורך אבחון ו/או ייעוץ ו/או טיפול הנובע ממצב בריאותו של המבוטח.

תת פרק 2 – בדיקות רפואיות אבחנתיות

מקרה הביטוח: ביקור המבוטח ו/או שליחת דגימה למעבדה ו/או ביקור המבוטח במכוני צילום או הדמיה, לצורך אבחון או טיפול הנובע ממצב בריאותו של המבוטח, כהגדרתן בפרק הגדרות סעיף 1.27.

תת פרק 3 - אשפוז רפואי

מקרה הביטוח: אשפוז המבוטח בבית-חולים לרבות במחלקת טיפול נמרץ, לצורך אבחון ו/או טיפול רפואי ו/או ביצוע ניתוח הנובע ממצב בריאותו של המבוטח, לרבות שכר מנתח, שכר רופא מרדים והוצאות חדר ניתוח ו/או בגין לידה לרבות טיפול לאחר הלידה.

מובהר כי תעריף האשפוז יהיה בגין עלות חדר חצי פרטי (שתיים עד שלוש מיטות בחדר) כולל שרותי חדר רגילים, מזון המסופק על- ידי בית- החולים, אחות וסיעוד נלווים אך לא כולל טלפון, טלוויזיה ושאר שירותים נלווים שאינם כרוכים בטיפול הרפואי.

תת פרק 4 – בעיות נפש ואשפוז פסיכיאטרי

מקרה הביטוח: טיפול רפואי ותרופתי במצב בריאותו של המבוטח, הנובע מבעיות נפש שאובחנו במבוטח על- ידי רופא מומחה.

מובהר בזאת כי גבול אחריות המבטח ומשכה, לגבי השירות לעיל, שונים מיתר השרותים הרפואיים כפי שמופיע ברשימת גבולות אחריות המבטח בפוליסה זו.
(ראה גם פרק 3 ופרק 6 לעיל) .

תת פרק 5 - אשפוז יום

מקרה הביטוח: אשפוז יום של המבוטח ללא שהיית לילה במרפאת חוץ של בית - חולים ו/או מוסד רפואי, לצורך אבחון ו/או טיפול רפואי ו/או ביצוע ניתוח, הנובע ממצב בריאותו של המבוטח, שאינו מחייב אשפוז רפואי בבית- חולים ו/או במחלקה לטיפול נמרץ.

תת פרק 6 - חדר מיון (ללא אשפוז)

מקרה הביטוח: קבלת שירות אבחון וטיפול הנובע ממצב בריאותו של המבוטח, בחדר מיון של בית-חולים אך ורק עקב נסיבות חירום שאינן מאפשרות את דחיית הטיפול עד לביקור ראשוני אצל רופא או רופא מומחה.

תת פרק 7 – מרפאות חירום

מקרה הביטוח: קבלת שירות אבחון וטיפול הנובע ממצב בריאותו של המבוטח, במרפאות חירום שאינן חדר מיון של בית חולים (ופתוחות לקהל לאחר שעות הקבלה המקובלות).

תת פרק 8 - הסעה באמבולנס

מקרה הביטוח: הסעת המבוטח באמבולנס לחדר מיון ו/או בין בית חולים בו מאושפז המבוטח לבית חולים אחר, עקב נסיבות רפואיות, הנובעות ממצב בריאותו של המבוטח, אשר אינן מאפשרות את הגעתו של המבוטח לחדר מיון באמצעי תחבורה שאינו אמבולנס.

למען הסר ספק, מובהר כי חובת המבטח כאמור הינה רק במקרה של ביצוע אשפוז ו/או ניתוח המבוטח, בהמשך רצוף להגעתו על- ידי אמבולנס לחדר מיון.

תת פרק 9 - רכישת תרופה

מקרה הביטוח: רכישה בפועל של תרופת מרשם המאושרת על- ידי הרשויות המוסמכות במדינת היעד לשימוש המבוטח, לשם טיפול במצב בריאותו של המבוטח כפי שאובחן על ידי רופא מומחה ואושר הצורך לשימוש על ידו.

הכיסוי הביטוחי יינתן לתרופת מרשם בהתאם לסל התרופות אשר יומצא למבוטח מעת לעת. למבטח הזכות לשנות את סל התרופות לפי שיקול דעתו, ובתנאי שסל התרופות, בין אם גנריות ובין אם אתיות, לא יפחת מסל התרופות הניתן במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הנהוג במדינת ישראל.

מימון השימוש בתרופה יחול על המבטח לאחר הגעת המבוטח לסף תשלום תגמולי ביטוח שנתי כמפורט בטבלת השתתפויות עצמיות למבוטח ובכפוף להשתתפותו העצמית של המבוטח כל 30 יום בגין מימון השימוש בתרופה, ובשיעורים המפורטים בטבלת השתתפויות עצמיות ואגרות המצורפת לפוליסה זו.

תרופות מרשם כרוניות תספקנה לתקופה של עד 90 יום רצופים, לכל מרשם, וזאת דרך ספק שבהסדר בלבד ויחייבו השתתפות עצמית בגין כל 30 ימי אספקה.

המבוטח יהיה רשאי לרכוש תרופה אשר אינה כלולה בסל התרופות, ובלבד שנרכשה דרך ספק שרות שבהסכם. במקרה זה ישא המבוטח בהשתתפות עצמית בשיעור הנקוב בטבלת השתתפויות עצמיות ואגרות המצורפת לפוליסה זו.

דרש המבוטח לרכוש תרופה בעלת שם מותג, בה בשעה שקיימת תרופה גנרית, ישא המבוטח – בנוסף להשתתפותו העצמית – בהפרש העלות שבין שתי התרופות.

למען הסר ספק, מובהר כי המבטח לא ישא בתשלומים בגין תרופה ניסיונית /או אשר לא אושרה על- ידי הרשויות המוסמכות במדינת היעד.

הוראות פרק חריגים כלליים ופרק חריגים מיוחדים בפוליסה יחולו בהתאמה גם על רכישת תרופה במסגרת פרק זה, לרבות השתתפות עצמית מיוחדת כמפורט בטבלת הוצאות המבוטח לשנה קלנדרית.

למען הסר ספק מובהר כי המבטח לא יישא בתשלומים בגין החלפת תרופות שאבדו, נגנבו, ניזוקו, התקלקלו או שתוקפם פג /או בגין תרופה שניתן לרוכשה ללא מרשם רפואי גם אם ניתן בגינה מרשם .

תת פרק 10 - הריון ולידה

מקרה הביטוח: מצב הריון תקין של המבוטחת, לרבות מעקב הריון על-פי המלצת רופא מומחה-גינקולוג, לידה וטיפול ביולדת וביילוד במהלך האשפוז לאחר הלידה, לרבות טיפול ביילוד, מרגע לידתו ובמהלך 31 הימים הראשונים של חייו, מעקב רפואי שגרתי פוסט הריוני של היולדת.

לעניין זה "מצב הריון תקין" – מהלך ההריון ועד הלידה שלא נדרשת בגינו כל התערבות רפואית מעבר לבדיקות המעקב השגרתיות על פי אמות המידה המקובלות במדינת היעד או מדינת המוצא, לרבות לידת יילוד בריא בלידה וגינלית (כולל לידת מלקחיים או ואקום).

תקרת גבול אחריות המבטח והשתתפויות עצמיות מיוחדות- כמפורט בטבלת גבולות אחריות המבטח והשתתפויות עצמיות בסוף פוליסה זו.

נא עיין גם בפרקים 3 ו 6 לעיל

תת פרק 11 – סיבוכי הריון ולידה וטיפול ביילוד

מקרה הביטוח: כל מצב לא תקין של ההריון; הפלה (שלא מסיבות אישיות /או סוציו-אקונומיות); מצב לא תקין של הלידה; טיפול ביילוד במהלך 31 הימים הראשונים לחייו, במסגרת הכיסוי שניתן לילדת המבוטחת, אשר בגינו נדרשת התערבות רפואית נוספת מעבר למהלך התקין של הלידה כמוזכר לעיל (תת פרק 10), לרבות מחלות /או מומים שנוצרו במבוטחת /או בעובר /או ביילוד, כתוצאה ממהלך הריון לא תקין; מעקב רפואי פוסט הריוני של היולדת, אבחון וטיפול בבעיות רפואיות פוסט הריוניות של היולדת; אבחון טיפול /או מעקב בגין בעיות רפואיות של יילוד במהלך 31 הימים הראשונים לחייו, והכל במסגרת הכיסוי שניתן לילדת המבוטחת.

לעניין זה ייחשבו המצבים הרפואיים הבאים כסיבוכי הריון: פרה-אקלמפסיה, רעלת הריון, זיהום כלייתי, סוכרת הריונית, אנמיה, זיהום של שלפוחית השתן, מיקום ו/או הנתקות השליה, קרע ברחם, זיהום של השליה, אנדומטריוזיס, לידה מאוחרת (שבוע 42 ומעלה), ריגוש RH לדם העובר, צירים מוקדמים, "ירידת מים" יותר מ 12 שעות לפני הלידה, צואר רחם מפסיק להתרחב, צירים מעבר ל 20 שעות, מוות תוך רחמי, הריון מחוץ לרחם, הקאות מופרזות או פתולוגיות קשורות או דומות .

לעניין זה ייחשבו המצבים הבאים כסיבוכי לידה ו/או עובר או יילוד: נתוח קיסרי, מצג אנומלי של העובר, זירוז צירים מסיבות רפואיות, מי שפיר לא תקינים, קצב לב איטי או מהיר, צניחת חבל הטבור, תסחיף מי שפיר בריאות, משקל לידה נמוך מ 2 ק"ג, לידת פג (פג – תינוק שנולד לפני השבוע ה 37 של ההריון), לידה בהרדמה כללית של היולדת, מומים מולדים או פתולוגיות דומות או קשורות.

תקרת גבול אחריות המבטח והשתתפויות עצמיות מיוחדות – כמפורט בטבלת גבולות אחריות המבטח והשתתפויות עצמיות בסוף פוליסה זו.

תת פרק 12 - מעקב רפואי לתינוק ולידה

מקרה הביטוח: בדיקות גופניות כלליות, הערכות תפקודיות, בדיקות התפתחות וקבלת המלצות בדבר הצורך בביצוע בדיקות אבחון וחיסונים לתינוק ולידה, ובתנאי שבמועד הבדיקות המפורטות לעיל היה הנבדק מבוטח תחת הפוליסה.

תת פרק 13 - חיסונים

מקרה הביטוח: ביצוע חיסונים בתינוק ובילד מיום לידתו ועד גיל 16 (כולל), בהיקף המקובל במדינת היעד, ובכפוף להוראת רופא. חיסונים לבוגר מגיל 17 ואילך יכוסו במסגרת פוליסה זו רק על פי דרישת רופא מומחה ובכל מקרה במסגרת בדיקות תקופתיות וחריגי הפוליסה (תת פרק 15 להלן וסעיף 5.2.36 לעיל).

תת פרק 14 - השתלות

מקרה הביטוח: ביצוע השתלה כמשמעה בסעיף 1.25 לעיל, לרבות ההוצאות הרפואיות הכרוכות בה, כמפורט בפרק זה.

המבטח ישלם לספק השרות הוצאות בגין השתלה, עד לתקרת גבול אחריות המבטח כמפורט ברשימת גבולות אחריות המבטח. הערכת רופא מומחה לפני ההשתלה, תהליך ההשתלה, השתלה חוזרת, אם מתרחשת במהלך האשפוז של ההשתלה הראשונית וטיפול המשך לאחר ההשתלה .

עלות רכישה וקציר של איבר בבית-חולים, למעט קניה או רכישה של איבר או רקמה בפועל, עד לסכום המפורט בטבלת גבול אחריות המבטח, השתתפויות עצמיות ואגרות המצורפת לפוליסה זו.

כל האמור מעלה יבוצע רק באמצעות ספקי שירותים שנמצאים בהסכם עם חברת הביטוח ובכפוף לקבלת אישור מראש ובכתב מידי המבטח.

הוצאות רפואיות שנוצרו אצל תורם חי של איבר או רקמה, במסגרת תהליך ההשתלה, הוצאות נסיעה ומלונאות, באמצעות ספק השירות עד לסכום המפורט בטבלת גבול אחריות המבטח, השתתפויות עצמיות ואגרות המצורפת לפוליסה זו.

תת פרק 15 – בדיקות רפואיות תקופתיות

מקרה הביטוח: ביצוע בדיקה רפואית תקופתית למבטח בתנאי שחלפו 12 חודשים, לכל הפחות, מאז בדיקתו הרפואית התקופתית האחרונה.

המבטח ישא בתשלום בגין הוצאות רפואיות סבירות, עד לגבול אחריות המבטח, על-פי פרק זה, בגין בדיקות רפואיות תקופתיות, בהתאם למין המבטח ובחירתו, כמפורט להלן:

- ◆ הסטוריה רפואית;
- ◆ מדידת גובה ומשקל;
- ◆ ייעוץ רפואי ובדיקה פיסיולוגית לרבות בדיקת ערמונית;
- ◆ בדיקת דם- ערכים כלליים לרבות רמת כולסטרול;
- ◆ בדיקת דם סמוי בצואה;
- ◆ בדיקה גניקולוגית כללית תקופתית, לרבות בדיקת שדיים ידנית;
- ◆ בדיקת Pap Smears;
- ◆ בדיקת צפיפות העצם;
- ◆ בדיקת ממוגרפיה;
- ◆ חיסונים אם נדרשו בכתב על-ידי רופא מומחה.

תת פרק 16 – פינוי חירום רפואי

מקרה הביטוח: הובלת חירום אווירית ו/או ימית, כתוצאה ממצב בריאותו של המבטח, לבית-חולים או לשדה התעופה הקרוב לבית-חולים אליו מפונה או מועבר המבטח, או לארץ המוצא על פי שיקול דעת המבטח לרבות הובלת חירום יבשתית ההכרחית לפני ההובלה האווירית או הימית ולאחריה.

למען הסר ספק, מובהר כי חבות המבטח לפי פרק זה תהיה אך ורק אם התקיימו כל התנאים המצטברים המפורטים להלן:

- א. המבטח נזקק לטיפול רפואי ההכרחי להצלת חייו;
 - ב. הטיפול הרפואי ההכרחי אינו יכול להינתן למבטח במקום הימצאו;
 - ג. הובלה שלא בפינוי חירום עלולה להסתיים במות במבטח;
 - ד. האמור בסעיפים לעיל נדרש על-ידי רופא מומחה ואושר על דעת המבטח.
- למען הסר ספק, מובהר כי ביצוע פינוי חירום אפשרי רק במסלול קבלת שירות רפואי באמצעות ספקי שירות שבהסכם ובשום אופן באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם.

תת פרק 17 – הוצאות רפואיות נוספות

מבלי לפגוע בכלליות האמור בפרקים 1-14 לעיל ובנוסף להם, יכסה המבטח את השירותים הרפואיים שלהלן באמצעות ספקי שירות:

- ◆ גפיים מלאכותיות, תותבות עיניים, בית קול ושד –אביזרים פונקציונליים בסיסיים, אולם לא החלפה או תיקון, השכרת ציוד בר-קיימא רפואי נחוץ הכולל את הפריטים הבאים: מיטת בית-חולים בסיסית סטנדרטית ו/או כסא גלגלים בסיסי סטנדרטי עד למחיר הקניה, והכל עד לתקרה המפורטת בטבלת גבול אחריות המבטח, השתתפויות עצמיות ואגרות המצורפת לפוליסה זו.
- ◆ טיפולי פיזיותרפיה וכירופרקטיקה עד 12 טיפולים בשנה קלנדרית;
- ◆ טיפולי הקרנות וכימותרפיה;
- ◆ המודיאליזה וחיובי בית-החולים בגין עיבוד ומתן דם או רכיבי דם, אולם לא עבור עלות רכישתם;
- ◆ חמצן וגזים אחרים;
- ◆ סמי הרדמה הניתנים למבוטח על- ידי רופא;
- ◆ שרות טיפול סיעודי בבית המבוטח, בהמשך רצוף לאשפוז בבית- חולים, על- ידי עובד סיעוד מוסמך ועל- פי צורך רפואי שנקבע על- ידי רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי, שרות טיפול רפואי במוסד רפואי סיעודי ו/או שיקומי, בהמשך רצוף לאשפוז בבית-חולים, על-פי צורך רפואי שנקבע על- ידי רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי והכל עד לתקרה המפורטת בטבלת גבול אחריות המבטח, השתתפויות עצמיות ואגרות המצורפת לפוליסה זו.
- ◆ טיפול חירום דנטלי ו/או ניתוח דנטלי הנחוצים לשיקום או החלפה של שיניים יציבות, טבעיות שאבדו או ניזוקו בתאונה שהייתה מכוסה תחת הפוליסה.

8.1 מבוא

פרק זה מבטיח, ללא תשלום דמי ביטוח כלשהם, ובכפוף לסף תשלום תגמולי ביטוח בסך הנקוב בטבלת השתתפויות עצמיות ואגרות לשנה קלנדרית ולהשתתפויות העצמיות האחרות המופיעות בפוליסה רצף כיסוי ביטוחי למבוטח בפוליסת- DavidShield- (להלן: "הפוליסה היסודית") אשר תקופת הביטוח הנקובה לגביו תמה או אשר הפך לאזרח מדינת היעד במהלך תקופת הביטוח, בכפוף לתנאים ולהוראות המפורטות להלן.

8.2 מקרה הביטוח

שרות רפואי ו/או אחר המוענק למבוטח, עקב צורך רפואי, כמפורט בכל אחד מפרקי הפוליסה היסודית, החל מתום תקופת הביטוח או החל מהמועד בו הפך המבוטח לאזרח מדינת היעד ובכפוף לקיומם של התנאים וההוראות הנקובים בסעיף 3 להלן.

8.3 חבות המבטח

8.3.1. בכפוף לסף תשלום תגמולי ביטוח נוסף בסך הנקוב בטבלת השתתפויות עצמיות ואגרות לשנה קלנדרית ולהשתתפויות העצמיות האחרות המופיעות בפוליסה, החל מתום תקופת הביטוח, בפוליסות הכוללות תקופת ביטוח קצובה כמפורט בדף הרשימה ו/או החל מהמועד בו הפך המבוטח לאזרח מדינת היעד, ימשיך המבטח לשאת באחריות בגין מקרי ביטוח שהיווצרותם ו/או התרחשותם ארעה בפועל במהלך תקופת הביטוח זאת למשך 12 חודשים רצופים (להלן: "תקופת ההארכה").

8.3.2. פרק זה יהיה בתוקף במהלך תקופת ההארכה בכפוף לקיומם של התנאים המצטברים הבאים:

8.3.2.1. רכש המבוטח פוליסת ביטוח רפואי אחרת מטעם מבטח אחר (להלן: "הפוליסה החדשה").

8.3.2.2. הכיסוי הביטוחי בפוליסה החדשה יכלול כיסוי לאישפוזים, תרופות וביקורי רופא.

8.3.2.3. נקבעה בפוליסה החדשה תקופת המתנה לקבלת שירות בגין מקרה ביטוח שארע במהלך תקופת הביטוח של הפוליסה היסודית.

8.3.2.4. תמה תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה היסודית ולא חודש הביטוח על ידי המבטח.

8.3.3. למען הסר ספק יובהר כי אחריות המבטח במהלך תקופת ההארכה תהיה בגין שרות רפואי אשר כלול בפוליסה החדשה אשר לגביו נקבעה תקופת המתנה ולא יותר מהיקף הכיסויים בפוליסה היסודית.

8.4 כללי

8.4.1. במקרה של סתירה בין הוראות נספח זה להוראות הפוליסה היסודית יחולו הוראות פרק זה.

8.4.2. אין שינוי ביתר הוראות הפוליסה היסודית.

ביטוח נוסף לכיסוי הוצאות לשירותים רפואיים בישראל המוגדרים בסל הבריאות הממלכתי ושיסופקו ע"י קופת החולים וספקיה בלבד בתקופת המתנה.

9.1. מבוא

פרק זה מבטיח למבוטח בפוליסת DavidShield- (להלן: "הפוליסה היסודית") כיסוי ביטוחי לשרותים רפואיים ו/או אחרים הכלולים בחוק הבריאות, שיוענקו למבוטח עקב צורך רפואי, לאחר שובו למדינת ישראל שלא למטרת ביקור, וזאת למשך תקופת המתנה הקבועה בחוק, לפיה אינו זכאי לקבלת השרותים הרפואיים מקופת החולים בה הינו חבר. כל האמור בכפוף לתנאים ולהוראות המפורטים להלן.

9.2. הגדרות

9.2.1 "חוק הבריאות" – חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994 והתקנות אשר פורסמו ו/או יפורסמו מכוחו.

9.2.2 "חוק המל"ל" – המל"ל – חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה-1995 והתקנות שפורסמו ו/או יפורסמו מכוחו.

9.2.3 "זכאות לשרות" – זכאות המבוטח לקבלת מלא השרותים הרפואיים הכלולים בחוק הבריאות בהתאמה לסוג הכיסויים הכלולים בפוליסה היסודית.

9.2.4 "תקופת המתנה" – פרק זמן הנקוב או אשר יהיה נקוב בחוק הבריאות ו/או חוק המל"ל, אשר במהלכו בהתאם להוראות החוקים האמורים לא תהיה למבוטח זכאות לשרות בעת חזרתו לישראל, לאחר שהייה מחוץ לגבולות מדינת ישראל. למען הסר ספק, מובהר כי תקופת המתנה על פי הוראות נספח זה, לא תעלה על 24 חודשים רצופים מהמועד הקובע.

9.2.5 "הפוליסה" – "הפוליסה היסודית"
תכנית הביטוח של חברת DavidShield-

9.2.6 "ספק השרות" – שירותי בריאות כללית ו/או ספק שרות אחר המצוי בהתקשרות עם המבוטח, כפי שיפורסם על ידי המבוטח.

9.2.7 "המועד הקובע" – מועד שובו של בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשהות העולה על 90 יום בישראל.

9.3 מקרה הביטוח

שרות רפואי ו/או אחר הכלול בזכאות לשרות אשר יוענק למבוטח, עקב צורך רפואי, במהלך תקופת ההמתנה בכפוף לקיומם של התנאים וההוראות הנקובים בסעיף 5 להלן.

9.4 חבות המבטח

9.4.1 החל ממועד הקובע, ובכפוף לקיומם של ההוראות והתנאים המפורטים בסעיף 5 להלן, יהיה המבוטח זכאי לקבלת השרות הרפואי הכלול בזכאות לשרות על ידי ספק השרות במהלך תקופת ההמתנה.

9.4.2 המבטח ישלם לספק השרות, בקרות מקרה הביטוח עבור הוצאות המבוטח בגין שרותים רפואיים הכלולים בזכאות לשרות.

9.4.3 למען הסר ספק, חבות המבטח תחול אך ורק בגין השרות הכלול בסל הבריאות הממלכתי כהגדרתו בחוק הבריאות, ולא יותר מסוג הכיסויים הכלולים בפוליסה היסודית.

9.5 תנאי הביטוח

9.5.1 בעל הפוליסה ו/או המבוטח יודיע למבטח על רצונו בהפעלת הכיסוי הביטוחי הכלול בפרק זה בתוך 30 יום מהמועד הקובע.

9.5.2 הענקת הזכאות כהגדרתה בביטוח זה, תבוא במקום הכיסוי הביטוחי הכלול בפרקי התנאים המיוחדים בביטוח היסודי.

9.5.3 הוראות התנאים הכלליים בביטוח היסודי יחולו במלואן גם לגבי הזכאות לשרות.

9.5.4 בעל הפוליסה ו/או המבוטח יודיע למוסד לביטוח לאומי על שובו לישראל שלא למטרת ביקור ויסדר את תשלומיו לו בתוך 30 יום מהמועד הקובע. למען הסר ספק, מובהר כי אין בקיומו של ביטוח נוסף זה בכדי לפטור את בעל הפוליסה ו/או המבוטח, מביצוע תשלומי דמי ביטוח לאומי ו/או מס בריאות ממלכתי הקיימים לגביהם.

9.5.5 בעל הפוליסה ו/או המבוטח יהיו זכאים לכיסוי ביטוחי נוסף זה אך ורק אם שולמו דמי הביטוח הנקובים בפוליסה היסודית במהלך 12 חודשים רצופים טרם המועד הקובע.

9.6 הפרמיה

9.6.1 מבלי לפגוע בכלליות הוראות סעיפים 2.4-2.5 בפוליסה היסודית בדבר תשלום דמי הביטוח ושינוייהם יחולו בנוסף להם בגין ביטוח נוסף זה, דמי ביטוח השונים מהנקוב בדף הרשימה, בגין

9.6.2. דמי הביטוח הנקובים לתקופה שלפני המועד הקובע ישולמו עד למתן הודעת המבוטח כאמור בסעיף 5.1. לעיל.

9.6.3. דמי הביטוח הנקובים לתקופה שלאחר המועד הקובע ישולמו עד תום תקופת ההמתנה הקבועה לגבי בעל הפוליסה ו/או המבוטח.

9.7 ביטול הביטוח הנוסף

תוקף ביטוח נוסף זה יפוג בקרות אחד המקרים דלהלן, הקודם מביניהם:

9.7.1. שובו של בעל הפוליסה ו/או המבוטח לישראל טרם תשלום דמי הביטוח בגין נספח זה במהלך 12 חודשים רצופים טרם המועד הקובע.

9.7.2. במידה וביטל המבוטח את הביטוח הנוסף כאמור בסעיף 7.1 לעיל יוחזרו למבוטח דמי הביטוח עבור הביטוח הנוסף, בניכוי הוצאות המבטח.

9.7.3. תום תקופת ההמתנה הקבועה בחוק.

9.7.4. כאשר הפוליסה היסודית תבוטל מסיבה כלשהי.

9.8 כללי

9.8.1. בכל מקרה בו התווסף ביטוח נוסף זה לפוליסה היסודית, בכל עת שהיא, אחרי מועד תחילת הפוליסה היסודית, יכנס ביטוח נוסף זה לתוקף ביום הוספתו לפוליסה היסודית ובכפוף לתנאים הכלליים של הפוליסה היסודית.

9.8.2. מועד תחילת הביטוח, לענין ביטוח נוסף זה, ייחשב המועד בו מתקבל המבוטח לביטוח נוסף זה על ידי המבטח, כמצויין בדף הרשימה.

9.8.3. במקרה של סתירה בין הוראות נספח זה להוראות הפוליסה היסודית יחולו הוראות נספח זה.

9.8.4. כל האמור לגבי מבוטח בלשון זכר יחול גם על מבוטחת במסגרת פוליסה זו.

תת פרק 1 – איחוד משפחות

מקרה הביטוח: שיפוי המבוטח, עד גבול אחריות המבטח, בגין רכישת כרטיסי טיסה במחלקת תיירים, לבני משפחת המבוטח מקרבה ראשונה (בן/בת זוג/ילדי המבוטח/הוריו/אחיו/אחיותיו) לשם הטסתם למדינת היעד, במקרה של ביצוע ניתוח גדול (כהגדרתו בסעיף 1.24 – פרק הגדרות) במבוטח/ת, בארץ היעד, והכל 15 ימים לפני ביצוע ניתוח גדול ועד 30 יום לאחריו.

המבוטח ימציא למבטח אישור רפואי, מטעם רופא מומחה, בדבר ביצוע ניתוח גדול במבוטח/ת בארץ היעד.

מתן השירות הינו באמצעות ספקי שירות שבהסכם עם המבטח.

למען הסר ספק, מובהר כי הוראת פרק זה לא יחולו לגבי מקרי ביטוח שהנם מצב רפואי קודם או העונים להגדרת מצב רפואי קודם.

ההחזר הינו על פי המפורט בטבלת גבולות אחריות המבטח.

מובהר בזאת כי ההטבה הינה בגין עלות כרטיסי הטיסה בלבד, ועד לסכום המופיע בטבלת גבולות אחריות המבטח, ואינה כוללת תשלום עבור מיסי נמל, מיסי ביטחון, אשרות, קנס ביטולים או הארכות והיטלים נוספים מעבר לעלות היסודית של כרטיס הטיסה.