

פוליסה לביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי



לעובדי הפניקס ובני משפחתם

עובדים יקרים,

אנו שמחים להודיעכם כי החל מ-1 בספטמבר 2008, חודשה תוכנית ביטוח הבריאות והסיעוד המקיפה **לעובדי הפניקס** לתקופה נוספת של שלוש שנים.

בפוליסה החדשה, אשר נבנתה מתוך דאגה לרווחת העובדים ובני משפחתם, נערכו עדכונים במספר תחומים על-מנת להתאימה להתפתחויות בשוק ביטוחי הבריאות.

בין היתר, שופרו פרקי הכיסוי לתרופות שאינן בסל הבריאות, להשתלות וניתוחים בחו"ל.

פוליסת הבריאות של עובדי החברה ובני משפחתם הושקה לפני מספר שנים ובמבט לאחור אנו יכולים לומר בביטחון מלא שהכיסוי הרפואי הרחב סייע למשפחות רבות בפניקס בשעותיהן הקשות.

אנו מזמינים אתכם לצרף את בני משפחותיכם לתוכנית הביטוח.

**בברכת בריאות שלמה,
אייל בן סימון, סמנכ"ל בכיר
מנהל אגף בריאות**

תוכן העניינים

עמוד

5	גליו נאות - פרטים כלליים על הפוליסה
21	פוליסה לביטוח רפואי וסיעודי
29	פרק א' - ניתוחים
33	פרק ב' - ניתוחים בחו"ל
35	פרק ג' - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
38	פרק ד' - כיסוי בגין תחופות שאינן כלולות בסל הבריאות - סל הזהב
46	פרק ה' - שיחות רפואיים נוספים
49	פרק ו' - ביטוח סיעודי
52	דף הרשימה
53	כתב שיחת חפא עד הבית
55	כתב שיחת ייעוץ תחפתי
58	כתב שיחת למתן שיחת חוות דעת שניה
64	כתב שיחת מעבדה עד הבית
67	כתב שיחת לטיפולים פסיכולוגיים

פרטים כלליים על הפוליסה / דף גילוי נאות

נושא	סעיף	תנאים
כללי	החברה	הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
	המבוטח	<p>כל אדם אשר הינו מבוטח בביטוח הרפואי הקודם במועד הקובע (להלן: "מבוטח קיים").</p> <p>עובד החברה שביקש להצטרף לביטוח לאחר המועד הקובע ובלבד שמילא וחתם על בקשת הצטרפות, הכוללת הצהרת בריאות והחברה אישרה את הצטרפותו לביטוח כאמור בסעיף 3 לפוליסה.</p> <p>ב/בת הזוג של עובד החברה וילדיהם אשר במועד ציחפם לביטוח טרם מלאו להם 25 שנים, שמילאו וחתמו על בקשת הצטרפות הכוללת הצהרת בריאות, לאחר המועד הקובע והחברה אישרה את הצטרפותם לביטוח כאמור בסעיף 3 לפוליסה.</p> <p>ילד של עובד, אשר במועד ציחפו לביטוח מלאו לו 25 שנה או יותר וב/בת זוג וילדיו עד גיל 25 שמילאו וחתמו על בקשת הצטרפות הכוללת הצהרת בריאות לאחר המועד הקובע, והחברה אישרה את הצטרפותם לביטוח כאמור בסעיף 3 לפוליסה.</p>
	הכיסויים בפוליסה	<p>ניתוחים, ניתוח בחו"ל, השתלות, ניתוחים ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל, כיסוי בגין תחפות שאינן כלולות בסל הבריאות, שיחתיים רפואיים נוספים, ביטוח סיעודי.</p>
	משך תקופת הביטוח	עד ליום 31.8.2011.
המשכיות		<p>הפסיק עובד את עבודתו בחברה מכל סיבה שהיא, הוא ובני משפחתו המבוטחים בביטוח ערב פרישת העובד מעבודתו יוכלו להצטרף לביטוח פרטי של החברה עפ"י בחירתם (להלן: "הביטוח הפרטי"), בתנאים שיהיו מקובלים בחברה באותה העת, ללא תקופת אכשרה וללא מילוי הצהרת בריאות ברצף ביטוחי ובריאותי מלא, ביחס לכיסויים והסכומים החופפים בין פוליסה זו לפוליסה לביטוח הפרטי, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 40 יום מיום עזיבתו/פרישתו של העובד מהעבודה והמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו. במסגרת המעבר לפוליסה פרטית המבוטח יהיה תשאי לרכוש תגמולי ביטוח מופחתיים.</p> <p>ייתכן כי המעבר לפוליסה הפרטית יהיה כחך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.</p> <p>מבוטח שיצטרף לביטוח הפרטי בתנאים הקבועים בסעיף זה יהיה זכאי להנחה בשיעור 20% לתקופה של 5 שנות הביטוח הראשונות מהתעריף הרשמי של החברה באותה עת בגין כיסויי הבריאות (לא כולל סיעוד) החופפים שבין פוליסה זו לבין ביטוח הבריאות הפרטי ולהנחה בשיעור של 15% מהתעריף הרשמי של החברה לתקופה של 3 שנים לביטוח סיעודי.</p>

תנאים	סעיף	נושא
<p>בן/בת זוג של עובד החברה ו/או בן משפחתו המאבד את זכאותו לביטוח עפ"י פוליסה זו עקב פטירה (חו"ח) או גירושין, יהיה זכאי להמשיך את הביטוח במסגרת הביטוח הפרטי בתנאים הנקובים בסעיף 4.5.1 לפוליסה וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 60 יום ממועד הארוע והמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו.</p> <p>במקרה ומכל סיבה שהיא לא יוארך הסכם הביטוח והפוליסה לא תחודש בחברה או בחברת ביטוח כלשהי לגבי כלל המבוטחים או חלק מהמבוטחים, יהיו תשאים המבוטחים או חלק מהמבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם להמשיך ולהיות מבוטחים בביטוח פרטי ובלבד שהודיעו על רצונם למבטח תוך 60 יום מיום מתן הודעת החברה על סיום תקופת הביטוח ואפשרות המעבר לביטוח הפרטי ובהתאם לאמור בסעיף 4.5.1 לפוליסה.</p> <p>הגיע ילד מבוטח במהלך תקופת הסכם זה לגיל 25, ימשיך הביטוח בגינו.</p>		
<p>תקופת הביטוח על פי הפוליסה תהיה 3 שנים מהמועד הקובע. הפוליסה תחודש אוטומטית לתקופות נוספות של 3 שנים כל אחת, אלא אם הוחלט על ידי החברה שלא לחדש את הפוליסה לתקופה נוספת.</p>	<p>תנאים לחידוש אוטומטי</p>	
<p>פרמיה בגין הפוליסה (כולל כתבי הישחת): עובד - 85.30 ש"ח בן/בת זוג או ילד מעל גיל 25 - 67.40 ש"ח ילד עד גיל 21 - 18.50 ש"ח ילד מגיל 21 עד גיל 25 - 42.40 ש"ח</p> <p>הפרמיה צמודה למדד המחירים הכללי לצרכן שפורסם ביום 15.8.2008 שהינו 10944 נקודות.</p>	<p>גובה ומבנה הפרמיה</p>	<p>פרמיות</p>
<p>אם כתוצאה מהוראות חיקוק כלשהי או הוראת רשות ממשלתית המתייחסת לפוליסה זו, תהיה החברה מחוייבת לשנות את דמי הביטוח הנקובים ברשימה, מעבר לשינוי הנובע מהצמדתם למדד - תודיע החברה למבוטחים ודמי הביטוח ישונו בהתאם.</p>	<p>שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח</p>	
<p>תנאים כלליים לביטוח - סעיף 6</p>	<p>החרגה בגין מצב רפואי קודם</p>	<p>חריגים</p>
<p>כללי - חריגים כלליים: סעיף 5 סעיף 5.3 לפרק א' סעיף 6 לפרק ד' סעיף 3 לפרק ה' סעיף 3, 4 לפרק ו'</p>	<p>סייגים לחבות המבטח</p>	

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	מחשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
פרק א': ניתוחים					
קן	ביטוח תחליפי	קן	שיפוי	בגין ניתוחים בישראל המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שבהסכם עפ"י בחירת המבוטח, לא תחול תקרת סכום לשיפוי עבור שכר המנתח/מרדים שבהסכם	שכר מנתח/ מרדים שבהסכם
קן	ביטוח תחליפי	קן	שיפוי	שכר מנתח/מרדים אחר ישולם למבוטח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ע"י המנתח/ המרדים האחר, עפ"י תעריפי המבטח, ובכל מקרה לא יותר מהסכום ששולם המבוטח בפועל	שכר מנתח/ מרדים שאינו בהסכם
קן	ביטוח תחליפי	קן	שיפוי	החברה תשלם למבוטח או לבי"ח שבהסכם תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז וחדר הניתוח או תחזיר הוצאות אלו למבוטח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ועל פי תעריפי החברה, כיסוי הוצאות האשפוז יהיה על פי תעריף האשפוז בחדר בין שתיים עד שלוש מיטות בבי"ח מוסכם ועד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבי"ח במקרה ניתוח
קן	ביטוח תחליפי	קן	שיפוי	החברה תשלם ישיחת לביה"ח בגין בדיקות מעבדה ובדיקות הדמיה הנדרשות במקרה של ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז, או יחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות	הוצאות בגין בדיקות מעבדה והדמיה

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	מחשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
ק	ביטוח תחליפי	ק	שיפוי	בוצע במבוטח ניתוח, אשר במהלכו הושטל במבוטח שתל, תשתתף החברה בעלות התותב הנ"ל עד לסך 25,000 ש"ח	שתל - אביזר מושטל
לא	ביטוח תחליפי	ק	שיפוי	שיפוי עד לסך 650 ש"ח ליום ועד 7 ימים לכל ניתוח המכוסה על פי הפוליסה. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות למבטח או לחלופין הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח בדבר ביצוע השמירה הפרטית ו/או טיפולי פיזיותרפיה	פיזיותרפיה ושירותי אחות פרטית במהלך אשפוז
לא	ביטוח תחליפי	לא	שיפוי	שיפוי למבוטח לא יעלה על 150% מהתעריף הרשמי הקיים אותה עת בשיחתי מגן חוד אדום	שירותי הסעה באמבולנס לבי"ח ובין בתי חולים בישראל
ק	ביטוח תחליפי	ק	שיפוי	החברה תשלם שיחת לביה"ח בגין בדיקה פתולוגית שנעשתה ע"י מומחה לפתולוגיה, המדרשת במקרה של ניתוח, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות. תכוסה חוו"ד נוספת בפתולוגיה עד לסך של 450 ש"ח	הוצאות בגין בדיקה פתולוגית

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	לא	פיצוי	המציא המבוטח לבית החולים הפרטי טופס התחייבות מטעם קופת החולים בה חבר המבוטח לכיסוי הוצאות הניתוח המבוצע בב"ח זה, תזכה החברה את המבוטח ותשלם לו סכום השווה ל- 50% מערכו של הטופס	טופס התחייבות מטעם קופת חולים (טופס 17)
לא	ביטוח מוסף	לא	פיצוי	מבוטח אשר עבר ניתוח אלקטיבי המכוסה על פי פוליסה זו ואשר הוצאותיו כוסו במלואן ע"י קופת חולים שבה הוא חבר יהיה זכאי לתגמול בסך של 700 ש"ח לכל יום אשפוז לתקופה מירבית של 30 ימי אשפוז לכל ניתוח במהלך שנת ביטוח	ביצוע ניתוח ללא מעורבות החברה
לא	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	אם יבחר המבוטח בקרות מקרה הביטוח לקבל טיפול חלופי, תשפה החברה את המבוטח ו/או תשלם ישירות לנותני השירותים את ההוצאות הרפואיות שהוצאו עבור הטיפול החלופי בו בחר המבוטח וזאת עד לסך של 150,000 ש"ח ובהתאם לתנאים המפורטים בפוליסה	טיפול מחליף 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
פרק ב': ניתוחים בחו"ל					
לא	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	שכר מנתח ו/או מרדים שנבחר על ידי המבוטח, בהסכמת בית החולים ובתיאום ואישור שניתן מראש ע"י החברה	שכר מנתח/ מרדים
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	החברה תכסה את ההוצאות בגין חדר הניתוח, כולל הוצאות שתל המושתל בגופו של המבוטח במהלך הניתוח, אשפוז עד 30 יום, בדיקה פתולוגית ובדיקות מעבדה והדמייה הקשורות בניתוח והמבוצעות במהלך האשפוז	כיסוי להוצאות בית חולים בחו"ל
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	במקרה ותקופת האשפוז לצורך הניתוח בחו"ל תעלה על 10 ימים ברציפות, תכסה החברה למלווה אחד, הוצאות שהייה למלווה אחד עד לסכום המירבי בסך 600 ש"ח ליום ולתקופה מירבית של 30 יום. אם המבוטח שבוצע בו הניתוח בחו"ל הינו קטין, תכסה החברה במקרים האמורים בסעיף זה לעיל הוצאות טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים בטיסה מסחרית רגילה והוצאות שהייה עבור 2 (שני) מלווים. סכום הביטוח המרבי לשהייה, על פי סעיף זה ל- 2 מלווים לא יעלה על 1,200 ש"ח ליום ולתקופה מרבית של 30 יום.	כיסוי להוצאות ושהייה

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	ממשק עם הסל הבסיסי ו/או שבי"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
לא	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד סכום ביטוח מירבי של 20,000 ש"ח להטסה אחת. הצורך בהטסה רפואית יקבע ע"י חפא מטעם החברה עפ"י מצבו הרפואי של המבוטח	הטסה רפואית
לא	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	החברה תכסה את הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר הניתוח אם נפטר חו"ל המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 3 ימים מיום שחחר מבירה"ח בחו"ל. סכום הביטוח המירבי לעניין סעיף זה לא יעלה על 20,000 ש"ח	כיסוי להוצאות הטסת גופה
לא	ביטוח מוסף	כן	פיצוי	אם משך האישפוז בחו"ל לצורך ניתוח יעלה על 10 ימים רצופים, יינתן למבוטח פיצוי חד פעמי בסך 10,000 ש"ח לכיסוי הוצאות שומות, וזאת בעת שובו של המבוטח לישראל.	פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול
לא	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	אם משך האישפוז בחו"ל לצורך ניתוח יעלה על 10 ימים רצופים, יינתן שיפוי להוצאות כמפורט בסעיף 2.7 לפרק זה עד תקרה של	שיפוי לאחר ניתוח גדול

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	ממשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
				7,500 ש"ח לכל הכיסויים יחד בתקופה של עד 3 חודשים לאחר הניתוח בכפוף לסכומים והשתתפויות העצמיות הנקובים בסעיף זה.	
פרק ג': השתלות, טיפולים מיוחדים בחו"ל					
מובהר בזאת כי תגמולי הביטוח בגין השתלה ישולמו בכפוף לחוק השתלת איברים תשס"ח 2008 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.					
לא	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	סכום השיפוי המירבי שתשלם החברה להשתלה/השתלות ללא תקרה. סכום השיפוי המירבי שתשלם החברה לניתוח ו/או טיפול מיוחד בחו"ל עד לסכום של 400,000 ש"ח למבוטח	סכום הביטוח
לא	ביטוח מוסף	כן	פיצוי	גמלה חודשית בגובה 5,400 ש"ח למשך 24 חודש	גמלה לאחר השתלה
לא	ביטוח מוסף	כן	פיצוי	פיצוי חד פעמי בסך של 240,000 ש"ח. למעט הסכום הנ"ל, לא יהיה המבוטח זכאי לפיצוי כלשהו ו/או לשיפוי כלשהו בגין הוצאות הקשורות להשתלה כאמור בפרק זה. המבוטח לא יהיה חייב בהצגת קבלות לצורך קבלת התשלום אלא במסמכים רפואיים המעידים על ביצוע ההשתלה	פיצוי חד פעמי במקרה של השתלה שבוצעה ללא מעורבות החברה

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	ממשק עם הסל הבסיסי /או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
פרק ד': ביטוח לתרופות מיוחדות - סל הזהב - החל מה- 1.9.2008					
כ	ביטוח תחליפי	כ	שיפוי	<p>תגמולי הביטוח ישולמו לפי קבוצות של מחלות כמוגדר בפוליסה. השיפוי המרבי הוא 1,000,000 ש"ח לכל אחת מהקבוצות למשך שנתיים. כל שנתיים מתחדש סכום הביטוח ומחליף את יתרת סכום הביטוח המתר מהשנתיים שקדמו לכך.</p> <p>סך תגמולי הביטוח לתרופות יתומות בכל הקבוצות יחד הוא 2,000,000 ש"ח לכל תקופת הביטוח.</p> <p>סך תגמולי הביטוח הכולל בגין כל התקופות לכל הקבוצות יחד לא יעלה על 10,000,000 ש"ח בכל תקופת הביטוח.</p>	הכיסוי
כ	ביטוח תחליפי	כ	שיפוי	<p>החברה תחל לשאת בחבותה רק מעבר לסף תשלום בסך 350 ש"ח בחודש. החל מתחפה השלישית באותו חודש ישופה המבוטח החל מהשקל הראשון ובתנאי שעלות כל אחת משתי התרופות ו/או תוסף המזון הראשונים הינו מעל 350 ש"ח לחודש.</p>	השתתפות עצמית

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	ממשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
פרק ה': שירותים רפואיים נוספים					
קן	ביטוח תחליפי	קן	שיפוי	מבוטחת תהיה זכאית לשיפוי בגין בדיקה לסריקה על קולית (ULTRA SOUND) של עובר הנישא ברחמה. הבדיקה תעשה אצל חפא מומחה. סכום הביטוח המירבי יהיה בשיעור 75% מההוצאה הממשית אשר הוצאה בפועל ועד 1,300 ש"ח. כיסוי זה יינתן לכל הריון פעם אחת בלבד	ביצוע סריקה על קולית לבדיקת מערכות עובר
קן	ביטוח תחליפי	קן	שיפוי	מבוטחים על פי פוליסה זו יהיו זכאים לאבחון גנטי טרום לידתי למחלות הבאות: סיסטיק פיברוזיס, קאנואן, תסמונת ה-X השביר וגושה. סכום הביטוח המירבי יהיה בשיעור 75% מההוצאה הממשית אשר הוצאה בפועל ועד 1,300 ש"ח. כיסוי זה יינתן לכל הריון פעם אחת בלבד	ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי
קן	ביטוח תחליפי	קן	שיפוי	מבוטח יהיה זכאי לבצע אבחון גנטי חד פעמי לגילוי גנים סרטניים למחלות: סרטן השד, סרטן המעי הגס, סרטן השחלות. זאת במידה ואחד מבני המשפחה מקרבה ראשונה (הורים, אחים, ילדים) חלה במחלת הסרטן לאחר תום	ביצוע בדיקה לאבחון גנטי מתקדם לגילוי גנים סרטניים

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	ממשק עם הסל הבסיסי /או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
				תקופת האכשרה של המבוטח. סכום ביטוח מירבי לאבחון יהיה בשיעור 75% מסך ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל בגין האבחון ועד 2,600 ש"ח	
ק	ביטוח תחליפי	ק	שיפוי	<p>בניתוחי לב - השתלת לב מלאכותי - סכום ביטוח מירבי לסך כל מקרי הביטוח - 349,000 ש"ח.</p> <p>השתלת דפיברילטור תוך גופי - סכום ביטוח מירבי לסך כל מקרי הביטוח - 65,550 ש"ח.</p> <p>בניתוחי אוזניים - השתלת עצמוי שמע מלאכותיים. סכום ביטוח מירבי לסך כל מקרי הביטוח - 65,550 ש"ח.</p> <p>טיפול במחלת הסרטן - השתלה תוך גופית של כדורים רדיואקטיביים לטיפולים במחלת סרטן. סכום ביטוח מירבי לסך כל מקרי הביטוח - 4,360 ש"ח.</p>	שימוש באביזרים רפואיים מתקדמים
ק	ביטוח תחליפי	ק	שיפוי	מבוטח אשר זקוק להשתלת תומך תוך עורקי (STAND) ללב ולכלי דם היקפיים, במסגרת ביצוע ניתוח אשר מכוסה בפוליסה זו, יהיה זכאי לשיפוי נוסף עד לתקרה של 8,200 ש"ח לכל מקרה ביטוח	השתלת תומך תוך עורקי (STAND)

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	מחשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
קן	ביטוח תחליפי	קן	שיפוי	מבוטח אשר יחלה במחלת הסרטן ואשר נלקח ממנו מח עצם להשתלה, יהיה זכאי לשמור את מח העצם לשלוש שנים. סכום ביטוח מירבי לשנת ביטוח - 1,280 ש"ח	שמירת מח עצם לתקופות ארוכות
קן	ביטוח תחליפי	קן	שיפוי	מבוטח/ת אשר ת/יחלה במחלת הסרטן, יהיה זכאי לפני ביצוע הטיפולים הכימותרפיים, לבצע הקפאה לשמירת הזרע/ביציות לתקופה מירבית של עד 10 שנים. סכום ביטוח מירבי למקרה ביטוח - 128,980 ש"ח	הקפאת זרע וביציות
קן	ביטוח תחליפי	קן	שיפוי	בכפוף לזכאותו של המבוטח על פי הפרקים א' וב' לפוליסה זו, יהיה זכאי מבוטח אשר יחלה במחלת הסרטן לטיפול בהימופלטרציה. מהות הטיפול: מתן חומר המעודד צמיחת כדוריות לבנות. הטיפול מתבסס על טיפול כימותרפי יחד עם מתן דם מועשה סכום ביטוח מירבי למקרה ביטוח - 66,550 ש"ח	קבלת טיפולים בהימופלטרציה

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	מחשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
ק	ביטוח תחליפי	ק	שיפוי	עד תקרת הסכום בגובה 9,550 ש"ח לכל מקרי הביטוח המפורטים להלן ובכפוף להשתתפות עצמית בשיעור 20% מכל תשלום שישלם המבוטח	שירותים רפואיים אמבולטוריים
ק	ביטוח תחליפי	ק	שיפוי	התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית שבתחום מומחיותו - עד 650 ש"ח להתייעצות. לא תכוסה התייעצות עם חפא נשים, חפא משפחה וחפא ילדים בטיפול בבעיות שגרתיות או ביקור אצל חפא מומחה לצורך מתן מרשם לתרופות	
ק	ביטוח תחליפי	ק	שיפוי	פעילות רפואית אבחנתית, בדיקות מעבדה ובדיקות הדמיה, בכפוף לאישור מראש של החברה לתשלום עבור כל פעילות כאמור בנפרד, שהתשלום עבורה גבוה מסך של 350 ש"ח	
ק	ביטוח תחליפי	ק	שיפוי	טיפולים פיזיותרפיים - על פי הוראות חפא, מוגבל ל- 12 טיפולים לטיפול באותה בעיה רפואית במשך תקופה של 12 חודשים רצופים ועד סך של 1,520 ש"ח למבוטח לשנת ביטוח	

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	מחשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
ק	ביטוח תחליפי	ק	שיפוי	טיפול רדיותרפי וכימותרפי, עד סך של 9,550 ש"ח למבוטח לשנת ביטוח	

פרק ו': ביטוח סיעודי

לא	ביטוח מוסף	ק	פיצוי	גמלת סיעוד
				<p>אי יכולת לבצע פעולות יום יומיות שהן:</p> <p>3 מתוך 6 הפעולות א 2 מתוך 6 הפעולות שאחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים, תפצה החברה את המבוטח בגובה התגמול הסייעודי החודשי של 5,000 ש"ח, החל מתום תקופת ההמתנה ולכל היותר עד לתום תקופת התגמול הסייעודי ולא יותר מ- 60 חודש, המוקדם מביניהם.</p> <p>גובה פיצוי חודשי - 5,000 ש"ח</p> <p>תקופת הפיצוי - 60 חודש</p> <p>תקופת המתנה - 60 יום.</p> <p>זכאות חוזרת: אם תוך 6 חודשים מתאריך הפסקת הזכאות לתגמולי סיעוד תחודש הזכאות על פי סעיף 2 לפרק הסייעוד יחודשו תגמולי הסייעוד ללא תקופת המתנה נוספת.</p> <p>אם עברו למעלה מ- 6 חודשים מהפסקת תגמולי הסייעוד לעיל והמבוטח חזר למצב של זכאות, יחודשו תגמולי הסייעוד על פי סעיף 2 לפרק הסייעוד, לאחר תקופת ההמתנה</p>

קידוד תגמולים עם ביטוח אחר	ממשק עם הסל הבסיסי ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
-	-	-	-	ביקור רופא עד הבית - 24 שעות ביממה, השתתפות עצמית - 25 ש"ח לביקור.	כתבי שירות
-	-	-	-	ייעוץ תרופתי טלפוני - ללא הגבלה במספר פניות וללא השתתפות עצמית.	
-	-	-	-	חו"ד רפואית נוספת - בגן השיחת ישלם המני דמי שיחת כמפורט בנספח.	
-	-	-	-	מעבדה עד הבית - בדיקות מעבדה בבית המבוטח, השתתפות עצמית - 40 ש"ח לביקור.	
-	-	-	-	ייעוץ פסיכולוגי - 24 שעות ביממה פגישת הכחות ראשונה - 80.00 ש"ח 10 פגישות נוספות - 160 ש"ח פגישות המשך נוספות - 240 ש"ח	
-	-	-	-		

פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי לעובדי הפניקס ובני משפחתם

תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה

1. מבוא

תמורת תשלום דמי ביטוח (פרמיה) כאמור להלן תשפה החברה ו/או תפצה את המבוטח ו/או תשלם לספק השיחת עבור הוצאות מוכרות בגין מקרה הביטוח, במשך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה, ובלבד שהסכום המירבי אותו תשלם החברה לא יעלה על סכום הביטוח למקרה ביטוח, בהתאם לאמור בפוליסה זו ובתנאיה.

2. הגדרות

בפוליסה זו, מלבד אם נאמר במפורש אחרת, מילים הבאות ביחיד משמען גם רבים, ולהיפך. מילים הבאות בזכר משמען גם נקבה ולהיפך, והכל על-פי הקשר הדברים.
בפוליסה זו ובכל נספח המצורף אליה תהיה למונחים הבאים המשמעות שבצידי -

הפניקס חברה לביטוח בע"מ.	2.1 החברה
<p>2.2.1 מי שהיה מבוטח בביטוח הרפואי ועבר ברצף לפוליסה זו (להלן: "מבוטח קיים"). עובד החברה שמילא וחתם על בקשת הצטרפות, הכוללת הצהרת בריאות, והחברה אישרה את הצטרפותו לביטוח כאמור בסעיף 3 להלן.</p> <p>2.2.2 בן/בת הזוג של עובד החברה וילדיהם אשר במועד ציחפם לביטוח טרם מלאו להם 25 שנים (להלן: "בני משפחה"), שמילאו וחתמו על בקשת הצטרפות, הכוללת הצהרת בריאות, לאחר המועד הקובע, והחברה אישרה את הצטרפותם לביטוח כאמור בסעיף 3 להלן.</p> <p>2.2.3 ילד של עובד, אשר במועד ציחפו לביטוח מלאו לו 25 שנה או יותר ובן/בת זוגו וילדיו עד גיל 25 שמילאו וחתמו על בקשת הצטרפות, הכוללת הצהרת בריאות לאחר המועד הקובע, והחברה אישרה את הצטרפותם לביטוח כאמור בסעיף 3 להלן.</p>	2.2 המבוטח
ביטוח רפואי קבוצתי לעובדי החברה מיום 1.9.2005 עד ליום 31.8.2008.	2.3 ביטוח רפואי קודם
חוזה ביטוח זה וכל נספח או תוספת המצורפים לו.	2.4 הפוליסה
מקרה ביטוח כהגדרתו בכל פרק מפרקי הפוליסה.	2.5 מקרה ביטוח
מדינת ישראל, לרבות החלקים המוחזקים בשליטה מלאה של ישראל ביהודה ושומרון.	2.6 ישראל
כל מדינה מחוץ לישראל.	2.7 חו"ל
מוסד רפואי בעל רישיון תקף מהרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל לביצוע השירות הרפואי, המכוסה על פי הפוליסה.	2.8 בית חולים
בית חולים, כמוגדר לעיל, ואשר למבטח הסכם התקשורת עמו.	2.9 בית חולים שבהסכם

2.10	רפא מנתח	רפא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים, במקום מתן השיחת הרפואי הנדרש, כמומחה מנתח.
2.11	רפא מרדים	רפא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים, במקום מתן השיחת הרפואי הנדרש כמרדים והוא מבצע את ההרדמה למבוטח בעת ניתוח.
2.12	נותן שירות שבהסכם	רפא מנתח, בית חולים וכל רפא או גוף אחר עימו קשור או שתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד בהסכם עם החברה במועד הגשת התביעה לחברה.
2.13	נותן שירות אחר	רפא מנתח, בית חולים וכל גוף אחר אשר אינו נותן שירות שבהסכם, כהגדרתו בסעיף 2.12 לעיל, במועד התביעה.
2.14	תקופת אכשרה	תקופת זמן רצופה הנקובה בכל אחד מפרקי הפוליסה, המתחילה במועד תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח, כמוגדר בסעיף 2.15 להלן, ומסתיימת בתום התקופה הנקובה בכל פרק, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק, אשר מקרה ביטוח שארע במהלכה אינו מזכה את המבוטח בתגמולי ביטוח.
2.15	תאריך תחילת הביטוח	תאריך הצטרפות המבוטח לפוליסה זו. במקרה של מבוטח קיים, כהגדרתו לעיל, תאריך הצטרפותו לביטוח הרפואי הקודם. למען הסר ספק, אם הצטרף המבוטח לביטוח הקבוצתי מספר פעמים, יהיה מועד ההצטרפות לביטוח לגבי מועד הצטרפותו האחרון.
2.16	סכום הביטוח	הסכום המיירי שהחברה מתחייבת לשלם בגין מקרה ביטוח אחד כמצוין בכל פרק ופרק בפוליסה זו.
2.17	מזד	מוד המחירים לצרכן הכולל ירקות, המפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום שכזה, מוד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
2.18	תאריך לידה	תאריך לידתו של המבוטח ייקבע כמצוין בתעודת זהותו.
2.19	שנת ביטוח	תקופה של כל 12 חודשים רצופים שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור בפרק הרשימה.
2.20		כל תאריך בפוליסה נקבע על פי הלוח הגריגוריאני.
2.21	המדד היסודי	המדד שפורסם ביום 15.7.05 (10046 בנקודות).
2.22	דף הרשימה	דף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל בין השאר את תאריך תחילת הביטוח, שיעור הפרמיה, המדד היסודי וכיוצא"ב.
2.23	בני משפחה	עובד/ת הפניקס, בן/בת הזוג וילדיהם עד גיל 25.
2.24	דולר	דולר ארה"ב לפי השער היציג שפורסם ע"י בנק ישראל.
2.25	המועד הקובע	1.9.2005
2.26	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.

<p>סייג כללי בחוזה ביטוח הפוטר את החברה מחבותה או המפחית את חבות החברה או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גרם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.</p>	<p>2.27 סייג של מצב רפואי קודם</p>
<p>3. תוקף הפוליסה</p>	
<p>הביטוח של כל מבוטח יחל בכפוף לאמור בס"ק 2.15 לעיל ולכל התנאים המצטברים הבאים:</p>	
<p>המבוטח הגיש למבטח בקשת הצטרפות אשר מולאה ונחתמה כנדרש.</p>	<p>3.1</p>
<p>ניתנה הסכמת החברה, על תנאיה וסייגיה, להצעת הביטוח. למען הסר ספק, אם שולמו למבטח כספים על חשבון פרמיה לפני שניתנה הסכמת החברה לבטח את המועמד, לא תחשב קבלת הכספים האמורים בידי החברה כהסכמת החברה לעריכת הביטוח.</p>	<p>3.2</p>
<p>מיום חתימת המועמד לביטוח על הצהרת בריאות ועד ליום שבו החליטה החברה על הסכמתה לעריכת הפוליסה, לא חל שינוי בבריאותו ומצבו הגופני של המועמד לביטוח, שהיו משפיעים על הסכמתה או תנאי הסכמתה של החברה לבקשת ההצטרפות אילו ידעה עליהם.</p>	<p>3.3</p>
<p>4. תקופת הביטוח, אופן ההצטרפות, אפשרות להמשך הביטוח</p>	
<p>תקופת הביטוח על פי הפוליסה תהיה עד ליום 31.8.2011 מהמועד הקובע. הפוליסה תחודש אוטומטית לתקופות נוספות של 3 שנים כל אחת, אלא אם הוחלט על ידי החברה שלא לחדש את הפוליסה לתקופה נוספת.</p>	<p>4.1 תקופת הסכם הביטוח</p>
<p>מבוטחים קיימים יבטחו על פי הפוליסה באופן אוטומטי. מבוטחים שאינם עונים על הגדרת מבוטח קיים, יצורפו לפוליסה בכפוף למילוי הצהרת בריאות והסכמת החברה לבטחם על פי הפוליסה. עובדים ובני משפחותיהם, שאינם עונים על הגדרת מבוטח קיים, המבוטחים במועד הקובע בביטוח אחר אצל החברה יהיו תשאים לקבל רצף ביטוחי מלא לגבי כסויים חופפים בין הביטוח האחר לבין פוליסה זו ובתנאי שהגישו בקשה בכתב למבטח.</p>	<p>4.2 אופן ההצטרפות לפוליסה</p>
<p>גיע ילד מבוטח במהלך תקופת הסכם זה לגיל 25, ימשיך הביטוח בניגו תמורת תשלום דמי ביטוח בסכום השווה לדמי הביטוח הקבועים עבור בן/בת זוג.</p>	<p>4.3 המשך ביטוח לילד מבוטח שהגיע לגיל 25</p>
<p>4.4.1 כל מבוטח תשאי לחדש את הפסקת הביטוח עבורו בכל עת במהלך תקופת הביטוח. ואולם, מבוטח אשר היה מבוטח והביטוח שלו בוטל בהתאם לבקשתו וביקש להצטרף לביטוח לאחר הביטול יצורף לביטוח בתנאי שמילא וחתם על בקשת הצטרפות, הכוללת הצהרת בריאות, והחברה אישרה את הצטרפותו לביטוח עפ"י הפוליסה. 4.4.2 תום הביטוח עבור מבוטחים יהיה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים: 4.4.2.1 יום תום תקופת הסכם הביטוח. 4.4.2.2 היום האחרון בחודש בו הודיע המבוטח לחברה בכתב על רצונו להפסיק את הביטוח. מובהר כי ביטול הביטוח על ידי עובד/ת בכל הפוליסה משמעותו ביטול הביטוח עבורו ועבור כל בני משפחתו המבוטחים עימו. 4.4.2.3 עזיבת העובד/ת את החברה מכל סיבה שהיא ו/או פרישה לגמלאות. הביטוח של העובד ובני משפחתו יסתיים ביום האחרון בחודש בו עזב העובד את החברה.</p>	<p>4.4 תום הביטוח והפסקתו</p>

4.4.2.4 גיחשין או פטירה (חו"ח) של עובד - במקרה של גירושין, הביטוח על פי פוליסה זו של בן הזוג של עובד ובמקרה פטירה (חו"ח), הביטוח של בני המשפחה של עובד שנפטר, יסתיים ביום האחרון של החודש בו ארע האחז, לפי העניין (ראה סעיף 4.5.2).

4.5.1 הפסיק עובד את עבודתו בחברה מכל סיבה שהיא, הוא ובני משפחתו הממבטחים בביטוח ערב פרישת העובד מעבודתו יוכלו להצטרף לביטוח פרטי של החברה עפ"י בחירתם (להלן: **"הביטוח הפרטי"**), בתנאים ובכיסויים שיהיו מקובלים בחברה באותה העת, ללא תקופת אכשרה וללא מילוי הצהרת בריאות ברצף ביטוחי ובריאותי מלא, ביחס לכיסויים והסכומים החופפים בין פוליסה זו לפוליסה לביטוח הפרטי, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 90 יום מיום עזיבת/פרישתו של העובד מהעבודה והמבטוח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו. במסגרת המעבר לפוליסה פרטית המבטוח יהיה ראשי לרכוש תגמולי ביטוח מופחתים.

יתכן כי המעבר לפוליסה הפרטית יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבטוח.

מבטוח שיצטרף לביטוח הפרטי בתנאים הקבועים בסעיף זה יהיה זכאי להנחה בשיעור 20% לתקופה של 5 שנות הביטוח הראשונות מהתערוף הרשמי של החברה באותה עת בגין כיסויי הבריאות (לא כולל סיעוד) החופפים שבין פוליסה זו לבין ביטוח הבריאות הפרטי ולהנחה בשיעור של 15% מהתערוף הרשמי של החברה לתקופה של 3 שנים לביטוח סיעודי.

4.5.2 בן/בת זוג של עובד החברה המאבד את זכאותו לביטוח עפ"י פוליסה זו עקב גיחשין ובני משפחה המאבדים את זכותם לביטוח עקב פטירה יהיו זכאים להמשיך את הביטוח במסגרת הביטוח הפרטי בתנאים הנקובים בסעיף 4.5.1 לעיל וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 90 יום ממועד האחז והמבטוח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו.

4.5.3 במקרה ומכל סיבה שהיא לא יוארך הסכם הביטוח והפוליסה לא תחודש בחברה או בחברת ביטוח כלשהי לגבי כלל המבטוחים או חלק מהמבטוחים, יהיו רשאים המבטוחים או חלק מהמבטוחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם להמשיך ולהיות מבטוחים בביטוח פרטי כאמור בסעיף 4.5.1 ובלבד שהודיעו על רצונם למבטוח תוך 90 יום מיום מתן הודעת החברה על סיום תקופת הביטוח ואפשרות המעבר לביטוח הפרטי.

5. סייגים כלליים לאחריות החברה - החלים על כל פרקי הפוליסה

החברה אינה אחראית לכל מק שיגרם למבטוח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבטוח ו/או הפנייתו על ידי החברה לרופא, רופא מומחה, רופא מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, בית חולים או כל נותן שירות אחר ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל, לרבות בגין אי ביצוע ניתוח במועד שנקבע לכך מכל סיבה שהיא.

החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:

מקרה הביטוח ארע טרם תחילת תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה או בתום תקופת הביטוח על פי הפוליסה.

5.1

5.2	ניתוחי עיניים לתיקון קוצר ראייה באמצעות לייזר, ניתוחי GASTROPLASTY, ניתוחים ו/או טיפולים הנובעים ו/או הקשורים בעודף משקל.
5.3	אביזרי עזר רפואיים כגון: משקפיים, עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורטופדיים, וכדומה ולמעט אביזרים רפואיים להם ניתוח כיסוי בפוליסה.
5.4	עקרות ו/או עיקור מרצון ו/או אין אונות ו/או אי פוריות ו/או הריון ו/או לידה (למעט ניתוח קיסרי וכיסויים הנקובים במפורש בפרק המתאים בפוליסה) ו/או הפלה מלאכותית ותוצאותיה שבוצעה מסיבות נפשיות ו/או סוציאליות ו/או חברתיות ו/או כלכליות ו/או תכנון משפחה.
5.5	טיפולים רפואיים שאינם קובנציונליים לרבות טיפולים הומאופתיים או תרופות אלטרנטיביות.
5.6	תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) או מצבים רפואיים המיוחסים ו/או קשורים ו/או נובעים מאיידס ו/או נובעים מהיורוס המחולל איידס, למעט כיסויים הנקובים במפורש בפרק המתאים בפוליסה.
5.7	אלכוהוליזם ו/או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש לרעה בחומרים שאינם סמים אסורים.
5.8	חשיפה כלשהי לקרינה מיננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.
5.9	פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי תוך השתייכות לאגודת ספורט ו/או ששכר בצידה.
5.10	טיסת המבוטח בכלי טיס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.
5.11	פעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, הפיכה, מרד, פרעות, מעשה חבלה, שביתה או פעולה בלתי חוקית. מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון, לרבות משטרה, צבא סדיר או שירות מילואים או צבא קבע.
5.12	הפרעות נפש ו/או מחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטריים.
5.13	ניתוחים ו/או טיפולי שיניים וחניכיים למיניהם.
5.14	מקרה הביטוח נובע ממום או מחלה מולדים.
5.15	טיפולים שאינם מוכרים על ידי מדע הרפואה ו/או טיפולים רפואיים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות שאינן ידועות במועד קרות מקרה הביטוח.

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.

6.1	<p>חריג זה יהא מוגבל בזמן עפ"י גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח ויהיה תקף למשך תקופה כדלהלן:</p> <p>6.1.1 למבוטחים שגילם בעת הצטרפותם לפוליסה מתחת לגיל 65 - יחול חריג זה במשך תקופה של שנה אחת ממועד הצטרפותם לביטוח.</p> <p>6.1.2 למבוטחים שגילם בעת הצטרפותם לפוליסה 65 ומעלה - יחול חריג זה במשך תקופה של 6 חודשים ממועד הצטרפותם לביטוח.</p> <p>על אף האמור בסעיפים 6.1.1 - 6.1.2 לעיל, סייג לחבות החברה או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסויים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסויים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסויים.</p>
-----	--

7. תשלום תגמולי הביטוח

7.1	<p>החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה לשלם את תגמולי הביטוח ו/או כל חלק מהם, ישירות למי אשר סיפק למבוטח את השיחות הרפואי, או לשלמם למבוטח עצמו. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח לנותני השיחות, יבוצע התשלום כנגד חשבונות שיומצאו למבוטח ובמקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות מקוריות.</p> <p>מבלי לגנוע מהאמור לעיל, המבוטח יהיה זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השיחות, אשר יאפשר לו לקבל שיחות רפואי כמפורט בפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.</p>
7.2	<p>תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים אשר ניתנים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע חוץ ובלבד שיימסר למבוטח היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.</p>
7.3	<p>תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר ומשולמים בישראל ישולמו בשקלים חדשים על פי השער להעברות והמחאות (הגבוה) של המטבע הזר הרלוונטי בבנק דיסקונט לישראל בע"מ ביום ביצוע התשלום.</p>
7.4	<p>נפטור מבוטח, חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר הגיעו למבוטח ולא שולמו לו או בעבוו לפני מועד הפטירה למי אשר התחייבה לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השיחות הרפואי, אם נותרה יתרה לתשלום לאחר ביצוע התשלום לפי ההתחייבות האמורה, תשלם החברה את היתרה לעיזבונם של המבוטח או ליורשיו הנקובים בעותק צו קיום צוואה או בצו ירושה אשר יומצא לה ע"י העיזבון.</p>
7.5	<p>המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי הביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק, לפי העניין.</p>
7.6	<p>הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות פיצוי או שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבוטח מששילם למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילם.</p>

<p>זכות זאת של החברה לא תפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעל לתגמולי הביטוח שקיבל מהחברה לפי פוליסה זו.</p> <p>קיבל או זכאי לקבל המבוטח מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי שהיה מגיע למבוטח לפי סעיף זה, עליו להעביר למבוטח. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבוטח, עליו לפצותו בשל כך.</p> <p>הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח הוא תוצאה של מעשה ולאן מחדל שלא בכונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת קרבת משפחה ולאן יחס של מעביד ועובד שביניהם.</p>	
<p>היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המוכחות על פי פוליסה זו, במלואן או בחלקן, במסגרת פוליסה אחרת אצל החברה או מאת חברות ביטוח אחרות, תשלם החברה באופן יחסי את חלקה, בהתאם להיקף הכיסוי והסכום לו היה זכאי המבוטח מכלל החברים.</p>	<p>7.7</p>
<p>8. תביעות</p>	
<p>בהיודע למבוטח על הצורך במקרה הביטוח, יודיע על כך המבוטח למבוטח ויקבל את אישור החברה מראש לכל אחד מהשירותים הרפואיים. קבלת האישור כאמור היא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פוליסה זו.</p>	<p>8.1</p>
<p>המבוטח ימסור למבוטח את כל המידע המתייחס לתביעתו, לרבות אבחנת החפא המטפל ואת כל המסמכים הרפואיים החדשים למבוטח לביחור חבותו, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבוטח להשיגם ולשם כך עליו, בין היתר, לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית המורה לכל חפאיו ולאן לכל גוף או מוסד רפואי ולאן אחר בארץ ולאן בחו"ל להעביר למבוטח כל מידע רפואי או ידיעה הנוגעים למבוטח הנמצא ברשותם.</p>	<p>8.2</p>
<p>החברה תהיה רשאית לנהל על חשבונה כל בדיקה ולאן חקירה, לצורך ביחור חבותה המיידית ולאן העתידי על פי הפוליסה, הכל כפי שהחברה תמצא לנכון, ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, עיכוב העלול לסכן את בריאותו של המבוטח. זכותה של החברה לנהל את החקירות והבדיקות כנקוב לעיל לא תפגע מחמת מותו, חס וחלילה, של המבוטח.</p>	<p>8.3</p>
<p>אם ידרש לכך ע"י החברה, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי חפא מטעם החברה ועל חשבון החברה, וימסור כל פרט ולאן מסמך רפואי שיידרש.</p>	<p>8.4 בדיקה רפואית</p>
<p>החברה רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו, לרבות רשימת בתי חולים, רשימת שכר מנתחים, רשימת חפאים מומחים ומנתחים ברשימה. רשימת החפאים תהיה הרשימה אשר תהיה בתוקף לכלל המבוטחים בפוליסות הבריאות אצל החברה.</p>	<p>8.5</p>
<p>9. סכום הביטוח</p>	
<p>הסכום המיירי שהחברה תשלם/ תשפה כתגמולי ביטוח בגין כל פרק לא יעלה על הסכום הנקוב באותו פרק.</p>	<p>9.1</p>
<p>סכומי הביטוח הנקובים בדולרים יומרו למטבעות אחרים לרבות לש"ח על פי האמור בסעיף 7.3 לעיל.</p>	<p>9.2</p>
<p>תקרת תגמולי הביטוח הנקובים בש"ח בפוליסה זו יישאו הפרשי הצמדה למדד, מהמדד היסודי ועד למדד שיהיה ידוע במועד ביצוע תשלום תגמולי הביטוח.</p>	<p>9.3</p>

10. הפרמיה ודרך תשלומה

10.1	הפרמיה החודשית עבור כל מבטח הינה כפי שנקבעה על ידי החברה, בכפוף לאמור בדף הרשימה המצורף לפוליסה זו. הפרמיה צמודה למדד ותשתנה מדי חודש בהתאם לשינוי במדד, למן המדד הבסיסי ועד למדד ההתאמה הוא המדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום.
10.2	תשלום הפרמיות יבוצע במחזק עבור כל המבטחים עד ל- 15 לכל חודש בגין החודש הקודם. הפרמיה בגין עובד בעל הפוליסה תמומן במלואה על ידי החברה. הפרמיה בגין בני המשפחה של העובד המבטחים בפוליסה תשולם על ידי העובד ותגבה ישירות מתלוש השכר של העובד.
10.3	אם כתוצאה מהוראות חיקוק כלשהי או הוראת רשות ממשלתית המתייחסת לפוליסה זו, תהיה החברה מחוייבת לשנות את דמי הביטוח הנקובים ברשימה, מעבר לשינוי הנובע מהצמדתם למדד - תודיע החברה למבטחים ודמי הביטוח ישונו בהתאם.

11. התיישנות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתשלום תנמולי ביטוח על פי פוליסה זו היא שלוש שנים מיום קצרת מקרה הביטוח.

12. חובת גילוי

במידה והמבטוח מסר למבטח עובדות כוזבות, או שהמבטוח העלים מהחברה עובדות בנוגע למקרה הביטוח או בנוגע לחבות החברה, תנהג החברה עפ"י הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

13. מיסים והיטלים

החברה תהיה חייבת בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על פוליסה זו או המוטלים על הפרמיות ועל תנמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה חייבת לשלמם על פי הפוליסה, אם יוטלו במועד מאוחר יותר.

14. בורות

חילוקי דעות בין מבטח לחברה בכל עניין הקשור לפוליסה זו יתברר ויוכרעו על ידי מומחה רפואי - בורר שימונה בהסכמת הצדדים. באם לא תהיה הסכמה בין הצדדים ביחס לזהות המומחה ימונה הבורר על ידי יו"ר הסתדרות החפאים בישראל.

15. גבול אחריות החברה מחוץ למדינת ישראל

אחריות החברה עפ"י פוליסה זו מותנית ומוגבלת לכך ששהייתו של המבטוח בחו"ל לא תעלה על 180 ימים רצופים מיום צאתו את ישראל.

למען הסר ספק פוליסה זו אינה מכסה מקרה ביטוח בחו"ל מעבר לתקופה האמורה, באופן שכל השיחתים עפ"י הפוליסה יינתמו בארץ בלבד למעט כסויים עפ"י פרקים ב' ו- ג אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם.

למען הסר ספק יובהר, כי פוליסה זו אינה מקנה כסיו עבור ביטוח נסיעות לחו"ל.

16. חקיקה

על פוליסה זו יחול חוק חוזה ביטוח התשמ"א - 1981, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

17. הודעות

כתובות הצדדים לצורך מתן הודעות בקשר להוראות פוליסה זו הינן:

החברה	הפניקס חברה לביטוח בע"מ. דרך השלום 53 גבעתיים 53454. טלפון: 03-7332555 פקס: 03-5716444
המבטוח	כתובתו האחרונה של המבטוח כפי שנמסרה לחברה.

1. הגדרות

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

<p>1.1 ניתוח</p> <p>פעולה פולשנית-חדירנית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראת אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.</p> <p>יובהר, כי הכיסוי על פי פרק זה אינו כולל בדיקה/ות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים 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 הינן נדרשות במקרה של ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז ו/או במהלך הניתוח.</p>	
<p>1.2 ניתוח אלקטיבי אשר גם ניתוח שאינו חירום</p> <p>ניתוח שהצורך בו היה צפוי ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות חדר מיון כמקרה דחוף אלא הופנה אליו המבוטח על ידי חפא מומחה ממרפאה, לרבות מרפאת חוץ של בית החולים.</p>	
<p>1.3 ניתוח חירום</p> <p>ניתוח פתאומי ובלתי צפוי שבוצע מיידית במבוטח, שאושפז לאחר ביקור בחדר מיון של בית החולים.</p>	
<p>1.4 שתל</p> <p>כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה (כמפורט בפרק ג' לפוליסה זו).</p>	
<p>1.5 יום אשפוז</p> <p>יממה של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח.</p>	

2. מקרה הביטוח

מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח.

3. תנאי מוקדם לאחריות החברה

החברה תהיה אחראית לתשלום תגמולי ביטוח אם ורק אם אישרה מראש למבוטח, כי תישא בתשלום תגמולי הביטוח בגין הניתוח ובשיעור תגמולי הביטוח שאישרה או בסכום ההוצאות שהוצאו בפועל, לפי הנמוך מביניהם.

4. תגמולי הביטוח

החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאות המפורטות בסעיף 4.4 להלן (להלן: "ההוצאות המוכרות") לכל הניתוחים המבוצעים בישראל, עפ"י התנאים כדלקמן:

<p>4.1</p> <p>החברה תשלם ישירות לנותן השירות או תשפה את המבוטח בגין הוצאות לשיחתים רפואיים שלהלן אותם קיבל המבוטח כצורך רפואי בתוך תקופת הביטוח בסכום שלא יעלה על הסכומים בגין הכיסויים כמפורט להלן.</p>	
<p>4.2</p> <p>החברה תשפה את המבוטח כנגד מסירת קבלות מקוריות ותוך תקופה שלא תעלה על 14 ימי עסקים מיום מסירת כל המסמכים הנדרשים על ידי החברה לצורך ביצוע התשלום.</p>	

בחירתו של מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, כפופה להסכמת בית החולים. תיאום הניתוח יעשה על ידי המנתח שנבחר על ידי המבוטח.

4.3

להלן פירוט ההוצאות המוכרות:

4.4

4.4.1 שכר מנתח/מרדים:

4.4.1.1 בגין ניתוחים בישראל המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שבהסכם עפ"י בחירת המבוטח, לא תחול תקרת סכום לשיפוי עבור שכר המנתח/מרדים שבהסכם.

4.4.1.2 בגין ניתוחים בישראל המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שאינם בהסכם, עפ"י בחירת המבוטח, תהיה תקרת השיפוי לשכר מנתח/מרדים לפי הסכום שהיה משולם בגין אותו ניתוח כנהוג באותה עת אצל החברה למנתח/מרדים שבהסכם עפ"י הסכמים שיש לה עם מתני שיחת שבהסכם בישראל, ובכל מקרה לא יותר מהסכום ששילם המבוטח בפועל.

4.4.2 הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ניתוח:

החברה תשלם למבוטח או לביה"ח שבהסכם תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז וחדר הניתוח. אם יבחר המבוטח לעבור את הניתוח בבית חולים אחר, תחזיר הוצאות אלו למבוטח, בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ועל פי תעריפי החברה לנתני שיחת שבהסכם.

כיסוי הוצאות האשפוז יהיה על פי תעריף האשפוז בחדר בין שתיים עד שלוש מיטות בבי"ח מוסכם ועד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח.

4.4.3 הוצאות בגין בדיקות מעבדה והדמיה:

החברה תשלם ישירות לביה"ח בגין בדיקות מעבדה ובדיקות הדמיה המדרשות במקרה של ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות.

4.4.4 שתל-אביזר מושתל:

בוצע במבוטח ניתוח, אשר במהלכו הושתל במבוטח שתל, תשתתף החברה בעלות השתל הנ"ל עד לסך 25,000 ש"ח.

4.4.5 פיזיותרפיה ושידורתי אחרות פרטית במהלך אשפוז:

פיזיותרפיה ו/או שיחתי אחרות פרטית במהלך אשפוז לצורך או עקב ניתוח ברשימת הניתוחים, שניהם ביחד עד הסכום לסך 650 ש"ח ליום ועד 7 ימים לכל ניתוח המכוסה על פי הפוליסה. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות למבטח או לחלופין הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח בדבר ביצוע השמירה הפרטית ו/או טיפולי פיזיותרפיה.

4.4.6 שירותי הסעה באמבולנס לביה"ח ובין בתי חולים בישראל:

החברה תשפה את המבוטח בגין שיחתי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לביה"ח, בתנאי שהמבוטח אושפז בעקבות הבאתו לבית החולים, או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח או קבלת טיפול או שיחת רפואי אחר. החזר זה לא יעלה על 150% מהתעריף הרשמי הקיים אותה עת בשיחתי מגן דוד אדום.

4.4.7 התייעצות לפני ניתוח:

החברה תכסה במלואן הוצאות התייעצות מוקדמת אחת לפני הניתוח והתייעצות אחת לאחר הניתוח עם מנתח שבהסכם אשר ביצע בפועל את הניתוח. בוצעה ההתייעצות אצל מנתח שלא בהסכם ואשר ביצע בפועל את הניתוח, ישופה המבוטח עד תקרת הסכום המשולמת למנתח שבהסכם בגין התייעצות כנגד קבלות מקוריות.

4.4.8 הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:

החברה תשלם ישיחת לביה"ח בגין בדיקה פתולוגית שנעשתה ע"י מומחה לפתולוגיה, הנדרשת במקרה של ניתוח, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות.

תכוסה חו"ד נוספת בפתולוגיה עד לסך של 450 ש"ח.

4.4.9 טופס התחייבות מטעם קופת חולים (טופס 17):

המציא המבוטח לבית החולים הפרטי טופס התחייבות מטעם קופת החולים בה חבר המבוטח לכיסוי הוצאות הניתוח המבוצע בבי"ח זה, תזכה החברה את המבוטח ותשלם לו סכום השווה ל- 50% מערכו של הטופס.

4.4.10 פיצוי במקרה ניתוח שבוצע ללא מעורבות החברה:

מבוטח אשר עבר ניתוח אלקטיבי המכוסה על פי פוליסה זו ואשר הוצאתו כוסו במלואן ע"י קופת חולים שבה הוא חבר יהיה זכאי לתגמול בסך של 700 ש"ח לכל יום אשפוז בן 24 שעות לתקופה מירבית של 30 ימי אשפוז לכל ניתוח במהלך שנת ביטוח.

5. כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח

5.1 הגדרות

במסך להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על סעיף זה הגדרות נוספות שלהלן:

5.1.1 מקרה ביטוח - מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח, המכוסה במסגרת פוליסה זו, שנקבע על ידי הפא שהתמחותו בכירורגיה בתחום הספציפי בו נדרש הניתוח.

5.1.2 טיפול חלופי - טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק המבוטח ובתנאי כי ביצוע הטיפול החלופי צפוי להביא לתוצאות דומות לתוצאות הניתוח.

5.1.3 סכום שיפוי מירבי - גובה תגמולי הביטוח שתשלם החברה בגין הטיפול החלופי כאמור בסעיף זה.

5.1.4 נותן הטיפול החלופי - חפא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל.

5.1.5 נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי - מתן הטיפול החלופי ו/או בית חולים או מרפאה שבהסכם עם החברה אשר הסכימו לקבל ישיחת מהחברה שכר שהוסכם עמם עבור הוצאות הטיפול החלופי שניתן להן כיסוי על פי סעיף זה.

5.2.1 אם יבחר המבוטח בקחת מקרה הביטוח לקבל טיפול חלופי, תשפה החברה את המבוטח ו/או תשלם ישירות לנותני השיחות את ההוצאות הרפואיות שלהלן שהוצאו עבור הטיפול החלופי בו בחר המבוטח וזאת עד לסך של 150,000 ש"ח ובהתאם לתנאים המפורטים להלן:

5.2.2 המבוטח יפנה קודם לקבלת הטיפול החלופי לאישור החברה מראש כי ישא בתשלום תגמולי הביטוח בגין כל אחד מהשיחות הרפואיים בגין הטיפול. קבלת האישור כאמור היא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי נספח זה.

5.2 התחייבות החברה

- 5.2.3** ההוצאות הרפואיות (להלן: **"ההוצאות המוכרות"**) עבור ביצוע הטיפול החלופי אשר בגין זכאי המבוטח לשיפוי מאת החברה הינן כדלקמן:
- 5.2.3.1** שכר נותן הטיפול החלופי.
- 5.2.3.2** הוצאות הנדרשות לביצוע הטיפול החלופי.
- 5.2.3.3** הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים.
- 5.2.3.4** הוצאות אשפוז בבית חולים.
- 5.2.4** הטיפולים יינתנו בבית חולים או מרפאה כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) אשר תשומה כדיון בפנקס המרפאות.
- 5.2.5** נותן הטיפול החלופי יהיה תשאי על פי החוק לתת את הטיפול החלופי ובמקרים בהם נדרש רישוי כלשהו לשם כך יהא נותן הטיפול החלופי והמרפאה או בית החולים בו מבוצע הטיפול החלופי בעלי רישיון מתאים.
- 5.2.6** ביצוע על ידי נותני שיחת שבהסכם בגין הטיפול החלופי - החברה תכסה את מלוא עלות נותני שיחת הטיפול החלופי שבהסכם, בכפוף לתקרת השיפוי המירבי כאמור בסעיף 5.2.1 לעיל.
- 5.2.7** ביצוע על ידי נותני שיחת שאינם בהסכם בגין הטיפול החלופי - החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות המוכרות שהוצאו בפועל עד לתעריף הממוצע של נותני שיחת הטיפול החלופי שבהסכם כפי שיהיה נהוג אצל החברה באותה התקופה ועד תקרת השיפוי המירבי כאמור בסעיף 5.2.1 לעיל.

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

- 5.3.1** בכפוף לאמור בסעיף 5.2.1 לעיל, סכום השיפוי המירבי בגין טיפול או סדרת טיפולים חלופיים לא יעלה על עלות הניתוח אותו מחליף הטיפול החלופי כפי שמשולם על ידי החברה לנותני שירות שבהסכם בגין הניתוח.
- 5.3.2** הטיפול החלופי יינתן בישראל בלבד. לא יינתן כל כיסוי ותגמול לטיפולים שיינתנו מחוץ לישראל.
- 5.3.3** 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.
- 5.3.4** החלטת המבוטח לקבל טיפול חלופי ובחירת נותן השירות לטיפול החלופי היא של המבוטח בלבד ואין למבטח כל אחריות בגינה.
- החברה לא תהיה אחראית לכל נזק שייגרם למבוטח עקב בחירתו של המבוטח לקבל טיפול חלופי ולא לעבור את הניתוח שהומלץ לו.
- כמו כן, לא תהיה החברה אחראית בשום צורה שהיא לכל נזק ו/או הוצאה שיגרמו למבוטח עקב בחירתו של המבוטח בנותני השירות לטיפול החלופי, בין אם הם נותני שירות שבהסכם או נותני שירות שאינם בהסכם.
- 5.3.5** במקרה בו תוגש תביעה לכיסוי בגין ניתוח שהוחלף במסגרת טיפול חלופי כאמור בפרק זה, במהלך 12 חודשים ממועד ביצוע הטיפול החלופי, יקודחו תגמולי הביטוח ששולמו בגין הטיפול החלופי מתגמולי הביטוח המגיעים למבוטח בגין הניתוח.

5.3 **סייגים מיוחדים לפרק זה**

תקופת האכשרה לפרק זה תהא 90 יום.
במקרים הקשורים להריון ולידה תקופת האכשרה תהיה בת 270 יום.
תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק ב' - ניתוח בחו"ל

1. הגדרות

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

<p>1.1 מקרה הביטוח ניתוח אשר המבוטח זכאי לו על פי פרק א' לפוליסה ואשר המבוטח בוחר לעבור בחו"ל.</p>	
<p>1.2 תיאום הניתוח התקשחות וסידורים אדמיניסטרטיביים עם נתני השיחות הרפואי כגון: קביעת הסדר תשלומים, העברת מסמכים וכו' יעשו ישיחת על ידי החברה בלבד.</p>	
<p>1.3 בית חולים בחו"ל מוסד רפואי בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא נמצא כבית חולים, אשר בו בחר המבוטח לעבור את הניתוח.</p>	
<p>1.4 הטסה רפואית הטסה בשיחות מטוסים רגיל ו/או במטוס מיוחד, בליווי חפא/אחות המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע הניתוח או ממקום ביצוע הניתוח חזרה לישראל, בתנאי שחפא מטעם החברה קבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה וההטסה הרפואית הינה אפשרית והכרחית מבחינה רפואית.</p>	

2. תגמולי הביטוח

החברה תשפה את המבוטח או תשלם ישיחת לנתן השיחות בקחת מקרה הביטוח, בגבולות ובתנאים המפורטים להלן ובלבד שהניתוח והשיחות הרפואיים שלהלן יאושח מראש על ידי החברה.

<p>2.1 שכר מנתח/ מרדים שכר מנתח ו/או מרדים שנבחר על ידי המבוטח, בהסכמת בית החולים ובתיאום ואישור שניתן מראש ע"י החברה.</p>	
<p>2.2 כיסוי להוצאות בית חולים בחו"ל החברה תכסה את ההוצאות בגין חדר הניתוח, כולל הוצאות שתל כהגדרתו בסעיף 1.4 לפרק א' (ניתוחים) המושתל בגופו של המבוטח במהלך הניתוח, אשפוז עד 30 יום, בדיקה פתולוגית ובדיקות מעבדה והדמייה הקשוחות בניתוח והמבוצעות במהלך האשפוז.</p>	
<p>2.3 כיסוי להוצאות שהייה במקרה ותקופת האשפוז לצורך הניתוח בחו"ל תעלה על 10 ימים ברציפות, תכסה החברה למלווה אחד, הוצאות שהייה למלווה אחד עד לסכום המירבי בסך 600 ש"ח ליום ולתקופה מירבית של 30 יום. אם המבוטח שבוצע בו הניתוח בחו"ל הינו קטין, תכסה החברה במקרים האמורים בסעיף זה לעיל הוצאות טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים בטיסה מסחרית רגילה והוצאות שהייה עבור 2 (שני) מלווים. סכום הביטוח המרבי לשהייה, על פי סעיף זה ל- 2 מלווים לא יעלה על 1,200 ש"ח ליום ולתקופה מרבית של 30 יום.</p>	
<p>2.4 הטסה רפואית במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד סכום ביטוח מירבי של 20,000 ש"ח להטסה אחת. הצורך בהטסה רפואית יקבע ע"י רופא מטעם החברה עפ"י מצבו הרפואי של המבוטח.</p>	

<p>החברה תכסה את הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר הניתוח אם נפטר בחו"ל המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 3 ימים מיום שחרחו מביה"ח בחו"ל. סכום הביטוח המימני לעניין סעיף זה לא יעלה על 20,000 ש"ח ארה"ב.</p>	<p>2.5 כיסוי להוצאות הטסת גופה</p>
<p>אם משך האשפוז בחו"ל לצורך ניתוח יעלה על 10 ימים רצופים יינתן למבוטח פיצוי חד פעמי בסך 10,000 ש"ח לכיסוי הוצאות שונות, וזאת בעת שובו של המבוטח לישראל.</p>	<p>2.6 פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול</p>
<p>אם משך האשפוז בחו"ל לצורך ניתוח יעלה על 10 ימים רצופים, יינתן שיפוי להוצאות כמפורט להלן עד תקרה של 7,500 ש"ח לכל הכיסויים יחד בתקופה של עד 3 חודשים לאחר הניתוח:</p> <p>2.7.1 שהיה במוסד החלמה בישראל</p> <p>2.7.2 טיפולים פיזיותרפיים - עד 12 מפגשים, עד 150 ש"ח למפגש, השתתפות עצמית של 20%.</p> <p>2.7.3 ריפוי בעיסוק - עד 12 מפגשים, עד 150 ש"ח למפגש, השתתפות עצמית של 20%.</p> <p>2.7.4 יעוץ דיאטטי - עד 12 מפגשים, עד 150 ש"ח למפגש, השתתפות עצמית של 20%.</p> <p>2.7.5 שיקום כושר הדיבור - עד 12 מפגשים, עד 150 ש"ח למפגש, השתתפות עצמית של 20%.</p>	<p>2.7 שיפוי לאחר ניתוח גדול</p>
<p>3. תביעות</p>	
<p>בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח, יידע את החברה באופן מיידי על רצונו לבצע את הניתוח בחו"ל ועל בית החולים בחו"ל בו הוא מעוניין לעשות זאת.</p> <p>על המבוטח לקבל הפניית החברה לבית החולים בחו"ל, או למנתח/מרדים, כולל קבלת אישור מראש ובכתב מאת החברה לביצוע הניתוח בחו"ל.</p> <p>קבלת האישור, כאמור, הוא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פרק זה.</p>	
<p>4. תקופת האכשרה</p>	
<p>תקופת האכשרה בגין ניתוח תהיה 90 יום. במקרים הקשורים להריון ולידה - 270 יום. תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסיגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קיים.</p>	

1. הגדרות לפרק זה

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1.1 כריחה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, בלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או תאי מע מדם היקפי ו/או דם טבורי מתורם זה.

השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפחצורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפחצורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

1.1.2 כריחה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, בלב, כבד וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם בלבד, או אונת כבד או אונת ריאה אשר נלקחו מבעל חיים במקומם בשלב בו הפחצורת הפסיקו להיות מוגדרות כניסיוניות ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באיחוד האירופי.

למען הסר ספק, הגדרת איבר שלם בסעיף זה- איבר מן האיברים הנזכרים כאן, בשלמותם בלבד ולא חלקים מהם או חלקים המחברים אליהם ומהם (למעט אונת כבד ואונת ריאה).

1.1 השתלה

טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיימים בו לפחות שניים מהתנאים שבסעיפים 1.2.1 - 1.2.4 להלן:

1.2.1 ביצוע הניתוח או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל חיוני להישדותו של המבוטח ומניעתו מהווה סכנה ממשית לחייו.

1.2.2 הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע ע"י שיחתי הרפואה בישראל ואין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל הנותן תוצאות דומות.

1.2.3 זמן ההמתנה בישראל לטיפול מיוחד הוא אחר מהסביר לטיפול מיוחד מסוג זה ועלול לגרום להחמרה משמעותית במצבו של המבוטח המסכנת את חייו ו/או לגרימת נכות רפואית צמיתה בשיעור של 40% לפחות על פי הגדרתה בחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה-1995 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

1.2.4 סיכויי הצלחה (יילקח בחשבון הנסיון המצטבר) בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול בישראל.

טיפול חלופי לעניין זה הינו טיפול הניתן לביצוע בישראל המאפשר להשיג אותן תוצאות רפואיות המושגות ע"י הטיפול המבוקש, ובלבד שאין בו לגרום למבוטח למק או לתופעות לוואי חמורות יותר.

1.2 טיפול רפואי מיוחד בחו"ל

2. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.

מובהר כי מקרה ביטוח המכוסה על-פי פרק זה ופרק ב' - יכוסה על-פי פרק אחד בלבד בהתאם לבחירת המבוטח.

למען הסר ספק מובהר בזאת במפורש כי טיפול רפואי חוזר, אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח, הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.

2.1

<p>השתלה תכוסה עפ"י תנאי פוליסה זו ובלבד שהתמלאו התנאים המצטברים המפורטים להלן:</p> <p>2.2.1 חפא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי קבע את הצורך בביצוע ההשתלה.</p> <p>2.2.2 ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומותרת ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בה נמצא אותו בית חולים.</p>	<p>2.2</p>
<p>3. סכום הביטוח</p>	
<p>סכום השיפוי המירבי שתשלם החברה להשתלה/השתלות - ללא תקרה.</p>	<p>3.1</p>
<p>סכום השיפוי המירבי שתשלם החברה טיפול מיוחד בחו"ל - עד לסכום של 400,000 ש"ח למבוטח.</p>	<p>3.2</p>
<p>4. תגמולי הביטוח</p>	
<p>מובהר בזאת כי תגמולי ביטוח בגין השתלה ישולמו בכפוף לחוק השתלת איברים, תשס"ח 2008 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.</p> <p>החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה לשלם תגמולי ביטוח ו/או כל חלק מהם בהתאם לאמור בפרק זה (להלן: "ההוצאות המוכרות") ועד תקרת סכום הביטוח, ישירות לנותני השירותים הרפואיים או למבוטח עצמו. תגמולי הביטוח לפי פרק זה ישולמו בגין ההוצאות המפורטות להלן:</p>	
<p>הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות שירותי מעבדה ותחפויות.</p> <p>במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל תשלם החברה הוצאות אלה אך ורק אם לא ניתן לבצע את הפעולות ו/או הטיפולים הרפואיים בישראל.</p>	<p>4.1</p>
<p>הוצאות אשפוז בחו"ל עד 30 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 180 יום לאחר ביצועם.</p>	<p>4.2</p>
<p>הוצאות טיפולי המשך הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד לסכום של 42,200 ש"ח להשתלה או 21,000 ש"ח לטיפול מיוחד בחו"ל, לפי המקרה.</p>	<p>4.3</p>
<p>הוצאות נסיעה לחו"ל עד לתקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים, לרבות היטל נסיעה אם יחול, למבוטח ולמלווה אחד. במקרה שהמבוטח הינו ילד, יכוסו הוצאות הטיסה כמפורט לעיל עבור שני מלווים.</p>	<p>4.4</p>
<p>הוצאות הטסה רפואית מיוחדת והעברה יבשתית סבירה משדה התעופה לבית החולים בחו"ל ובחזרה, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל ובחזרה בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 42,200 ש"ח להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, לפי המקרה.</p>	<p>4.5</p>
<p>הוצאות שהייה סביחת בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד עד לסכום של 420 ש"ח ליחיד או 633 ש"ח לשניים, לכל יום שהייה ועד לסכום של 42,200 ש"ח להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל לטרך כל הוצאות השהייה. במקרה שהמבוטח הינו ילד, יכוסו הוצאות שהייה לילד ושני מלוויו - עד 1,000 ש"ח לכל יום שהייה ועד 80,000 ש"ח עבור כל הוצאות השהייה עבור הילד המבוטח ושני מלוויו.</p>	<p>4.6</p>
<p>הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל.</p>	<p>4.7</p>
<p>הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות, עד לסכום של 42,200 ש"ח למקרה ביטוח אחד.</p>	<p>4.8</p>

<p>תשלום עבור שימור האיבר והעברתו למקום ביצוע ההשתלה, הוצאות רפואיות בגין קציר איברים הנעשות עפ"י אמות מידה רפואיות ואתיות מקובלות, הוצאות לאיתור תורם האיבר - עד 100,000 ש"ח.</p>	<p>4.9</p>
<p>במקרה של ביצוע השתלה בגינה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י פרק זה, ישולם למבוטח סכום חודשי בסך 5,400 ש"ח למשך 24 חודשים.</p> <p>הגמלה עפ"י סעיף זה תשולם למבוטח מיום חזרתו ארצה לאחר ביצוע ההשתלה בחו"ל (להלן: "תקופת התשלום"), לצורך כיסוי הוצאותיו הרפואיות והסייעודיות בתקופה שלאחר ההשתלה.</p>	<p>4.10</p>
<p>מיסים, היטלים ו/או הוצאות בגין המרת סכום ביטוח או חלקו או הוצאות מוכרות או חלקן למטבע חוץ והוצאות העברתן לחו"ל, יהיו חלק מתגמולי הביטוח.</p>	<p>4.11</p>

5. פיצוי חד פעמי במקרה של השתלה שבוצעה ללא מעורבות החברה

במקרה בו בחר המבוטח לבצע השתלת כבד, כליה, כליה ולבלב, לב, ריאות, לב וריאה ו/או מח עצם המכוסה עפ"י תנאי פוליסה זו, ללא השתתפות החברה במימון עלות ההשתלה וההוצאות הנלוות אליה, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בסך השווה בש"ח ל- 240,000 ש"ח.

מובהר בזאת, כי מבוטח אשר קיבל פיצוי בהתאם לסעיף זה, לא יהיה זכאי לפיצוי כלשהו ו/או לשיפוי כלשהו בגין הוצאות הקשורות להשתלה כאמור בפרק זה.

במקרה של תביעה לפיצוי עפ"י סעיף זה המבוטח לא יהיה חייב בהצגת קבלות לצורך קבלת התשלום אלא במסמכים רפואיים מהם המעידים על ביצוע ההשתלה כחוק. הפיצוי עפ"י סעיף זה ישולם למבוטח לאחר חזרתו לישראל לאחר ביצוע ההשתלה בחו"ל.

6. תשלום תגמולי הביטוח

לאחר קבלת אישור החברה לביצוע ההשתלה או הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל על פי פרק זה:

<p>תינתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.</p>	<p>6.1</p>
<p>החברה תהיה רשאית, לפי שיקול דעתה הבלעדי לשלם את ההוצאות המוכרות לפי פרק זה ישירות לגורמים להם יש לשלם הוצאות אלה או לשלם למבוטח עצמו.</p>	<p>6.2</p>
<p>במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל, יבוצע התשלום אך ורק כנגד חשבונות שיומאצו למבוטח ובמקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת חשבוניות וקבלות מקוריות. אם יידרש, ימציא המבוטח לחברה גם אישור להוצאת מטבע חוץ.</p>	<p>6.3</p>
<p>המרת המטבע במקרה של הוצאות מוכרות תיעשה לפי שער המכירה של מטבע החוץ הרלוונטי ביום התשלום (העברת והמחאות) שיהיה נהוג בבנק דיסקונט, בתוספת כל היטל חוקי שיחול, אם יחול על תשלום שכזה.</p>	<p>6.4</p>
<p>למען הסר ספק מובהר בזאת כי לא תחול על החברה כל אחריות בגין הוצאה כל שהיא שאינה מאלה המפורטות לעיל, והוצאות אלה יחולו על המבוטח לבדו.</p>	<p>6.5</p>

7. תקופת האכשרה

תקופת האכשרה בפרק זה תהיה בת 90 יום.

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

פרק זה חל על מקרי ביטוח חדשים שארצו החל מיום 1.9.08.

מבוטח שארצו לו מקרה ביטוח עד ליום 31.8.2008 וזכאי לקבל תגמולי ביטוח בהתאם להגדרות ולסכומי הביטוח שהיו עד ליום 31.8.2008, ימשיך או יהיה זכאי לקבלת תגמולי ביטוח בהתאם להוראות שהיו בתוקף עד ליום 31.8.2008, וזאת בין אם מקבל או קיבל תגמולי ביטוח מהמבטח ובין אם לאו ובין אם הגיש תביעה למבטח ובין אם לאו.

1. הגדרות

החברה תשפה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור ההוצאות המפורטות בנספח זה, בכפוף לתנאים, הגבלות חריגים והסייגים המפורטים בנספח זה ובכפוף לתנאים הכלליים של נספח הביטוח היסודי ולתנאיו המיוחדים.

1.1 תרופה	<p>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>
1.2 טיפול תרופתי	<p>נטילת תרופה על פי מתשם, באופן חד-פעמי או מתמשך בכל מקום בו שוהה המבוטח לצורך קבלת התרופה, לרבות:</p> <p>1.2.1 במהלך אשפוז בבית חולים כללי ובתנאי שביט החולים אינו מחוייב במתן התרופה על פי דין.</p> <p>1.2.2 במהלך אשפוז בבית חולים פרטי.</p> <p>1.2.3 במהלך טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.</p> <p>1.2.4 במהלך טיפול הניתן במסגרת מרפאות.</p>
1.3 מדינות מוכרות	<p>ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, מרבניה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האיחופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האיחופי (EMEA).</p>
1.4 תרופה גנרית	<p>תרופה שהיא זהה לתרופה הרשומה בפנקס התכשירים הרשומים בחומר הפעיל שבה, בצורתה, בחוזקה, באופן לקיחתה, בפעילותה הרפואית ובזמינותה הביולוגית ואשר אושרה על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות ואשר הגנת הפטנט עליה פגה.</p> <p>לעניין סעיף זה, "זמינות ביולוגית", "פנקס התכשירים הרשומים" - כהגדרתם בפקודת החקיקים [נסח חדש], התשמ"א-1981.</p>
1.5 תרופה יתומה	<p>תרופה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") של חולים המשתייכים לאחת מארבע הקבוצות הבאות:</p> <p>1.5.1 חולים במחלה יתומה שמספרם פחות מ- 200,000 בני אדם בארצות הברית.</p> <p>1.5.2 חולים במחלה יתומה שמספרם עולה על 200,000 בני אדם בארצות הברית אך אין צפייה סבירה שעלות פיתוח התרופה תכוסה על ידי מכירת התרופה בארצות הברית לבדה.</p> <p>1.5.3 חולים במחלה יתומה שמספרם לא יותר מ- 5 מתוך כל 10,000 בני אדם באיחוד האיחופי.</p>

<p>1.5.4 חולים במחלה יתומה אשר מסיבות כלכליות כנראה לא תפוח לה תחפה ללא תמריצים באיחוד האיחפי.</p> <p>קביעת התחפה כתחפה יתומה תעשה במועד הבקשה לרכישת תחפה מסוג זה ותתבסס על קביעת ה- FDA האמריקאי לגבי ארה"ב ועל ידי ועדת מוצרים יתומים Committee for Orphan Medicinal Products (COMP) מטעם ה- EMEA לגבי מדינות האיחוד האיחפי.</p>	
<p>תקופה מירבית לתשלום בגין התחפה.</p>	<p>1.6 תקופת שיפוי מירבית</p>
<p>חפא אשר הוכר כמומחה על ידי רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתחפה.</p>	<p>1.7 רופא מומחה</p>
<p>מסמך רפואי חתום על ידי חפא בית חולים או רופא מומחה בתחום הרלוונטי לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול בתחפה, קבע את אופן הטיפול, את המימון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. המימון בכל מתמש ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.</p> <p>ניתן מרשם כאמור, רכישת התחפה תעשה עבור חודש אחד בלבד בכל רכישה.</p>	<p>1.8 מרשם</p>
<p>גובה תגמולי הביטוח המירביים שישלם המבוטח בגין תחפה ו/או תרופות במהלך תקופת הביטוח.</p>	<p>1.9 סכום שיפוי מירבי</p>
<p>הסכום המירבי המאושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל לגבייה בגין תחפה והמשתנה מעת לעת.</p>	<p>1.10 מחיר מירבי מאושר</p>
<p>סכום כספי כמצוין בסעיף 3.4, המהווה סיכום הוצאות בגין הטיפול התחפתי אשר שולם בפועל ע"י המבוטח והמהווה סף אשר רק מעבר לו יחל המבוטח לשאת בחבותו על פי נספח זה.</p>	<p>1.11 סף תשלום תגמולי ביטוח</p>
<p>חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994 או כל חוק אשר יחליף אותו.</p>	<p>1.12 חוק ביטוח בריאות ממלכתי</p>
<p>מכלול השיחות הרפואיים והתרופות הניתנות ע"י קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994, או כל חוק אשר יחליף אותו (להלן: "הסלי") למעט תרופות הניתנות במסגרת השב"ן.</p>	<p>1.13 סל שירותי הבריאות</p>
<p>מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לצבור הרחב (להלן: "נותן השיחות").</p>	<p>1.14 בית מרקחת</p>
<p>מדינת ישראל הריבונית, לרבות יהודה ושומרון (להוציא שטחי הרשות הפלסטינית).</p>	<p>1.15 ישראל</p>
<p>כל מדינה מחוץ לישראל.</p>	<p>1.16 חו"ל</p>
<p>היא אחד מהבאים:</p> <p>1.17.1 תחפה שטרם אושרה לשימוש כלשהו באחת מהמדינות המוכרות.</p> <p>1.17.2 תחפה שאושרה לשימוש כלשהו באחת מהמדינות המוכרות אך השפעותיה והשלכותיה הישיות והצולבות על מצבו הרפואי של המבוטח אינן ידועות ומכל מקום המתווה הטיפולי המבוקש (לרבות מימון התחפה) אינו נתמך על פי קריטריונים רפואיים מקובלים ולא הוכח כיעיל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, למעט אם עונה להגדרה בסעיף 2.1.3 להלן לענין תחפה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית המוגדרת כ- OFF LABEL בלבד.</p>	<p>1.17 תרופה ניסיונית</p>

<p>1.17.3 תחפה הנמצאת בהליך ניסוי קליני בבני אדם ובלא קשר לרמת הצלחת הניסוי ו/או לשלב בו נמצא הניסוי למעט אם עונה להגדרה בסעיף 2.1.3 להלן לענין תחפה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית המוגדרת כ- OFF LABEL בלבד</p>	
<p>טיפול תרפתי שאין עליו עדות בספרות המקצועית הרפואית ואשר לא אושר כבלתי ניסיוני על ידי לפחות שני חפאם מומחים בתחום הרלוונטי בדרגת מנהלי מחלקה בבית חולים בישראל, שאינם החפאים של המבוטח.</p>	<p>1.18 טיפול ניסיוני</p>
<p>תכשיר בעל ערך תזונתי שאינו מיועד להזרקה תוך ורידית ואשר תשום פננס התכשירים התשומים - כהגדרתו בפקודת הרוקחים [נסח חדש], התשמ"א-1981.</p>	<p>1.19 תכשיר מזון רפואי</p>
<p>תרבות כימית אורגנית שאיננה אב מזון (חלבון, פחמימה, שומן) אשר כמות קטמת שלה דחשות לכל אורגניזם לשם גדילה תקינה ולשם קיום ואשר קיבלה את אישור הרשויות המוסמכות במדינת המוכחת כתכשיר מזון רפואי.</p>	<p>1.20 ויטמינים</p>
<p>תחפה הכלולה בסל שיחתי הבריאות, שנועדה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר מביאה, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, לתוצאה רפואית דומה לזו של התחפה שאינה כלולה בסל שיחתי הבריאות כאמור בסעיפים 2.1.1-2.1.3 להלן, ובלבד שהטיפול התרפתי בתחפה זו אינו כרוך בתוצאות המוחות יותר למבוטח, ביחס לתחפה שאינה כלולה בסל שיחתי הבריאות כאמור בסעיפים 3.1.1-3.1.3 להלן; לענין זה, "תוצאות המורות יותר" - תופעות לואי המוחות יותר שעלולות להיווצר כתוצאה מהטיפול התרפתי; לרבות פגיעה באיכות או בשגרת חייו של המבוטח, למעט שינוי המוגע לתדירות נטילת התחפה דרך הפה.</p>	<p>1.21 תחפה חלופית</p>
<p>2. מקרה הביטוח</p>	
<p>קחת מחלה או תאונה לראשונה לאחר יום ה- 1.9.2008 במהלך תקופת הביטוח לאחר תקופת האכשרה כמוגדר בסעיף 7 להלן אשר מחייבת טיפול תרפתי באמצעות אחד מאלה:</p> <p>2.1.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות וכל עוד אינה כלולה בסל זה ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכחות.</p> <p>2.1.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שיחתי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובתנאי השימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אושר בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכחות.</p> <p>תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית.</p> <p>2.1.3 תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית המוגדרת כ- OFF LABEL - תחפה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכחות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובלבד שהתחפה הוכרה כיעילה לטיפול במחלה הממארת של המבוטח ושימוש אונקולוגי או המטו-אונקולוגי, על ידי לפחות אחד מהבאים:</p> <p>2.1.3.1 פרסומי ה-FDA</p> <p>2.1.3.2 American Hospital Formulary Service Drug Information</p> <p>2.1.3.3 US Pharmacopoeia-Drug Information</p>	<p>2.1</p>

<p>2.1.3.4 Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתחפה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. עוצמת ההמלצה ((Strength Of Recommendation - נמצאת בקבוצה I או IIa 2. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) - נמצאת בקטגוריה B או A 3. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa <p>2.1.3.5 תחפה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NCCN 2. ASCO 3. NICE 4. ESMO Minimal Recommendation <p>2.1.4 השימוש בתחפה על פי ההגדרה בסעיף 2.1.3 לעיל יהיה אך ורק במקרה של מחלה ממארת ושימוש אונקולוגי או המטו-אונקולוגי בלבד.</p>	
<p>2.2 תכשיר מזון רפואי/או ויטמינים/או מינרלים (להלן: "תוסף מזון") שהצורך בהם הומלץ בשילוב טיפול תחפתי על ידי חפא מומחה לטיפול במחלה של המבוטח אשר תחילתה בתוך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה.</p>	
<p>2.3 תחפה אשר מכוסה בסעיפים 2.1.1 עד 2.1.4 לעיל גם אם יש לה תחפה חלופית בסל שירותי הבריאות.</p>	
3. הכיסוי	
<p>3.1.1 סכום השיפוי המירבי שישלם המבוטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי נספח זה יהיה 1,000,000 ש"ח (מיליון שקל) לתקופה של שנתיים לסך כל מקרי הביטוח וזאת לכל אחת מקבוצת המחלות בנפרד על פי קבוצות המחלות המוגדרות בסעיף 3.2 להלן;</p> <p>3.1.2 מבוסס, אשר בגין תביעותיו המכוסות על פי נספח זה שילמה לו החברה את מלוא תקרת סכום השיפוי המירבי הנקוב בסעיף 3.1.1 או חלק ממנו, יהיה זכאי לסכום שיפוי מירבי נוסף של 1,000,000 ש"ח (מיליון ש"ח) כל שנתיים, החל מיום תחילת הביטוח שלו, אשר יחליף את יתרת סכום השיפוי שנותרה לאחר תשלומי החברה בשנתיים שקדמו לכך. מובהר בזאת כי לא ניתן לצבור יתרת שלא נוצלו ו/או סכומי שיפוי. כל שנתיים תועמד התקרה על סך של מיליון ש"ח.</p> <p>3.1.3 למחות האמור לעיל, סכום השיפוי המירבי לכל מקרי הביטוח יחד שישלם המבוטח בגין תרופות יתומות, בכל תקופת הביטוח יהיה 2,000,000 ש"ח.</p> <p>3.1.4 למחות האמור לעיל, סכום השיפוי המירבי לכל מקרי הביטוח יחד שישלם המבוטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי נספח זה בכל תקופת הביטוח יהיה 10,000,000 ש"ח.</p>	<p>3.1 סכום השיפוי המירבי</p>

קבוצה 4	קבוצה 3	קבוצה 2	קבוצה 1	קבוצות המחלות הן 3.2
<p>כל מחלה אחרת אשר אינה משויכת לאחת מהקבוצות 1-3</p>	<p>1. מחלות מדבקות ופחיסים - Infectious and Parasitic Diseases</p> <p>2. מחלות מערכת העצבים והחושים לרבות שמיעה וראיה - Diseases of the Nervous System and Sense Organs</p> <p>3. מחלות מערכת השתן והמין - Diseases of the enitourinary System</p> <p>4. מחלות עור ותקמות העור - Diseases of the Skin - and ubcutaneous Tissue</p> <p>5. מחלות מערכת השלד, השרירים ותקמות החיבור - Diseases of the - sculoskeletal System and Connective Tissue</p> <p>6. מומים מולדים - Congenital Anomalies</p> <p>7. תאונות והרעלות - Injury and Poisoning</p> <p>בקבוצה זו נכללות בין היתר המחלות הבאות: שחפת, שיתוק ילדים (פוליו), הרפס, זיהומים פטרייתיים, מיגרנה, טרשת נפוצה, אפילפסיה, הפרעות במערכת העצבים ההיקפית, הפרעות שינה הפרעות תנועה (למשל פרקינסון) פסוריאזיס, זיהומי עור פטרייתיים, זיהומי עור טפיליים, הפרעות שיער, הפרעות של בלוטות החלב, בריחת סייץ - אוסטיאופורוזיס, אוסטיאוארטריטיס.</p>	<p>1. מחלות הפרשה פנימית, תזונה וחילוף חומרים - Endocrine, Nutritional, and Metabolic Diseases</p> <p>2. מחלות מערכת ומחזור הדם - Diseases - of the Circulatory System</p> <p>3. מחלות מערכת הנשימה - Diseases of the Respiratory System</p> <p>4. מחלות מערכת העיכול - Diseases of the Digestive System</p> <p>בקבוצה זו נכללות בין היתר המחלות הבאות: סוכרת לסוגיה, פגיעה באברי מטרה כתוצאה ממחלת הסוכרת, הפרעות בבלוטת המגן, הפרעות בהפרשות יותרת המוח, הפרעות בהפרשות יותרת הכליה, הפרעות הורמונאליות.</p> <p>הפרעות בזרימת הדם, שינויים בלחץ הדם, מחלות לב, הפרעות בקצב הלב, מחלות של כלי הדם, טרשת עורקים,</p>	<p>1. גידולים Neoplasms</p> <p>2. מחלות דם ואיברים מייצרי דם - Disease of the Blood and Blood-Forming Organs</p> <p>בקבוצה זו נכללות בין היתר המחלות הבאות: גידולים ממאירים, גרוחת, גידולים שפירים.</p> <p>אנמיה, בעיות קרישת דם, המופיליה, טרומבוציטופניה, הפרעות בתאי הדם הלבנים, בתאי הפלסמה (מיאלומה), הפרעות בתפקוד מח העצם, הפרעות בבלוטת הטחול, לוקמיה, הודגנקינס.</p>	

קבוצה 4	קבוצה 3	קבוצה 2	קבוצה 1
		<p>מחלת עורקים כלילים, מחלת עורקים היקפיים, הפרעות ורידים ולימפתיניות. דלקות פנים הלב ומעטפת הלב. אסטמה, אמפיזמה, מחלות חסימתיות של נתיבי האוויר. הפרעות עיכול, כיבים במערכת העיכול, מחלת קרוהן, קוליטיס, הפרעה ביציאות, ספינה לקויה, הפרעות בתפקוד הכבד וכיס המרה, דלקות כבד.</p>	

למטן הסר ספק, טך השיפוי המירבי כאמור בסעיף 3.1 לעיל יינתן על פי סיווג המחלה לה ניתן הטיפול הרפואי בהתאם לקבוצה המתאימה מתוך הארבע המנויות בטבלה לעיל ולא על פי התרופה גם אם התרופה שנרשמה למבוטח מתאימה לטיפול במחלה המנויה בקבוצה אחרת בטבלה אך אינה המחלה המטופלת של המבוטח.

סיווג המחלה נקבע על פי קריטריונים של המדריך הרפואי "ICD-9-CM" (להלן: **"המדריך"**) ויותאם לגרסתו העדכנית של המדריך במועד התביעה או לפי מדריך בינלאומי רפואי אחר לקידוד מחלות שיהיה מקובל בענף הרפואה במועד התביעה במקרה והמדריך האמור לא יוצא יותר לאור.

בקחת מקרה הביטוח ישלם המבוטח למבוטח תגמולי ביטוח ו/או יספק את התרופה על פי המפורט להלן:

3.3 תגמולי הביטוח

3.3.1 עלות טיפול תרופתי ו/או תוסף מזון הינם בכפוף לאמור בסעיפים 3.1 - 3.2, ו- 3.4 בנספח זה.

3.3.2 בקחת מקרה הביטוח ובמקרה וקיבל המבוטח שיפוי מלא מגורם אחר כלשהו שאינו המבוטח ו/או חברת ביטוח אחרת ו/או בית חולים ציבורי יהיה המבוטח זכאי לפיצוי בגובה 15% מעלות התרופה על פי המחיר המירבי שאושר על ידי משרד הבריאות.

3.3.3 בקחת מקרה הביטוח ובמקרה וקיבל המבוטח שיפוי חלקי מגורם אחר כלשהו שאינו המבוטח ו/או חברת ביטוח אחרת יהיה המבוטח זכאי להחזר ההוצאה בפועל שהוציא בעצמו ועוד פיצוי בגובה 15% מעלות ההשתתפות של הגורם האחר.

3.3.3.1 גובה החזר ההוצאה בפועל ייקבע על בסיס קבלות מקוריות שיעביר המבוטח למבוטח

3.3.3.2 גובה הפיצוי ייקבע לפי אישור של הגורם האחר ואם לא יתקבל אישור כאמור יקבע הפיצוי על בסיס המחיר המירבי המאושר על ידי משרד הבריאות.

3.3.4 תנאי לזכאות בסעיפים 3.3.2 ו- 3.3.3 הינו שעלות התרופה בפועל עולה על סף תגמולי הביטוח ו/או סכום ההשתתפות העצמית שהיה נדרש לה המבוטח על פי נספח זה, הגבוה מביניהם.

3.3.5 בקרות מקרה הביטוח ובמקרה בו קיבל המבוטח במהלך אשפוז בבית חולים טיפול כימותראפי כחלק מהטיפול התרופתי המכוסה על פי נספח זה, יהיה זכאי המבוטח לפ יצוי כספי בסך 150 ש"ח לכל יום טיפול כימותראפי ולא יותר מאשר 30 יום לכל תקופת הביטוח.

3.3.6 המבוטח ישפה את המבוטח בגין עלות השיחות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בסכום כספי של עד 200 ש"ח ליום, ולא יותר מאשר 30 יום לכל מקרה ביטוח.

3.4.1 החברה תשפה את המבוטח עבור הוצאות תרופה ו/או תוסף מזון שעלות כל אחד מהם בפועל, לתקופה של חודש, עולה על 350 ש"ח. **למען הסר ספק, בגין תרופה ו/או תוסף מזון שעלות כל אחד מהם בפועל פחותה מ- 350 ש"ח לחודש לא יהיה המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח עפ"י נספח זה.**

למרות האמור לעיל, עבור תרופה ו/או תוסף המזון השלישית ואילך באותו חודש, ישופה המבוטח החל מהשקל הראשון גם אם עלות התרופה ו/או תוסף המזון השלישית ואילך נמוכה מסך של 350 ש"ח **ובתנאי שעלות כל אחת משתי התרופות ו/או תוסף המזון הראשונות/ים הינו מעל 350 ש"ח לחודש.**

3.4.2 למרות האמור בסעיף 3.4.1 לעיל, והיה אם בעת התאריך הנקוב במרשם ו/או בעת הבקשה מהמבוטח לאישור רכישת התרופה (כאמור בסעיף 3.6 להלן) תהיה קיימת בסל תרופה גנרית כהגדרתה בסעיף 1.4 תשלם החברה אך ורק הוצאות בפועל, מעל לשיעור השתתפות עצמית בגובה 20% לתרופה, שתחול על המבוטח.

3.4.3 רכישת התרופה תעשה באמצעות ספקי הסכם של החברה ובהפניית המבוטח אליהם. רכש המבוטח תרופה שלא באמצעות ספקי הסכם של החברה יהיה זכאי המבוטח לשיפוי אך ורק בגין הוצאות בפועל, מעל לשיעור השתתפות עצמית בגובה 20% לתרופה, כאמור בסעיף 3.4.1.

3.4.3.1 ההשתתפות העצמית לעיל תחושב מההוצאה בפועל או מהמחיר המירבי המאושר על ידי משרד הבריאות, הנמוך מהשניים.

3.4.3.2 המבוטח לא יידרש להשתתפות העצמית לעיל במקרה שרכישת התרופה תעשה בנסיבות דחופות שאינן תלויות במבוטח ושבגללן לא יכול היה לרכוש את התרופה באמצעות נותן השירות של החברה.

3.4.3.3 הדרישה להספקת תרופה על ידי ספקי הסכם תהיה של התרופה המבוקשת במירשם ולא תרופה דומה.

3.4.3.4 במקרה בו מיקומו של ספק ההסכם או זמינותו יגרמו לפגיעה באספקת התרופה למבוטח באופן שיסכן את הטיפול הרפואי בו, תאשר החברה את רכישת התרופה שלא באמצעות ספק הסכם וללא השתתפות עצמית אך בכפוף לאמור בסעיף 3.4.1 לעיל.

3.4
השתתפות עצמית וסף תגמולי ביטוח

<p>החברה תשלם למבוטח או ישירות לספק ההסכם ו/או נותן השירות את עלות התרופה ו/או עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה (התרופה, השירות והטיפול הרפואי יחדיו ייקראו "עלויות הטיפול") עד לתקרת סכום השיפוי המירבי ובהתאם לתנאים המצטברים כמפורט להלן:</p>	<p>3.5 נוהל הגשת תביעה</p>
<p>המבוטח יפנה לקבלת אישור המבוטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. למען הסר ספק יובהר כי זהו תנאי מהותי, בכפוף לכל דין.</p>	<p>3.6</p>
<p>הסכומים המפורטים בנספח זה יהיו צמודים למדד.</p>	<p>3.7</p>
<p>4. תשלום תגמולי ביטוח</p>	
<p>למען הסר ספק, מודגש בזה כי כל ההוצאות בגין עלויות הטיפול יוכרו וישולמו ע"י המבוטח אך ורק כנגד קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד. צילומים או העתקים, גם אם אושרו כתואמים וכנאמנים למקור, לא יוכרו לצורך תשלום תגמולי הביטוח. מוצהר ומוסכם כי ההתחשבות תהיה בגין הוצאות שהוצאו בפועל, בלבד. למחת האמור לעיל, במקרה והגיש המבוטח בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר, יגיש העתק קבלה מאושר ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה המקורית בציין הסכום שתבע ובצירוף אישור מהגורם האחר על הסכום ששולם לו.</p>	<p>4.1</p>
<p>לא יינתן שיפוי במסגרת נספח זה בגין תשלומים עבור עלויות טיפולים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לעלויות טיפולים עתידיים.</p>	<p>4.2</p>
<p>5. הגבלות לאחריות המבוטח</p>	
<p>בנוסף לסייגים הכלליים אשר חלים על כל פרקי הפוליסה (סעיף 5 בפרק תנאים כלליים) המבוטח יהיה פטור מחבותו על פי נספח ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי נספח זה, אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:</p>	<p>5.1</p>
<p>בכפוף לאמור בסעיף 3.1 ו- 3.2 לעיל, סכום השיפוי המירבי לתרופה לא יעלה על המחיר המירבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל.</p> <p>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.</p> <p>במקרה שלתרופה אין מחיר מירבי מאושר בהולנד, יקבע סכום השיפוי המירבי לפי המחיר המירבי המאושר לאותה תרופה באנגליה, במחירי דולר ארה"ב.</p> <p>במקרה שלתרופה אין מחיר מירבי מאושר באנגליה ייקבע סכום השיפוי המירבי לתרופה לפי הסכום המירבי המאושר לאותה תרופה באחת המדינות המוכרות, הנמוך מביניהן, במחירי דולר ארה"ב.</p>	<p>5.2</p>
<p>החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב מעשה או מחדל של ספק התרופה ו/או בית המרקחת ו/או יצרן התרופה ו/או עקב מעשה או מחדל במהלך הטיפול התרופתי.</p>	<p>5.3</p>

5.4	החברה תהיה פטורה מחבותה על פי פרק זה ולא תהיה אחראית לתשלום תגמולי ביטוח על פי נספח זה, אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות ו/או אם התרופה ו/או אם הטיפול התרופתי כוללים אחד מהבאים:
5.5	טיפול ניסיוני ו/או תרופה ניסיונית.
5.6	במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, חיסונים.
5.7	שתל ו/או אביזר ו/או אמצעי אחר להחדרת תרופה.
5.8	אביזר מצופה תרופה.
5.9	וויטמינים ותכשירי מזון רפואי שאינם עונים להגדרת תרופה בסעיף 1 לפרק זה.
5.10	טיפולים ותרופות למטרות מחקר.
5.11	ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית מכוונת בין שהמבוטח היה שפוי בדעתו ובין אם לאו.

6. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה בפרק זה תהיה בת 90 יום.

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

פרק ה' - שירותים רפואיים נוספים

1. הגדרות לפרק זה

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1	מקרה הביטוח	הצורך בקבלת שיחתים רפואיים ו/או בדיקות הנקובים בסעיף 2 להלן שניתנו למבוטח שלא במהלך אשפוז, בעקבות בעיה בריאותית ובלבד שהשיחת הרפואי ניתן במהלך תקופת הביטוח.
1.2	מועד קרות מקרה הביטוח	המועד בו ניתן השיחת הרפואי למבוטח.
1.3	רופא מומחה	מנהל או סגן מנהל מחלקה, ובלבד שתחום עיסוקו ומומחיותו הינם בנושאים הרלוונטיים להתייעצות.
1.4	שירותים רפואיים	בדיקות רפואיות, ניתוח אלקטיבי, טיפולים רדיותראפיים וכימותראפיים אמבולטוריים.
1.5	ספקי שירות רפואיים	בתי חולים, חפאים ומכונים רפואיים כמוגדר בפרק המבוא לפוליסה זו.

<p>בנכחות גידול של תאים הגדלים באופן בלתי מבוקר והחודרים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לוקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. מחלת הסרטן אינה כוללת:</p> <p>1.6.1 גידולים המאובחנים כשיניים ממאירים של Carcinoma in Situ, סלל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כסרום ממאירים.</p> <p>1.6.2 מלנומה ממאירה דרגה 1 (AI מ'מ) לפי סיווג ה-AJCC לשנת 2002.</p> <p>1.6.3 מחלות עור מסוג:</p> <p>1.6.3.1 Basal Cell Carcinoma ו-Hyperkeratosis.</p> <p>1.6.3.2 מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.</p> <p>1.6.3.3 מחלות סרטניות בנכחות מחלת ה-AIDS.</p> <p>1.6.3.4 סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-TNM Classification T2 No Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל).</p> <p>1.6.3.5 לוקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L.).</p>	<p>1.6 מחלת סרטן</p>
<p>חפא אשר הוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה ברפואת נשים ושמו כולל ברשימת הרפאים לפי תקנה 34 לתקנות הרפאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג - 1973.</p>	<p>1.7 רופא גניקולוג מומחה</p>
<p>ביקור אצל חפא מומחה לצורך דיון בבעיה רפואית של מבוסט ודרכי טיפול אפשריות, למעט התייעצות עם חפא נשים, חפא משפחה וחפא ילדים בטיפול בבעיות שגרתיות או ביקור אצל חפא מומחה לצורך מתן מרשם לתחפות.</p>	<p>1.8 התייעצות</p>
<p>2.</p>	
<p>להלן הכיסויים המכוסים:</p>	
<p>מבוסחת על-פי פוליסה זו תהיה זכאית לשיפוי בגין בדיקה לסריקה על קולית (ULTRA SOUND) של עובר הנישא ברחמה. הבדיקה תעשה אצל חפא מומחה. סכום הביטוח המירבי יהיה בשיעור 75% מההוצאה הממשית אשר הוצאה בפועל ועד 1,300 ש"ח. כיסוי זה יינתן לכל הריון פעם אחת בלבד.</p>	<p>2.1 ביצוע סריקה על קולית לבדיקת מערכות עובר</p>
<p>מבוסחים על פי פוליסה זו יהיו זכאים לאבחון גנטי לידתי למחלות הבאות: סיסטיק פיברוזיס, קאנוואן, תסמונת ה-X השביר וגושה. סכום הביטוח המירבי יהיה בשיעור 75% מההוצאה הממשית אשר הוצאה בפועל ועד 1,300 ש"ח. כיסוי זה יינתן לכל הריון פעם אחת בלבד.</p>	<p>2.2 ביצוע בדיקה לאבחון גנטי סרום לידתי</p>
<p>מבוסט יהיה זכאי לבצע אבחון גנטי חד פעמי לגילוי גנים סרטניים למחלות:</p> <p>2.3.1 סרטן השד. 2.3.2 סרטן המעי הגס. 2.3.3 סרטן השחלות.</p> <p>וזאת במידה ואחד מבני משפחתו מקרבה ראשונה (הורים, אחים, ילדים) חלה במחלת הסרטן לאחר תום תקופת האכשרה של המבוסט. סכום ביטוח מירבי לאבחון יהיה בשיעור 75% מסך ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל בגין האבחון ועד 2,600 ש"ח.</p>	<p>2.3 ביצוע בדיקה לאבחון גנטי מתקדם לגילוי גנים סרטניים</p>

<p>בכפוף לזכאותו של המבוטח על פי תנאי פוליסה זו, יהיה זכאי מבוטח לתוספת כיסוי בשייחוחים הרפואיים הבאים:</p> <p>בניתוח לב:</p> <p>2.4.1 השתלת לב מלאכותי - סכום ביטוח מירבי לסך כל מקרי הביטוח עד ל- 349,000 ש"ח.</p> <p>2.4.2 השתלת דפיברילטור תוך גופי - סכום ביטוח מירבי לסך כל מקרי הביטוח עד ל- 65,550 ש"ח.</p> <p>בניתוח אוזניים:</p> <p>2.4.3 השתלת עצמי שמע מלאכותיים - סכום ביטוח מירבי לסך כל מקרי הביטוח עד ל- 65,550 ש"ח.</p> <p>2.4.4 טיפול במחלת הסרטן - השתלה תוך גופית של כדורים רדיואקטיביים לטיפולים במחלת סרטן. סכום ביטוח מירבי לסך כל מקרי הביטוח עד ל- 4,360 ש"ח.</p>	<p>2.4 שימוש באביזרים רפואיים מתקדמים</p>
<p>מבוטח אשר זקוק להשתלת תומך תוך עורקי (STAND) ללב ולכלי דם היקפיים, במסגרת ביצוע ניתוח אשר מכוסה בפוליסה זו, יהיה זכאי לשיפוי נוסף עד לתקרה של 8,200 ש"ח לכל מקרה ביטוח כהגדרתו בפרק א' לפוליסה זו.</p>	<p>2.5 השתלת תומך תוך עורקי (STAND)</p>
<p>מבוטח אשר יחלה במחלת הסרטן ואשר נלקח ממנו מח עצם להשתלה, יהיה זכאי לשיפוי בגין שמירת מח עצם לשלוש שנים. סכום השיפוי המירבי לשנת ביטוח - 1,280 ש"ח.</p>	<p>2.6 שמירת מח עצם לתקופות ארוכות</p>
<p>מבוטח אשר יחלה במחלת הסרטן, יהיה זכאי לפני ביצוע הטיפולים הכימותרפיים, לשיפוי בגין הקפאה לשמירת הזרע/ביציות לתקופה מירבית של עד 10 שנים. סכום השיפוי המירבי למקרה ביטוח עד ל- 128,980 ש"ח.</p>	<p>2.7 הקפאת זרע וביציות</p>
<p>בכפוף לזכאותו של המבוטח על פי הפרקים א' וב' לפוליסה זו, יהיה זכאי מבוטח אשר יחלה במחלת הסרטן לשיפוי בגין לטיפול בהימופלטרציה. מהות הטיפול: מתן חומר המעודד צמיחת כדוריות לבנות. הטיפול מתבסס על טיפול כימותרפי יחד עם מתן דם מועשה. סכום השיפוי המירבי למקרה ביטוח עד ל- 66,550 ש"ח.</p>	<p>2.8 קבלת טיפולים בהימופלטרציה</p>
<p>שיפוי עד תקרת הסכום בגובה 9,550 ש"ח לכל מקרי הביטוח המפורטים להלן ובכפוף להשתתפות עצמית בשיעור 20% מכל תשלום ששילם המבוטח:</p> <p>2.9.1 התייעצות עם חפא מומחה לגבי בעיה רפואית שבתחום מומחיותו - עד 650 ש"ח להתייעצות. לא תכוסה התייעצות עם חפא נשים, חפא משפחה וחפא ילדים בטיפול בבעיות גנריות או ביקור אצל חפא מומחה לצורך מתן מרשם לתרופות.</p> <p>2.9.2 פעילות רפואית אבחנתית, בדיקות מעבדה ובדיקות הדמיה, בכפוף לאישור מראש של החברה לתשלום עבור כל פעילות כאמור בנפרד, שהתשלום עבורה גבוה מסך של 350 ש"ח.</p> <p>2.9.3 טיפולים פיזיותרפיים על פי הוראות חפא, מוגבל ל- 12 טיפולים לטיפול באותה בעיה רפואית במשך תקופה של 12 חודשים רצופים ועד סך של 1,520 ש"ח למבוטח לשנת ביטוח.</p> <p>2.9.4 טיפול רדיוטרפי וכימותרפי, עד סך של 9,550 ש"ח למבוטח לשנת ביטוח.</p>	<p>2.9 שירותים רפואיים אמבולטוריים</p>

3. הגבלות לאחריות החברה שיחולו בנוסף לחריגים בסעיף 5 לתנאים הכלליים

3.1 השירותים המפורטים בפרק זה יינתנו אך ורק בישראל.

3.2 החברה לא תהיה אחראית לתשלום תגמולי ביטוח בגין טיפולים רפואיים עפ"י פרק זה שניתנו לאחר תום תקופת הביטוח.

4. תקופת אכשרה

בסעיפים הקשורים בהריון ולידה תהיה תקופת האכשרה בת 9 חודשים, ביתר הסעיפים 90 יום.

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

פרק ו' - ביטוח סיעודי

1. הגדרות לפרק זה

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1 **מבוטח** כאמור בתנאים הכלליים, למעט ילד מבוטח שגילו מתחת לגיל 5 שנים.

1.2 **מקרה הביטוח**

1.2.1 אחד משני האיחעים הבאים לפחות:

מצב בריאות ותפקוד יחידים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות:

לקום ולשכב: יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לשיבה ו/או לקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ו/או ממיטה.

להתלבש ולהתפשט: יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.

להתרחץ: יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.

לאכול ולשתות: יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתיה ולא אכילה, בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.

לשלוט על סוגרים: יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים ו/או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.

ניידות: יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרת בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המבוטח, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.

למען הסר ספק, מבוטח המרותק לכסא גלגלים גם אם יכול להניע את עצמו בכיסא הגלגלים, בין אם בכוחות עצמו ובין אם באמצעות מנגנוני עזר מכניים או אלקטרוניים, יחשב כמי שאינו יכול לבצע את פעולת הניידות.

<p>1.2.2 מצב בריאות ותפקוד יודים של מבטח 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 הדרושים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת חפא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורת דמנטיות שונות.</p>	
<p>סכום של 5,000 ש"ח לחודש.</p>	<p>1.3 התגמול הסיעודי</p>
<p>60 חודשים.</p>	<p>1.4 תקופת התגמול הסיעודי</p>
<p>תקופה המתחילה במועד קצת מקרה הביטוח, ומסתיימת 60 יום לאחר מכן, שבמהלכה היה המבטח במצב סיעודי באופן רצוף. במשך תקופה זו, החברה לא תשלם תגמול סיעודי חודשי בגין מקרה ביטוח כקבוע בפרק זה.</p>	<p>1.5 תקופת המתנה</p>
<p>2. חבות החברה</p>	
<p>במקרה של אי יכולת ביצוע של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות או 2 מתוך 6 הפעולות שאחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים, תפצה החברה את המבטח בגובה התגמול הסיעודי החודשי של 5,000 ש"ח, החל מתום תקופת ההמתנה ולכל היותר עד לתום תקופת התגמול הסיעודי ולא יותר מ- 60 חודש, המוקדם מביניהם. החברה תפסיק לשלם למבטח את התגמול הסיעודי מן המועד בו הפסיק להיות במצב סיעודי במוחו (חו"ח) או בתום תקופת התגמול הסיעודי - לפי המוקדם.</p>	
<p>3. הגבלות לאחריות החברה</p>	
<p>מבלי לפגוע בסייגים הכלליים והמיוחדים בפוליסה ובנוסף להם, החברה לא תהיה חייבת בתגמולי הביטוח הסיעודיים, כולם או מקצתם, על פי פרק זה בכל אחד מן המקרים הבאים:</p>	
<p>מקרה הביטוח נובע ו/או קשור לסיבוכי הריון ו/או קשור לסיבוכי לידה.</p>	<p>3.1</p>
<p>מקרה הביטוח נובע ו/או קשור לפעולות איבה כמשמען בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל - 1970, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.</p>	<p>3.2</p>
<p>4. הגבלת אחריות החברה מחוץ לגבולות מדינת ישראל</p>	
<p>החברה לא תשלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל.</p>	
<p>5. התביעה</p>	
<p>המבטח חייב למסור למבטח הודעה בכתב על המחלה או התאונה שגרמו לדעתו לזכאות לתגמולי ביטוח סמוך ככל האפשר לקצת המקרה.</p>	<p>5.1</p>
<p>המבטח חייב להמציא למבטח את כל המסמכים האחרים שהחברה תדחש, והמיועדים לביחור חבותו על פי נספח זה. כן תהא החברה רשאית לנהל על חשבונה ובאופן סביר כל חקירה ולהעמיד את המבטח לבדיקה ע"י חפא מטעמה. חובות אלו מוטלות על המבטח הן לפני אישור התביעה והן במשך כל תקופת תשלום תגמולי הביטוח הסיעודי.</p>	<p>5.2</p>
<p>במקרה של הפסקת הזכאות לתגמולי הסיעוד, על המבטח להודיע על כך מיידית למבטח.</p>	<p>5.3</p>

6.1 אם תוך 6 חודשים מתאריך הפסקת הזכאות לתגמולי סיעוד תחודש הזכאות על פי סעיף 2 לעיל יחודשו תגמולי הסיעוד ללא תקופת המתנה נוספת.

6.2 אם עבר למעלה מ-6 חודשים מהפסקת תגמולי הסיעוד לעיל והמבוטח חזר למצב של זכאות, יחודשו תגמולי הסיעוד על פי סעיף 2 לעיל, לאחר תקופת ההמתנה.

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

דף הרשימה

עד ליום 31.08.2011.	תקופת הביטוח
01.09.2005.	המועד הקובע
<p>פרמיה בגין הפוליסה (כולל כתבי השירות): עובד - 85.30 ש"ח בן/בת זוג וילד מעל גיל 25 - 67.40 ש"ח ילד עד גיל 21 - 18.50 ש"ח ילד מגיל 21-25 - 42.40 ש"ח</p>	הפרמיה החודשית
על פי המודד שפורסם ב- 15.08.2008 שהינו 10944 נקודות.	המדד היסודי

רשימת כתבי השירות המצורפת לפוליסה זו:

כתב שירות חפא עד הבית

כתב שירות ייעוץ תרופתי

כתב שירות לחוות דעת שניה

כתב שירות מעבדה עד הבית

כתב שירות ייעוצים פסיכולוגיים

1. הגדרות לנספח זה	
1.1 החברה	הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
1.2 הפוליסה	פוליסה תקפה לביטוח רפואי של החברה אליה מצורף כתב שירות זה אשר הופקה ע"י החברה ואשר מקנה את הזכות למנוי לקבלת שירות זה.
1.3 המנוי	המבוטחים בפוליסה ואשר שמם נקוב ברשימה אשר בידי החברה כזכאים לשירות עפ"י כתב שירות זה.
1.4 נותן השירות	נותן שירות שיקבע ע"י החברה מעת לעת.
1.5 מידע רפואי	כל מידע רפואי אודות המנוי שיהיה מצוי בידי נותן שירות ו/או מטפל מטעמו.
1.6 רופא	רופא שהוסמך ע"י השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג - 1973.
1.7 מוקד השירות	מוקד טלפוני ארצי המופעל בקו טלפון עליו תודיע החברה.
2. הזכאות לשירות	
2.1	מצב בריאותי לקוי ו/או מחלה של המבוטח.
2.2	מועד קרות מקרה הביטוח הוא המועד בו פנה המבוטח ל"מוקד השירות". השירות יינתן בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, בכל רחבי הארץ למעט יום כיפור בין השעות 14:00 בערב יום כיפור ועד שעתיים לאחר שעת סיום צום יום הכיפורים. השירות יינתן בזמניות של עד שעתיים מרגע קבלת הדרישה לשירות במוקד השירות.
3. התחייבות החברה והשתתפות עצמית	
3.1	בהתקיים מקרה הביטוח מתחייבת החברה לשלוח לבית המנוי רופא לצורך בדיקה ו/או טיפול חירום כאמור בנספח זה להלן. השירות יינתן בכל מקום בו ימצא המנוי המקק לשירות, למעט מזרח ירושלים, יהודה ושומון. מנוי הנמצא באזור מזרח ירושלים וביהודה ושומון המקק לשחת, ועל פי הפרטים והנתונים שימסור למוקד הרפואי, יומלץ לו על ידי המוקד הרפואי להגיע למרפאה והוא יתן, הסכמתו לכך, יופנה לקבלת השירות הרפואי באחד ממרכזי השירות הרפואי המופעלים על ידי הקבלן הנמצא בסמוך למקום הימצאו, וזאת ללא כל תוספת מחיר לדמי ההשתתפות העצמית האמורים להלן, הכל לפי בחירת המבוטח ובכפוף לשעות הפעילות של המרכז הרפואי כאמור להלן.
3.2	התחייבות החברה הינה עבור השירותים הרפואיים בסעיף 3.3 להלן, שהקריאה בגינם תתקבל ב"מוקד קו הבריאות".
3.3	המנוי יחא זכאי לקבל שירות רפואי על ידי רופא כמפורט להלן: 3.3.1 מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי החולה (להלן: "החולה") או מבני משפחתו. 3.3.2 בדיקה גופנית של החולה לרבות שימוש במכשירים המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוחדי לשון (שפדלים), פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ דם, קרדיו סון, הכל כפי שידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.

<p>3.3.3 קביעת אבחנה רפואית.</p> <p>3.3.4 קבלת תרופות ראשוניות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.</p> <p>3.3.5 קבלת מרשם לתרופות לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.</p> <p>3.3.6 הפנייה להמשך טיפול לרופא המשפחה/לרופא ילדים, המטפל בחולה באופן שוטף (ולאו לרופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.</p> <p>3.3.7 הפניית החולה לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא, בכפוף לתקנון קופת החולים הרלוונטית.</p> <p>3.3.8 מתן תעודה רפואית.</p>	
<p>הזכאות לקבלת שיחת רפואי על פי כתב שיחת זה הינה אישית ואין המנוי תשאי להעבירה לאחרי.</p>	<p>3.4</p>
<p>בגין כל ביקור רופא עבור כל מנוי יהיה חייב המנוי לשלם דמי השתתפות בסך של 25 ש"ח הצמודים למדד הבסיס.</p>	<p>3.5</p>
<p>4. הגבלות לאחריות נותן השירות</p>	
<p>נותן השירות לא יהא אחראי על פי כתב שיחת בגין:</p>	
<p>תרופות למעט האמור בסעיף 3.3.4 לעיל.</p>	<p>4.1</p>
<p>הוצאות בגין המשך טיפול רפואי שהומלץ ע"י הרופא שביקר בבית המבוטח.</p>	<p>4.2</p>
<p>5. הוראות כלליות</p>	
<p>על המנוי יהיה למסור לנותן השירות, לצורך קבלת השיחת, את כל המידע בקשר למצבו הבריאותי, והוא מתחייב לעשות כן.</p>	<p>5.1</p>
<p>המנוי הצהיר כי ידוע לו שלצורך קבלת השיחת וכשהדבר יידרש, בהתאם לשיקול הדעת של המוקד הרפואי, יועבר המידע המצוי ברשומה הרפואית, כולו או חלקו, לצוות הרפואי הפועל מטעם המוקד הרפואי ו/או למד"א ולכל גורם רפואי אחר באמצעות קשר אלחוטי, טלפון, פקסימיליה וכיו"ב אמצעים להעברת מידע, והמנוי מרשה למבטח ולמוקד הרפואי לפעול להעברת המידע כאמור בסעיף 5.1.</p>	<p>5.2</p>
<p>המנוי מאשר כי הפרטים הרפואיים שימסח על ידיו ו/או יתקבלו בקשר אליו מכל רופא ו/או מוסד רפואי ו/או כל גוף אחר יכללו במאגר המידע הממוחשב אצל החברה ו/או בית החולים על מנת שישמש את עובדי ופגי החברה ועובדי בית החולים לצורך מתן שיחת במסגרת המוקד הרפואי. למען הסר ספק, מובהר כי כללי הסודיות הרפואיים ישמחו במלואם ע"י כל המועסקים על ידי נותן השיחת.</p>	<p>5.3</p>
<p>נותן השיחת תשאי להפעיל במוקד הרפואי מערכת הקלטת שיחות טלפון נכנסות וכי כל שיחה טלפונית שתופנה ממנו למוקד הרפואי או מטעמו יכול שתוקלט לפי שיקול דעת נותן השיחת.</p>	<p>5.4</p>
<p>למען הסר ספק, מובהר כי התמורה בגין שיחת ביקור רופא תשלום על ידי המנוי שיחת לרופא מטעם נותן השיחת ובשום מקרה ואופן שלא באמצעות החברה.</p>	<p>5.5</p>

6. תקופת תוקפו של כתב השירות

6.1	כתב שירות זה יהיה בתוקף במשך התקופה שבא יהיה המנוי זכאי לקבלת השירות עפ"י הפוליסה. התקיימו הנסיבות בהן מתבטלת או מסתיימת הפוליסה שהוצאה ע"י החברה למנוי, יסתיים באותו מועד גם תוקפו של כתב שירות זה ללא כל צורך בהודעה נוספת.
6.2	על אף האמור לעיל, במקרה שפעילות נותן השירות או חלק משמעותי ממנה תפגע ע"י מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, איתני טבע, תעודות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר, שאינו בשליטת נותן השירות, יהיו תנאי כתב שירות זה, או כל חלק מהם שנותן השירות לא יהיה מסוגל לבצע, מושהים למשך תקופתה של ההפרעה כאמור. אם חלק שאינו משמעותי ממתקני נותן השירות יפגע וישוה רק אותם השיחתים, שנפגעו למשך תקופת ההפרעה.

7. פטור מאחריות

החברה לא תהיה אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

7.1	תוקן השירות הטלפוני.
7.2	רשלנות רפואית או אחרת של נותן השירות ו/או מי מטעמו ו/או כל מק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות.

למען הסר ספק השירות ניתן בישראל בלבד.

כתב שירות ייעוץ תרופתי

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

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

2.1 המנוי יהיה זכאי לקבל יעוץ תחפתי באמצעות טלפון ע"י חפא הסכם מטעם נותן השיחות, בנושאים המפורטים להלן:
2.1.1 מימנים.
2.1.2 תופעות לוואי של תרופות.
2.1.3 תגובות בין תרופתיות.
2.1.4 תגובות בין תרופות למחלות.
2.1.5 תרופות בהריון.
2.1.6 תרופות בהנקה.
2.1.7 הרעלות - מהן ההשלכות של לקחת מינון יתר מתרופה מסוימת וכיצד יש להתנהג כדי למנוע מק.

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

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

3. נוהל קבלת שירות

3.1 ביקש מבוטח לקבל את השיחות, יפנה טלפונית למוקד השיחות יזדהה בשמו ויפרט את מספר תעודת הזהות שלו, כתובתו ומס' פוליסת הביטוח על פיה הוא מבוטח. מוקד השיחות פועל לקבלת קריאות של מנויים במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום.

3.2 מיד לאחר שציג החברה במוקד החברה יוודא כי הפונה הוא אכן מנוי הזכאי לקבלת השיחות יעביר ציגי החברה את השיחה לחפא ההסכם לצורך מתן השיחות. השיחות ינתן ע"י חפא ההסכם עם פניית המנוי אליו. אולם, במידת האורך, יצור חפא ההסכם קשר טלפוני עם המנוי למספר הטלפון שנמסר על ידי המנוי תוך שעתיים (2 שעות) לכל היותר, ממועד פניית המנוי אליו לצורך מתן הייעוץ.

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

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

3.5 השיחות ינתן בישראל בלבד.

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

3.7 השיחות לא ינתן במקרה בו לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם לא ניתן ליתן יעוץ טלפוני. במקרה זה, יפנה רופא ההסכם את המנוי לרופא מומחה בתחום הרלוונטי. מחויבותה של החברה ו/או נותן השיחות ו/או רופא ההסכם כלפי המנוי בכל פנייה לפי ס"ק זה תסתיים עם העברת פרטיו של הרופא המומחה למנוי (שם, טלפון וכתובת המרפאה).

4.1 החברה לא תהיה אחראית בכל אופן בגין כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים נשוא כתב שירות זה. מבלי לנרוע מהאמור לעיל, החברה לא תהיה אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

4.1.1 איכות השירות נשוא כתב שירות זה.

4.1.2 רשלנות רפואית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למבוטח ו/או למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שירות זה.

4.1.3 הוצאות שהוציא המנוי עובר ובקשר עם שירות.

4.1.4 תוכן השירות הטלפוני ושירות הפגישות האישיים וההשלכות העלולות לנבוע מהם.

מחויבותה של החברה כלפי המנוי בכל פנייה לקבלת שירות תסתיים עם העברת פרטיו האישיים לנוותן השירות.

4.2 יובהר כי אין בהעברת מידע רפואי על המבוטח לנוותן השירות בכדי להוות קבלת המידע הרפואי בידי החברה ו/או להוות ידיעה של החברה או הודעה לפי חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981 על שינוי מהות.

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

5. תקופת תוקפו של כתב השירות

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

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.

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

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

5.4 במקרה שפעילות נותן השירות או חלק משמעותי ממנה תפגע ע"י מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, איתני טבע, תעידות אדמה, כח עליון, או כל גורם אחר, שאינו בשליטת נותן השירות, יהיו תנאי כתב שירות זה, או כל חלק מהם שנותן השירות לא יהיה מסוגל לבצע, מושהים למשך תקופתה של ההפרעה כאמור. אם חלק שאינו משמעותי ממתקני נותן השירות יפגע וישהו רק אותם השירותים, שנפגעו למשך תקופת ההפרעה.

6. החוק הנהוג

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

7. סמכות השיפוט

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

כתב שירות למתן שירות חוות דעת רפואית שניה

1. הגדרות

בכתב שירות זה למונחים הבאים תהא המשמעות המובאת בידי:

1.1 החברה	הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
1.2 מנוי	מבוטח, בעל פוליסה תקפה במועד הבקשה לקבלת השירות עפ"י כתב שירות זה אשר קיבל הודעה כי הינו מנוי עפ"י כתב שירות זה.
1.3 נותן חוות הדעת	בית חולים או מוסד רפואי אמריקאי הנכלל בין 20 בתי החולים המובילים בארה"ב, אשר הינו ספק חוות דעת נשוא כתב שירות זה ועימו התקשר נותן השירות.
1.4 דמי שירות	דמי שירות אשר מצוינים בסעיף 4.
1.5 חוות דעת ראשונה	חוות הדעת הרפואית הראשונה אשר ניתנה למטופל ע"י חפאו האישי.
1.6 המידע הרפואי	חוות הדעת הראשונה וכל מידע רפואי רלוונטי, כפי שידרש על ידי נותן חוות הדעת לפי מיטב שיקול דעתו הבלעדי והמוחלט ולפי מיטב שיפוטו, לצורך מתן חוות הדעת השנייה (כגון, אך לא רק, צילומי רנטגן, ביופסיה, אקו-קארדיולוגיה וכיוצא"ב).
1.7 התיק הרפואי	המידע הרפואי בצה"ח הרפואי כשהוא ממולא וחתום על ידי המנהל הרפואי של נותן השירות מתורגם לשפה האנגלית. מובהר בזאת כי התרגום לשפה האנגלית הינה באחריות נותן השירות.
1.8 המטופל	המנוי שניתן לו שירות חוות הדעת השנייה.
1.9 הרופא האישי	רופא המשפחה המטפל במטופל בישראל ו/או רופא מומחה המטפל במטופל בישראל.
1.10 רופא	אדם שהוסמך על ידי הרשויות המוסמכות בארה"ב לעסוק ברפואה שהינו חבר בצוות רפואי של נותן חוות הדעת ובעל התמחות בתחום הרפואי שבו נדרשת חוות הדעת השנייה.
1.11 חוות דעת שנייה	פיענוח המידע הרפואי על ידי נותן חוות הדעת לאחר שניתנה למטופל חוות דעת ראשונה על ידי הרופא האישי, אשר נתבקשה ע"י המנהל הרפואי של נותן השירות ו/או הרופא הממונה, הכל בין אם מדובר בחוות דעת שנייה לממצא הדמייתי ובין אם מדובר בחוות דעת שנייה לאבחנה קלינית, הכוללת הדמיה בתוכה. מובהר כי חוות הדעת השנייה ביחס למטופל תינתן בארה"ב ותועבר למנהל הרפואי ו/או לרופא הממונה.
1.12 השירות(ים)	מתן חוות דעת רפואית מקצועית שניה ע"י נותן חוות הדעת בתחומי הקרדיולוגיה, פתולוגיה ותחומים רפואיים אחרים, תוך שימוש בטכנולוגיית אבחון מרחוק על בסיס אמצעי תקשורת אשר אינם מהווים יעוץ "פנים אל פנים" (למעט שיחת ועידה כמפורט בהמשך) או כל קשר ישיר בין המטופל לנותן חוות הדעת במקום מושבו.
1.13 נותן השירות	נותן שירות שהתקשר עם החברה כפי שיקבע ע"י החברה מעת לעת.
1.14 הפוליסה	פוליסת ביטוח רפואי תקפה, שהופקה על ידי החברה, ואשר מקנה את הזכות לקבלת השירות נשוא כתב שירות זה.

<p>מדינת ישראל לרבות חלקים שבשליטת ישראל ביהודה ושומרון.</p>	<p>1.15 ישראל</p>
<p>חפא שהוסמך ואושר על ידי השלטונות בישראל ובעל רישיון מטעם משד הבריאות לעסוק ברפואה, ואשר יועסק על ידי נותן השירות כמנהל רפואי לעניין כתב שירות זה.</p>	<p>1.16 המנהל הרפואי של נותן השירות</p>
<p>חפא שהוסמך ואושר על ידי השלטונות בישראל ובעל רישיון מטעם משד הבריאות לעסוק ברפואה, ואשר מונה על ידי נותן השירות באישור המנהל הרפואי.</p>	<p>1.17 הרופא הממונה</p>
<p>השער הציג של דולר ארה"ב, כפי שיפורסם על ידי בנק ישראל ושיהיה ידוע במועד התשלום בפועל.</p>	<p>1.18 דולר</p>
<p>2. השיחות</p>	
<p>2.1</p>	
<p>המטופל יהא זכאי לקבל באמצעות המנהל הרפואי של נותן השירות או החפא הממונה, לחוות דעת שנייה שתניתן למנהל הרפואי של נותן השירות על ידי חפא החבר בצוות הרפואי של נותן חוות הדעת כהגדרתו לעיל על בסיס התיק הרפואי של המטופל, אשר יועבר לנותן חוות הדעת באמצעות נותן השירות. חוות הדעת השנייה תניתן על ידי נותן חוות הדעת למנהל הרפואי של נותן השירות ותועבר על ידו למטופל.</p> <p>הזכאות הינה לקבלת חוות דעת שנייה בתחומי הרדיולוגיה (כגון צילומי רנטגן, אולטרא סאונד, C.T, M.R.I, וכו'), הפתולוגיה והקרדיולוגיה ובתחומי התמחות רפואיים נוספים, לרבות שילוב של איזה מהתחומים הנ"ל עם רפואת ילדים, אלא אם נותן חוות הדעת יודיע לנותן השירות כי הוא אינו מסוגל ליתן את חוות הדעת המבוקשת ביחס לתחומי ההתמחות הרפואיים הנוספים.</p> <p>השירות הניתן למטופלים תוך שימוש בטכנולוגיית אבחון מרחוק על בסיס אמצעי תקשורת אשר אינם מהווים יעוץ "פנים אל פנים", וכולל מספר שלבים:</p> <p>2.1.1 סיוע באיתור הממצאים הנדרשים להכנת התיק הרפואי.</p> <p>2.1.2 תרגום התיק הרפואי לשפה האנגלית.</p> <p>2.1.3 שיגור התיק הרפואי באמצעות טכנולוגיה ייעודית (אשר אושרה על ידי ה-FDA) לנותן חוות הדעת בארה"ב.</p> <p>2.1.4 בקרה על תהליך העברת התיק לחפאים האמריקאים.</p> <p>2.1.5 קבלת חוות הדעת השנייה - הרדיולוגיה והקליניקה - העברת למטופל ו/או לחפאו האישי.</p> <p>2.1.6 בנוסף לקבלת חוות הדעה השנייה בכתב, לצורך קבלת הבהרות נוספות או חוות דעת שלישית, יעוץ ב"זמן אמת" באמצעות שימוש במערכת שיחה ועידה רפואית בניהולו של המנהל הרפואי של נותן השירות.</p>	
<p>2.2</p>	
<p>במקרה ונותן חוות הדעת ימליץ שהמטופל יקבל טיפול רפואי ו/או ניתוח, כפי שידרש כפועל יוצא ממצבו הרפואי של המטופל, והכל לפי שיקול דעתו המקצועי של נותן חוות הדעת, ובמידה והמטופל יעדיף, במסגרת זכאותו לשירות כי המומחה האמריקאי יבהיר באמצעות שיחה ועידה לחפאו האישי את ממצאי חוות הדעה השנייה המנהל הרפואי של נותן השירות ייסיע בארגון ועידה רפואית זו.</p>	
<p>2.3</p>	
<p>נותן השירות יעמיד לרשות המטופל, במשרדי נותן השירות, מנהל רפואי דובר אנגלית לניהול הקשר עם נותן חוות הדעת בארה"ב. המטופל לא יהיה זכאי לקבל כל טיפול רפואי או כל חוות דעת רפואית נוספת מעבר לחוות דעת השנייה של נותן חוות הדעת, שתמסר למטופל ע"י המנהל הרפואי או הצוות שלו, וזאת בין אופן פרטי או באמצעות מרכזי נותן השירות.</p>	

<p>הזכות לקבלת השיחות על פי כתב שיחת זה הינה אישית, ואין המטופל תשא להעבירה לאחר</p>	<p>2.4</p>
<p>3. נוהל קבלת השיחות</p>	
<p>מקד המטופל לשיחות נשוא כתב שיחת זה, יתקשר המטופל טלפונית למוקד השיחות של החברה או (כל מספר אחר עליו תודיע החברה) ויזדהה בשמו, כתובתו, מס' הטלפון של דירת מגוריו, ויציין, כי הוא בגדר מנוי כהגדרתו לעיל. מיד לאחר שהחברה תודא, כי הפונה הינו אכן בגדר מטופל הזכאי לקבלת השיחות, תועבר פנייתו למרכזי נותן השיחות.</p>	<p>3.1</p>
<p>באחריות המטופל ליידע את מרכזי נותן השיחות בדבר כל שינוי בכתובתו לרבות מספר טלפון שלו, במידה וחל שינוי כאמור לאחר שהועברה פנייתו לזכיון.</p> <p>3.2.1 זמני קבלת פניות כאמור על ידי מוקד החברה הינם בימים א' - ה' בין השעות 08:00-20:00 ויום ו' בין השעות 08:00-13:00 לא כולל חגים.</p> <p>3.2.2 זמני קבלת פניות על ידי מרכזי נותן השיחות הינם בשעות העבודה של נותן השיחות.</p>	<p>3.2</p>
<p>לאחר שהועברה לנותן השיחות פנייתו של המטופל, נותן השיחות יודיע למטופל את פרטי המידע הרפואי שעליו להמציא או להכין לנותן השיחות לקראת הפגישה שתקבע לו עם המנהל הרפואי של נותן השיחות להכנת התיק הרפואי, כמו כן יובהר נהלים הדרושים לשם קבלת חוות הדעת השנייה.</p>	<p>3.3</p>
<p>לפני הפגישה האמורה, וכתנאי למתן השיחות, יחתום המטופל על כתב שחרור למבטח בנוסח המצורף לכתב שיחות זה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו. במקרה של מטופל קטין, תדרש חתימה של האפוטרופוס שלו.</p>	<p>3.4</p>
<p>לפני הפגישה האמורה, וכתנאי לקיומה, יציג המטופל תעודת זהות שלו. במקרה של מטופל קטין, תוצג תעודת זהות של הורה בה הוא תשום.</p>	<p>3.5</p>
<p>נותן השיחות יפעל על מנת שפגישת המטופל עם המנהל הרפואי ו/או החפא הממונה תקבע, לא יאוחר מיום העבודה הבא של נותן השיחות, הכל אלא אם ביקש המטופל, כי הפגישה תקבע למועד מאוחר יותר.</p>	<p>3.6</p>
<p>המטופל ימציא על חשבונו לנותן השיחות במרכזי נותן השיחות, את המידע הרפואי שברשותו תיקו הרפואי לרבות הדו"ח הרפואי כשהוא ממולא בכתב יד קריא וחתום על ידי חפאו האישי של המטופל.</p> <p>מבלי לפגוע בכלליות הגדרת המידע הרפואי, מובהר בזאת, כי המידע הרפואי יכלול בכל מקרה גם חוות דעת ראשונה שניתנה למטופל על ידי חפא מומחה רלוונטי שטיפל במטופל בישראל (להלן: "חוות דעת ראשונה").</p>	<p>3.7</p>
<p>מובהר, כי קיומה של חוות דעת ראשונה בתיק הרפואי של המטופל הינה תנאי הכרחי לשם הכנת התיק הרפואי והעברתו לנותן חוות הדעת. הכרתו של המנהל הרפואי האם חוות הדעת הראשונה ניתנה על ידי חפא בתחום המומחיות הרלוונטי והאם הינה במידת פירוט מספקת, תחייב את המטופל, ובמידת הצורך ולפי שיקול דעתו הבלעדי של המנהל הרפואי של נותן השיחות, ימציא המטופל חוות דעת ראשונה אחרת או השלמה לחוות הדעת הראשונה. מובהר, כי אין בהכרעה האמורה של המנהל הרפואי של נותן השיחות כדי לחייב את נותן חוות הדעת עצמו.</p>	<p>3.8</p>

<p>נותן השיחות יתרגם לשפה האנגלית את התיק הרפואי וישלח את התיק הרפואי לנותן חוות הדעת בהזדמנות האפשרית הראשונה, אך לא יאוחר משני ימי עבודה מלאים של נותן השיחות, שלאחר מועד הפגישה עם המנהל הרפואי של נותן השיחות, או שלאחר מועד המצאת התיק הרפואי כאמור לעיל על ידי המטופל, לפי המועד המאוחר מביניהם, באמצעי התקשורת או באמצעי מתאים אחר, הכל לפי העניין ולפי שיקול דעת נותן השיחות.</p>	<p>3.9</p>
<p>חוות הדעת השנייה בהתייחס למטופל תועבר בשפה האנגלית מנותן חוות הדעת אל מרכזי נותן השיחות באמצעות אמצעי התקשורת המתאימים, המהירים והזמינים ביותר לצורך העניין, הכל לפי שיקול דעתו של נותן חוות הדעת וזאת תוך שני (2) ימי עבודה מלאים ממועד הגעת התיק הרפואי של המטופל לנותן חוות הדעת (בכפוף לסעיף 3.13) ובלבד שמדובר בימי עבודה הן בישראל והן במקום מושבו של נותן חוות הדעת (להלן: "ימי עבודה"). האמור לעיל הינו בכפוף לכך שמדרשת חוות דעת של חפא אחד בלבד בתחומי הרדיולוגיה, הפתולוגיה או הקרדיולוגיה.</p>	<p>3.10</p>
<p>באותם מקרים, בהם לפי שיקול דעתו של נותן חוות הדעת, תידרש חוות דעת של שני חפאים בשני תחומים רפואיים, תועבר חוות הדעת השנייה למרכזי נותן השיחות תוך ששה (6) ימי עבודה מלאים (כפוף לסעיף 3.15). באותם מקרים, בהם לפי שיקול דעתו של נותן חוות הדעת, תידרש חוות דעת של שלושה חפאים בשלושה תחומים רפואיים או יותר, תועבר חוות הדעת השנייה למרכזי נותן השיחות (כפוף לסעיף 3.13) תוך שמונה (8) ימי עבודה מלאים.</p> <p>באותם מקרים, אשר בהם לפי שיקול דעתו של נותן חוות הדעת, חוות הדעת הינה מסובכת או שמדרשת חוות דעת של TUMOR BOARD חוות הדעת השנייה תינתן תוך עשרה (10) ימי עבודה מלאים ממועד הגעת התיק הרפואי של המטופל לנותן חוות הדעת (כפוף לסעיף 3.13).</p>	<p>3.11</p>
<p>למען הסר ספק, מנין שניים (2), ארבעה (4), שמונה (8) ועשרה (10) ימי עבודה, האמורים לעיל, לפי העניין, יחל מהמועד בו התקבל התיק הרפואי של המטופל אצל נותן חוות הדעת ברמה גבוהה, בהיקף רחב, בפיוט ובאיכות כשהם מספקים ולשביעות רצונו המלאה של נותן חוות הדעת.</p>	<p>3.12</p>
<p>המועדים המצוינים בסעיפים לעיל ושאר המועדים לעניין חוות דעת שנייה ידחו במהלך התקופה שבין 21 לדצמבר ל-2 בינואר של כל שנה למשך הזמן שיידרש בהתאם לזמינות של הצוות הרפואי המומחה במשרדי נותן חוות הדעת באותה תקופה.</p>	<p>3.13</p>
<p>המנהל הרפואי או הרופא הממונה יודע, בתוך שני ימי עבודה של נותן השיחות שלאחר קבלת חוות הדעת השנייה מנותן חוות הדעת, כי חוות הדעת עונה לבקשתו. במידה וכן, נותן השיחות יודיע למטופל טלפונית ויעביר לידיו (או למי שהוסמך על ידו בכתב ונמסר לזכיון) את חוות הדעת השנייה באמצעות אמצעי התקשורת כפי שיבקש המטופל (חאג, פקסימיליה, שיחות שליחים, מונית וכו'), והמטופל יאשר את קבלת חוות הדעת השנייה.</p>	<p>3.14</p>
<p>מובהר, כי המטופל רשאי לקבל תעתיק כתוב של חוות הדעת הרפואית השנייה, מהמנהל הרפואי של נותן השיחות ו/או הרופא הממונה.</p>	<p>3.15</p>
<p>המטופל יחזיק זכויות, לפי בקשתו, ובכפוף לאישושו של המנהל הרפואי, להזמין התייעצות נוספת בשיחת טלפון או בשיחת ועידה באמצעות וידאו (video conference עם המומחה האמריקאי שטיפל בתיק הרפואי, על מנת לקבל הבהרות או פיוט אודות חוות הדעה שניה. יעוץ זה יבוצע במועדים כפי שימסרו למטופל על ידי נותן השיחות,</p>	<p>3.16</p>

<p>ובכפוף לתשלום דמי השיחת בגן שיחת זה, כאשר ב"זמן אמת" ינהל על ידי המנהל הרפואי של נותן השיחת והמטופל וחפאו האישי יהיו זכאים להשתתף (להלן ייעוץ שיחת ועידה).</p>																														
<p>בקשה לקבלת ייעוץ שיחת ועידה כאמור תופנה על ידי המטופל לא יאוחר מאשר 7 ימים מהמועד שנמסרה לו חוות הדעת השנייה. במידה וחפאו האישי של המטופל יפנה בבקשה לקבלת ייעוץ שיחת ועידה, לא יהיה המנהל הרפואי, לפי העניין, רשאי לסרב לבקשה כאמור.</p>	3.17																													
<p>מובהר, כי התיק הרפואי שיועבר לנותן חוות הדעת יישאר בידי נותן חוות הדעת וישמר על ידו בהתאם לדיון החל במקום מושבו של נותן חוות הדעת ולמשך תקופה כפי שמחייב הדיון החל במקום מושבו. במרכזי נותן השיחות ישמח אך ורק העתקים של חוות הדעת השנייה.</p>	3.18																													
<p>עם מסירת חוות הדעת השנייה למטופל, אחריות נותן השיחות למסירת חוות דעת שנייה השלמה והגיעה לקיצה, אלא אם כן אושרה למטופל שיחת יעוץ שיחת ועידה.</p>	3.19																													
4. דמי שירות ותשלומים נוספים																														
<p>בגן שיחת חוות דעת שנייה ישלם המנוי דמי שיחת כמפורט להלן:</p>	4.1																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="62 630 196 710">מחיר למנוי (בש"ח)</th> <th data-bbox="196 630 532 710">נשוא האבחון</th> <th data-bbox="532 630 784 710">תחום חוות הדעת השניה</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="62 710 196 790">356 ש"ח</td> <td data-bbox="196 710 532 790">MAMOGRAPHY (בדיקת הדמיה מסוג ממוגרפיה)</td> <td data-bbox="532 710 784 981" rowspan="5">רדיולוגיה (תחום אחד)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="62 790 196 837">356 ש"ח</td> <td data-bbox="196 790 532 837">PLAIN FILM</td> </tr> <tr> <td data-bbox="62 837 196 885">356 ש"ח</td> <td data-bbox="196 837 532 885">M.R.I</td> </tr> <tr> <td data-bbox="62 885 196 933">356 ש"ח</td> <td data-bbox="196 885 532 933">C.T</td> </tr> <tr> <td data-bbox="62 933 196 981">356 ש"ח</td> <td data-bbox="196 933 532 981">ULTRASOUND</td> </tr> <tr> <td data-bbox="62 981 196 1029">396 ש"ח</td> <td data-bbox="196 981 532 1029">HISTOLOGY CONSULT</td> <td data-bbox="532 981 784 1029">פתולוגיה</td> </tr> <tr> <td data-bbox="62 1029 196 1077">596 ש"ח</td> <td data-bbox="196 1029 532 1077">ECHO CARDIOLOGY</td> <td data-bbox="532 1029 784 1077">קרדיולוגיה</td> </tr> <tr> <td data-bbox="62 1077 196 1157">596 ש"ח</td> <td data-bbox="196 1077 532 1157"></td> <td data-bbox="532 1077 784 1157">שני תחומים כולל יעוץ קליני אך ללא פתולוגיה</td> </tr> <tr> <td data-bbox="62 1157 196 1236">676 ש"ח</td> <td data-bbox="196 1157 532 1236"></td> <td data-bbox="532 1157 784 1236">שני תחומים כאשר אחד מהם הוא פתולוגיה</td> </tr> <tr> <td data-bbox="62 1236 196 1300">796 ש"ח</td> <td data-bbox="196 1236 532 1300"></td> <td data-bbox="532 1236 784 1300">כל שלושת התחומים כולל יעוץ קליני</td> </tr> </tbody> </table>	מחיר למנוי (בש"ח)	נשוא האבחון	תחום חוות הדעת השניה	356 ש"ח	MAMOGRAPHY (בדיקת הדמיה מסוג ממוגרפיה)	רדיולוגיה (תחום אחד)	356 ש"ח	PLAIN FILM	356 ש"ח	M.R.I	356 ש"ח	C.T	356 ש"ח	ULTRASOUND	396 ש"ח	HISTOLOGY CONSULT	פתולוגיה	596 ש"ח	ECHO CARDIOLOGY	קרדיולוגיה	596 ש"ח		שני תחומים כולל יעוץ קליני אך ללא פתולוגיה	676 ש"ח		שני תחומים כאשר אחד מהם הוא פתולוגיה	796 ש"ח		כל שלושת התחומים כולל יעוץ קליני	
מחיר למנוי (בש"ח)	נשוא האבחון	תחום חוות הדעת השניה																												
356 ש"ח	MAMOGRAPHY (בדיקת הדמיה מסוג ממוגרפיה)	רדיולוגיה (תחום אחד)																												
356 ש"ח	PLAIN FILM																													
356 ש"ח	M.R.I																													
356 ש"ח	C.T																													
356 ש"ח	ULTRASOUND																													
396 ש"ח	HISTOLOGY CONSULT	פתולוגיה																												
596 ש"ח	ECHO CARDIOLOGY	קרדיולוגיה																												
596 ש"ח		שני תחומים כולל יעוץ קליני אך ללא פתולוגיה																												
676 ש"ח		שני תחומים כאשר אחד מהם הוא פתולוגיה																												
796 ש"ח		כל שלושת התחומים כולל יעוץ קליני																												
<p>דמי השיחת דלעיל אינם כוללים מע"מ. דמי השיחת ישולמו למבטח על ידי המנוי בשקלים חדשים, על פי שער הדולר היחזע במועד התשלום</p>																														
<p>בנוסף ישא המטופל בעלות כל הוצאה נוספת שהוצאה לפי בקשת המטופל ואשר אינה מכוסה על ידי כתב השיחות או כתוצאה מכל פעולה שנגקטה על ידי המטופל שלא על פי נוהלי השיחות המפורטים בכתב השיחות או כפי שהובהר לו על ידי נותן השיחות.</p>	4.2																													

<p>4.3 היה והמטופל יבקש כי חוות הדעת השנייה תועבר אליו ממרכזי נותן השירות לידיו (או למי שיוזר בכתיב) באמצעות פקסימיליה או דואר, ייעשה המשלוח על חשבון נותן השירות.</p> <p>היה והמטופל יבקש אמצעי הובלה אחר (שירות שליחים, מונית וכו'), יבוצע המשלוח על חשבון המטופל.</p>	<p>4.3</p>
<p>4.4 מובהר בזאת, כי כל עוד לא ישולם סכום ההשתתפות העצמית, יאח נותן השירות פטור מהעברת התיק הרפואי לנותן חוות הדעת, וזאת ללא כל צורך במתן הודעה כלשהי למטופל.</p>	<p>4.4</p>
<p>4.5 במקרה שהמטופל יבקש לבטל את פנייתו לקבלת חוות הדעת השנייה, עליו להודיע על כך למרכזי נותן השירות.</p>	<p>4.5</p>

5. כח עליון

היה ונותן חוות הדעת או נותן השירות, לא יוכלו להעביר את חוות הדעת השנייה בפרקי הזמן המצויינים בסעיף 3 כתוצאה מאירוע של כח עליון (לרבות אך לא רק: מלחמה, אש, פרוצות, כוחות טבע, רעידת אדמה, נפילת מערכות ו/או תשתיות תקשורת, שביחות וסיכסוכי עבודה), או נסיבות אשר הינן מעבר לשליטת הסבירה, אזי פרקי הזמן למתן חוות הדעת השנייה יידחו למשך תקופה הזוהה לתקופה בה לא הייתה אפשרות סבירה ליתן את חוות הדעת השנייה (לרבות כל פרק זמן אשר יהיה דרוש להתגבר על השפעות הארועים או נסיבותיהם).

לאף צד לא תהא זכות תביעה כתוצאה מקרות ארוע של כח עליון.

6. אחריות

<p>6.1 האחריות בגין מתן השירות או בגין אי נתינתו ו/או בגין רשלנות מקצועית או אחרת של נותן השירות ו/או מי מטעמו ו/או נותן חוות הדעת לא תחול על החברה.</p>	<p>6.1</p>
<p>6.2 נותן השירות מקבל על עצמו אחריות מלאה כלפי המטופל עבור תרגום מדוייק של התיק הרפואי ומשלוחו לנותן חוות הדעת באותו מצב בו נתקבל על ידו.</p>	<p>6.2</p>
<p>6.3 נותן השירות לא יהיה אחראי לתוכנה של חוות הדעת השנייה כפי שנמסרה למנהל הרפואי של נותן השירות על ידי נותן חוות הדעת, ואשר הועברה למטופל.</p>	<p>6.3</p>
<p>6.4 המטופל מסכים כי כל תביעה שתוגש על ידו כנגד נותן השירות תוגבל אך ורק לנושאים אשר נותן השירות קיבל עליו אחריות על פי כתב שירות זה.</p>	<p>6.4</p>
<p>6.5 נותן חוות הדעת יהא אחראי לתוכן חוות הדעת השנייה, ואין באמור בכתב שירות זה משום ויתור על תביעה של מטופל כנגד נותן חוות הדעת בכפוף לסעיף בורות להלן. מובהר בזאת כי נציג נותן השירות ייסיע למטופל בהליך פניה לבוררות במתן מידע והסבר.</p>	<p>6.5</p>

7. בורות

<p>7.1 כל סכסוך חילוקי דעות או תביעה (להלן: "מחלוקת") הנובעים או קשורים או מתייחסים לתוכן חוות הדעת השניה בה נותן חוות הדעת מעורב, יובאו להכרעה בבורות לפי חוקי ה- (London Court of International Arbitration) (LCIA) Arbitration כפי שיהיו בתוקף ובעלי נפקות בעת חתימת כתב שירות זה וחוקים אלו יחשבו כאילו הינם מהווים חלק בלתי נפרד מכתב שירות זה.</p>	<p>7.1</p>
--	------------

<p>הבוררות תנהל על ידי בורר אחד. מקום שחוקי ה- LCIA אינם נוקטים עמדה ביחס למצב נתון, הבורר יחליט בהתאם לשיקול דעתו המוחלט איזה צעד יינקט והחלטתו תהא סופית.</p>	<p>7.2</p>
<p>הבוררות תנהל בלונדון, אנגליה, בשפה האנגלית. כתב השיחת וסעיף הבוררות יידונו בהתאם לדין המהותי האנגלי.</p>	<p>7.3</p>
<p>הוראות סעיף 69 לחוק הבוררות משנת 1996 לא יתייחס לבוררות על פי סעיף זה.</p>	<p>7.4</p>
<p>8. תקופת תוקפו של כתב השורת</p>	
<p>התקיימו הנסיבות בהן מתבטלת או מסתיימת הפוליסה, על שם המנוי, אליה מצורף כתב שיחת זה, יסתיים באותו מועד גם תוקפו של כתב שיחת זה ללא כל צורך בהודעה נוספת. כתב שיחת זה לא יהיה בתוקף אם יפוג תוקפה של הפוליסה.</p>	<p>8.1</p>
<p>בנוסף ומבלי לגרוע מהאמור לעיל, תוקפו של כתב שיחת זה יסתיים אם הודיעה החברה על הפסקת השיחת עבור כל מבטוחיה או קבוצות ממבטוחיה, בהודעה מוקדמת של 90 ימים.</p>	<p>8.2</p>
<p>כתב שיחות מעבדה עד הבית</p>	
<p>1. השירות</p>	
<p>מנוי, אשר קיבל הפניה בכתב ע"י רופא המשפחה או חפא מומחה בתחום הרלוונטי (מקור) לביצוע בדיקת מעבדה המפורטות להלן: דגימת דם ושתי, תרבויות שתן, משטחי גרון, אף, אוזן ועין (להלן: "בדיקות המעבדה") יהיה זכאי לשיחת מעבדה עד הבית בהתאם להוראות כתב שיחת זה.</p>	<p>1.1</p>
<p>השורת יינתן אך ורק כנגד הצגת טופס הפניה לבדיקות מעבדה, הנושא את שם המנוי, בחתימת הרופא המטפל במנוי (במקור), ואך ורק בהתייחס לבדיקות המצויינות בטופס ההפניה הנ"ל.</p>	<p>1.2</p>
<p>לקיחת הדמים/דגימת השתן/ המשטח הרלוונטי תעשה על ידי מבצע השיחת בביתו של המנוי או במקום עבודתו.</p> <p>הדמים/דגימת השתן/ המשטח הרלוונטי יועברו על ידי ספק שיחת לבדיקת מעבדה לאחת ממעבדות ההסכם, ותוצאות הבדיקות יועברו למנוי בזאת, לפי כתובת המבוטח המצויינת בפוליסת הביטוח. המנוי יהא תשאי לבקש בכתב, כי תוצאות הבדיקה יועברו אליו בפקסמיליה ובתנאי שיחתום על כתב ויתור על כל טענה בקשר לפגיעה בפרטיותו ו/או על כל טענה במקרה של תקלה בקבלת תוצאות הבדיקה בפקס ו/או שיבוש תוצאות הבדיקה, בנוסח שיהיה נהוג אצל ספק שיחות.</p>	<p>1.3</p>
<p>על אף האמור לעיל, מבצע השיחות יהא תשאי להחליט לפי שיקול דעתו המקצועי, כי מן הראוי שלקיחת הדגימה/תרביית/משטח תהא בתנאי מעבדה, ובמקרה זה לא יינתן השיחות על פי כתב שיחת זה. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, השיחות אינו כולל בדיקת חומציות, בדיקת אמוניה, איסופי שתן, העמסת סוכר, תרביית ואגינלית, תרביית אורטרה, אינסולין, פטריות, לקטאט.</p>	<p>1.4</p>
<p>מובהר כי לקיחת הדמים מתייחסת ללקיחת דם ורידי בלבד לצורך ביצוע הבדיקות המצויינות בהגדרת השיחות.</p>	<p>1.5</p>

1.6	הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי תשא להעבירה לאחר
1.7	על אף האמור בכתב שירות זה, השירות לא יינתן לתינוקות מתחת לגיל 6 (שישה) חודשים. כמו כן, לא יינתן השירות בהתייחס לבדיקות דם לילדים מתחת לגיל 5 (חמש).
1.8	בכל מקרה שלקוחות דגימת שתן מצריכה שקיט לאיסוף השתן (כגון במקרה של תינוק), על המנוי לדאוג בעצמו לשקית איסוף כאמור לפני מועד מתן השירות וכתנאי לתיניתו.
1.9	מובהר בזאת במפורש, כי תוצאות בדיקות המעבדה יציין אך ורק את הפרמטרים הנבדקים בהן, וכי הן לא יכללו איבחון, וכן אין בהן כדי להעיד שהאדם בריא, או כדי להחליף בדיקה אצל חפא במקום שהמנוי מתלונן על מיחושים כלשהם.
2. נוהל קבלת השירות	
2.1	ביקש המנוי לקבל את השירות כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצויין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, שם המבוטח מכוחו הוא מנוי, מס' הטלפון של בית המגורים של המבוטח (המהווה את מספר המנוי של המשפחה המנויה אצל ביקוחפא), גיל המנוי ויציין את בדיקת המעבדה הדרושה.
2.2	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.
2.3	השירות יינתן במועד שיתואם עם המנוי, וזאת בימים א' - ה', שאינם ערבי חג או חג, בין השעות 06:30 עד 22:30, ובימי ו' וערבי חג - בין השעות 06:30 עד 12:30. בהתייחס לבדיקות הדרושות צום, השירות יינתן בין השעות 06:30 עד 12:30, בימים א' - ו' שאינם ימי חג.
2.4	מבלי לגנוע בכלליות הגדרת השירות, מובהר, כי לקיחת הדמים מתייחסת ללקיחת דם ורידי בלבד לצורך ביצוע הבדיקות המצויינות בהגדרת השירות.
2.5	על אף האמור בכתב שירות זה, השירות לא יינתן לתינוקות מתחת לגיל 6 (שישה) חודשים. כמו כן, לא יינתן השירות בהתייחס לבדיקות דם לילדים מתחת לגיל 5 (חמש).
2.6	מובהר בזאת במפורש, כי תוצאות בדיקות המעבדה יציין אך ורק את הפרמטרים הנבדקים בהן, וכי הן לא יכללו איבחון וכן אין בהן כדי להעיד שהאדם בריא או כדי להחליף בדיקה אצל חפא במקום שהמנוי מתלונן על מיחושים כלשהם.
2.7	השירות ינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.
2.8	השירותים ניתנים בכל מקום ישוב בישראל למעט יהודה ושומרון, אך לרבות מעלה אדומים. ברמת הגולן השירות ינתן בקצרין או בכל מקום ישוב אחר באיזור, כאשר המנוי המנקק לשירות יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל מבצע השירות לפי כתובת שתמסר לו על ידי מוקד השירות.
2.9	עם תום לקיחת הדמים/דגימת השתן/המשטח הרלוונטי יחתום המנוי או בן משפחתו, על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי מבצע השירות ביצע את השירות

<p>במקרה שהמנוי יבקש לבטל את קריאתו לקבלת השיחה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות לפחות 12 (שנים עשרה) שעות מראש. לא הודיע המנוי על ביטול קריאתו לפחות 12 שעות מראש, יחוייב המנוי בדמי ההשתתפות העצמית כאמור בסעיף 5 להלן. למען הסר ספק מובהק, כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול קריאתו, גם אם מסר על ביטול הקריאה למבצע השירות שיצר עימו קשר טלפוני.</p>	<p>2.10</p>
<p>3. אחריות</p>	
<p>האחריות בגין איכות בדיקת המעבדה עצמה נשוא כתב שירות זה ו/או בגין רשלנות רפואית או אחרת, תחול על מעבדת ההסכם הרלוונטית, וביקורופא ו/או החברה לא יהיו אחראיות בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:</p> <p>3.1.1 איכות בדיקת המעבדה עצמה נשוא כתב שירות זה.</p> <p>3.1.2 רשלנות רפואית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למבוטח ו/או למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שירות זה.</p> <p>3.1.3 הוצאות שהוציא המנוי עבור שירות, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.</p> <p>3.1.4 הוצאות שהוציא המנוי עבור שירותים על ידי מבצע שירות אחר שאינו מבצע שירות או מרפאת הסדר כהגדרתן לעיל.</p>	<p>3.1</p>
<p>על אף האמור בכתב שירות זה, נותן השירות לא יהא מחויב על פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי ו/או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש או שאין באפשרות נותן השירות למונעו.</p>	<p>3.2</p>
<p>יובהר כי אין בהעברת מידע רפואי על המבוטח לנותן השירות בכדי להוות קבלת המידע הרפואי בידי החברה ו/או להוות ידיעה של החברה או הודעה לפי חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981 על שינוי מהותי.</p> <p>מבלי לגרוע מהאמור לעיל, אין בהעברת מידע רפואי כאמור בכדי לגרוע מזכויות החברה עפ"י הפוליסה ועפ"י הדין ובין היתר לבטל את הפוליסה עקב הפרת חובת הגילוי של המבוטח.</p>	<p>3.3</p>
<p>4. השתתפות עצמית</p>	
<p>המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השיחה בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך של 40 ש"ח כולל מע"מ. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, יחא נותן השירות זכאי להפסיק ליתן את השירות למנוי לאחר שניתנה למנוי ולחברה הודעה בכתב על כך.</p>	<p>4.1</p>
<p>הסכומים הנ"ל צמודים למדד ממודד הבסיס.</p>	<p>4.2</p>
<p>5. תקופת תוקפו של כתב השירות</p>	
<p>כתב שירות זה יהיה בתוקף במשך שנת הזכאות ויחדש 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.</p>	<p>5.1</p>

5.2	על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, כתב שיחת זה יהיה בתוקף אלא אם הודיעה החברה על הפסקת השיחת עבור כל מבטחיה, בהודעה מוקדמת של 90 ימים.
5.3	כתב שיחת זה לא יהיה בתוקף אם יפוג תוקפה של פוליסת הביטוח ו/או אם המנוי לא שילם את הפרמיה הנספגת בין הזכות לקבלת השיחות עפ"י כתב שיחת זה.
5.4	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 השיחת לפני תום תקופת תוקפו, אך טרם קיבל את השיחת בפועל.

6. החוק הנהוג

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

7. סמכות השיפוט

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

כתב שיחת לטיפול פסיכולוגיים

1.	הגדרות
1.1	החברה הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
1.2	מנוי יחיד המבוטח בביטוח הרפואי והזכאי לקבלת השיחת על פי תנאי הפוליסה.
1.3	נותן השיחת מתן מערך ייעוץ ותמיכה פסיכולוגיים או כל נתן שיחת אחר כפי שיקבע ע"י החברה.
1.4	מטפל פסיכולוג קליני או חינוכי, או עובד סוציאלי בוגר בית הספר לפסיכותרפיה בעל תעודת עיסוק כמטפל על פי דיני ישראל.
1.5	מידע רפואי כל מידע רפואי אודות המנוי שיהיה מצוי בידי נתן שיחת, עובדיו ו/או מטפל מטעמו.

2. הזכאות לשיחת

המנוי יהיה זכאי לקבל יעוץ פסיכולוגי באמצעות טלפון ע"י מטפל מטעם נתן השיחת, בנושאים הקשורים לפרט לזוגיות ולמשפחה, לילדים למתבגרים ומבוגרים ניתן לפנות בכל נושא, לדוגמא:

2.1	2.1.1 התמודדות עם מוות במשפחה. 2.1.2 התמודדות עם תאונות דרכים. 2.1.3 התמודדות עם ניתוחים גדולים. 2.1.4 התמודדות עם מחלה ממארת או מחלת לב. 2.1.5 התמודדות עם פגיעה ו/או מגבלה פיזית ו/או נכות. 2.1.6 התמודדות עם פיטורים ממקום עבודה. 2.1.7 התמודדות עם גירושין בין בני הזוג. 2.1.8 התמודדות עם בעיות סמים. 2.1.9 התמודדות עם בעיות של ילדים בעלי לקויות למידה.
-----	--

<p>2.1.10 התמודדות עם הפרעות אכילה - אנתרסיה או בולמיה.</p> <p>2.1.11 התמודדות עם מחלות הכחכות באשפוז בבית חולים.</p> <p>2.1.12 התמודדות עם מחלות כחניות, מצבים סיעודיים.</p>	
<p>המנוי זכאי ליעוץ הטלפוני האמור בסעיף 2.1 לעיל, ללא הגבלה במספר הפניות וללא תמורה מטעם המנוי לנותן השירות ו/או מטפל מטעמו.</p>	2.2
<p>המנוי יהיה זכאי לקבל יעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות אישיות עם מטפל שבהסכם עם נותן השירות בעלויות מופחתות כמפורט להלן:</p> <p>2.3.1 שתי פגישות ראשונות - 80 ש"ח לכל פגישה.</p> <p>2.3.2 10 פגישות נוספות - 160 ש"ח לכל פגישה.</p> <p>2.3.3 פגישות המשך נוספות - 240 ש"ח לכל פגישה.</p> <p>עבור פגישה עם פסיכיאטר שבהסכם עם נותן השירות ישלם המבוטח סך של 260 ש"ח לכל פגישה.</p> <p>על אף האמור לעיל, במקרה שהמבוטח פונה כאמור לקבלת הייעוץ הפסיכולוגי ממטפל או פסיכיאטר שבהסכם עם נותן השירות עקב מקרה ביטוח המכוסה עפ"י הפוליסה או עקב מחלה או מוות במשפחה, יהיה זכאי מבוטח זה לשתי הפגישות הראשונות עם המטפל או הפסיכיאטר ללא תשלום (במקרה זה מחיר 10 הפגישות הבאות יהיה 160 ש"ח לפגישה ופגישות ההמשך החל מהפגישה ה- 13 ואילך, יהיה 240 ש"ח לפגישה).</p> <p>סכומים אלו יהיו צמודים למודד המחירים הכללי לצרכן ויעודכנו אחת לרבעון. מודד הבסיס הינו מודד 99% נקודות שפורסם ביום 15.1.2005.</p>	2.3
<p>קבלת שירות הייעוץ הפסיכולוגי באמצעות פגישות מותנה בקבלת יעוץ טלפוני פסיכולוגי מקדים, כמפורט בסעיף 2.1 לעיל.</p>	2.4
<p>קביעת הפגישות והתאמת המטפל תעשה בהתאם לסוג הבעיה ולהתמחות המטפל הכל לפי שיקול דעתו המקצועי של נותן השירות. מובהר כי המטפל שנתן את הייעוץ הטלפוני למבוטח לא יבצע בהכרח את פגישות הייעוץ עם המבוטח.</p>	2.5
<p>הזכות לקבלת השחת עפ"י כתב שירות זה הינה אישית של המבוטח ואין המבוטח רשאי להעבירה לאחר.</p>	2.6
<p>פגישות הייעוץ יערכו בימי עבודה ובשעות העבודה המקובלות אצל המטפל בפועל.</p>	2.7
<p>פגישות הייעוץ תערכנה במשרדו של המטפל בפועל. השירות אינו כולל פגישות ייעוץ בבית המבוטח.</p>	2.8
<p>במקרה של אי תשלום דמי הטיפול ע"י המבוטח, לפי העניין, יהיה נותן השחת רשאי להפסיק ליתן את השירותים למבוטח לאחר שנתן למבוטח הודעה בכתב על כך.</p>	2.9
<p>השירות על פי כתב שירות זה לא יינתן במקרה שעל פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל בפועל טיפול יעיל בבעיה מצריך אשפוז, טיפול במעון יום, התערבות של חרפאה או טיפול משולב של מספר אנשי צוות.</p>	2.10

<p>למבטח הזכות לבקש להחליף את המטפל בפועל ובמקרה זה ניתן השיחות יעשה כמיטב יכולתו על מנת להפנות את המבטח למטפל אחר מתוך המערך של מתן השיחות ובלבד שהחלפת המטפל בפועל לא תסתור את שיקול הדעת המקצועי של המטפל המקורי.</p>	<p>2.11</p>
<p>השיחות לא יינתן במקום שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל קיים רקע אורגני לסבלו של המבטח או לרקע אורגני המצריך עפ"י הוראות הדין בדיקה של הפא בסמוך לתחילת הטיפול, אלא אם נמסר למטפל אישור בכתב של הפא הקובע את הטיפול החדש.</p>	<p>2.12</p>
<p>השיחות על פי כתב שיחות זה אינו כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.</p>	<p>2.13</p>
<p>3. נוהל קבלת שיחות</p>	
<p>מקק המנוי לשיחות נשוא כתב שיחות זה, יתקשר טלפונית למוקד החברה בטלפון עליו תודיע החברה יזדהה בשמו, כתובתו ומספרי הטלפון בהם ניתן ליצור עימו קשר ויצוין את עובדת היותו מנוי לשיחות, ללא צורך בפיחט סיבת דרישתו לשיחות. המוקד עומד לרשות המבטח בכל ימות השנה - 24 שעות ביממה למעט יום כיפורים מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום ולמעט ערב ראש השנה וערב פסח מהשעה 16:00 בערב החג ועד שעתיים לאחר צאת החג.</p>	<p>3.1</p>
<p>בציג החברה יעביר את דרישת המנוי לשיחות לנותן השיחות. מטפל מטעם נותן השיחות ייצור קשר טלפוני עם המנוי תוך 4 שעות, לכל היותר, מרגע קבלת הדרישה מטעם המנוי, למספר הטלפון שנמסר על ידי המנוי.</p>	<p>3.2</p>
<p>מיד לאחר שבציג החברה במוקד החברה יוודא כי הפונה הוא אכן מנוי הזכאי לקבלת השיחות ויבהר למנוי יתר נהלי קבלת השיחות כמפורט בסעיפים 3.3 - 3.6 להלן.</p>	<p>3.3</p>
<p>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>3.4</p>
<p>המשך יעוץ טלפוני ו/או יעוץ טלפוני נוסף ו/או תיאום פגישות אישיות עם מטפל יתבצע בנוהל המפורט דלעיל.</p>	<p>3.5</p>
<p>למען הסר ספק, מובהר כי התמורה בגין פגישות אישיות עם מטפל מטעם נותן השיחות כאמור בסעיף 2.3 תשולם על ידי המנוי ישירות למטפל ובשום דרך ואופן שלא באמצעות החברה.</p>	<p>3.6</p>
<p>לאחר תיאום הפגישה הראשונה במסגרת ייעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות, יתבצע המשך הייעוץ, תיאום פגישות, שינוי מועדים וביטולן ישירות בין המבטח למטפל מטעם נותן השיחות, ללא מעורבות מוקד החברה.</p>	<p>3.7</p>
<p>במקרה של תלונה מטעם המנוי בכל עניין הנוגע לכתב שיחות זה, יעמוד לשרת המנוי בציג נותן השיחות בטלפון אשר יפורסם ע"י החברה מעת לעת בשעות 08:30 עד 16:00.</p>	<p>3.8</p>
<p>למען הסר ספק, יובהר כי טלפון זה נועד רק למקרי תלונות ולא לשימוש המנוי לתיאום פגישות והשארות הודעות אלא רק בדרך המצוינת בסעיף 3.1 לעיל. מנוי שיפנה לנותן השחת באמצעות טלפון זה לשם קבלת שיחות, לא ייענה!</p>	

4. תקופת תוקפו של כתב השירות

כתב שירות זה יהיה בתוקף במשך התקופה שבה יהיה המנוי זכאי לקבלת השירות על פי כתב השירות שהוצא לו על ידי החברה. התקיימו הנסיבות בהן מתבטל או מסתיים הביטוח היסודי ו/או כתב השירות, שהוצא על ידי החברה למנוי, יסתיים באותו מועד גם תוקפו של כתב שירות זה ללא כל צורך בהודעה נוספת.

4.1

על אף האמור לעיל, במקרה שפעילותו של נותן השירות או חלק משמעותי מפעילותו תפגע על ידי מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, איתני טבע, רעידות אדמה, כח עליון, או כל גורם אחר, שאינו בשליטת נותן השירות, לא יחשב הדבר להפרה של התחייבויותיהם של נותן השירות ו/או החברה עפ"י כתב שירות זה ולמטופל לא תהא כל זכות תביעה נגד מי מהן בקשר לכך.

4.2

5. פטור מאחריות

האחריות בגין מתן השירות או בגין אי נתינתו ו/או בגין רשלנות מקצועית או אחרת ו/או בגין כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים הרפואיים יחול על נותן השירות בלבד והחברה לא תהיה אחראית בקשר לכך.

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

תוכן השירות הטלפוני ושירות הפגישות האישיות וההשלכות העלולות לנבוע מהם.

5.1

רשלנות רפואית או אחרת של נותן השירות ו/או מטעמו ו/או כל נזק או הפסד שייגרם ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השרות מטעם נותן השירות.

5.2

מחויבותה של החברה כלפי המנוי בכל פנייה לקבלת שירות תסתיים עם העברת פרטיו האישיים לנותן השירות.

6. החוק הנהוג

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



להגשת תביעות, בירורים ושירותים נוספים
ניתן לפנות למוקד קשרי לקוחות הפניקס *3455

לצירוף בני משפחה יש לפנות
למשרדי אגם לידרים
בטל' 03-7530584
או במייל liora@yaar.co.il

פרטים נוספים על הפוליסה
ניתן למצוא בפורטל הארגוני

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