

פוליסת Passportcard Relocation PPO



דיוידשילד חברה לביטוח בע"מ | יולי 2024



PassportCard

דיויד שילד חברה לביטוח בע"מ

פוליסת Passportcard Relocation PPO

פוליסה זו הינה פוליסה ישראלית שהוצאה על ידי מבטח ישראלי במדינת ישראל ונמצאת בפיקוח המפקח על הביטוח, החיסכון ושוק ההון - משרד האוצר.

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

תוכן עניינים

גילוי נאות כולל טבלת כיסויים וגבולות אחריות

פרק 1 | הגדרות - 3

פרק 2 | תנאים כלליים - 6

פרק 3 | תקופות המתנה - 10

פרק 4 | חובת הגילוי ומצב רפואי קודם - 17

פרק 5 | חריגי הפוליסה וסייגיה - 18

פרק 6 | גבולות אחריות המבטח - 20

פרק 7 | תנאים מיוחדים (אופן קבלת השירותים) - 24

פרק 8 | הארכת תקופת הפוליסה - 25

פרק 9 | ברוך שובר - 31

פרק 10 | הטבות מיוחדות - 32

הנושא	הסעיף	התנאים
כללי	שם התוכנית	Passportcard Relocation PPO Worldwide Coverage (including US)
	בעל הפוליסה	כמפורט בדף פרטי הביטוח
	הכיסויים	כמפורט בטבלת הכיסויים
	משך תקופת הביטוח	כמפורט בדף פרטי הביטוח
	תנאים לחידוש אוטומטי	אין
	תקופת אכשרה	אין
	תקופות המתנה	12 חודשים בגין היריון ולידה 12 חודשים בגין בעיות נפשיות
	השתתפות עצמית	על פי סוג הכיסוי הנבחר, כמפורט בטבלת ההשתתפויות העצמיות והאגרות המצורפת לדף פרטי הביטוח.
שינוי תנאים	שינוי תנאים במהלך תקופת הביטוח	באישור מראש של המפקח על הביטוח. השינוי יכנס לתוקף לאחר 60 ימים מיום הודעת המבטח למבוטח בכתב.
הפרמיה	גובה הפרמיה	כאמור בדף פרטי הביטוח
	מבנה הפרמיה	פרמיה משתנה בהתאם לגיל המבוטח במהלך תקופת הביטוח.
	שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	<ul style="list-style-type: none"> • בעת מעבר לקבוצת גיל חדשה. • באישור מראש של המפקח על הביטוח. • השינוי יכנס לתוקף 60 ימים מיום הודעת המבטח למבוטח בכתב.
תנאי ביטול	ביטול על ידי המבוטח	בכל עת, בהודעה מוקדמת בכתב בת 3 ימים.
	ביטול על ידי המבטח	<ul style="list-style-type: none"> • אם לא שולמו דמי הביטוח במועד, תבוטל הפוליסה על פי הוראות חוק חוזה הביטוח. • במועד תום תקופת הביטוח. • במועד בו מוצתה תקרת הפוליסה. • המבטח יהא רשאי לשנות את תנאיה של הפוליסה אם ייחקק בעתיד חוק אשר ימנע ממנו במישרין או בעקיפין, באופן מלא או חלקי, לשפות מבוטח על- פי או כאמור בפוליסה, וזאת בהודעה מוקדמת של 60 ימים. ולאחר אישור המפקח על הביטוח. • המבטח יהא רשאי לבטל פוליסה זו אם במהלך תקופת הביטוח ישהה המבוטח בארץ המוצא לתקופה העולה על 90 ימים ברציפות, אלא אם קיבל אישור לשהות ממושכת יותר, מראש ובכתב, מטעם המבטח. • בעת הפרה של פרק "חובת הגילוי" בפוליסה ובכפוף לדיון.

התנאים	הסעיף	הנושא
<ul style="list-style-type: none"> • המבטח יהא רשאי לבטל פוליסה זו אם במהלך תקופת הביטוח ישרה המבוטח בארץ המוצא לתקופה העולה על 90 ימים ברציפות, אלא אם קיבל אישור לשהות ממושכת יותר, מראש ובכתב, מטעם המבטח. • בעת הפרה של פרק "חובת הגילוי" בפוליסה ובכפוף לדין. 	ביטול על ידי המבטח	תנאי ביטול
קיים. כמפורט בפרק 3 בפוליסה.	החרגה בגין מצב רפואי קודם	חריגים וסייגים
כמפורט בפרק 5	חריגים-סייגים, כללי	
<p>סעי' 5.2.10 - טיפולי ראייה, פזילה, אסטיגמטיזם, קוצר ראייה והתאמת עזרי ראייה.</p> <p>סעי' 5.2.11 - אבחון וטיפול באבחן שמיעה והתאמת עזרי שמיעה.</p> <p>סעי' 5.2.13 - אביזרים אורטופדיים, אבחון וטיפול בדליות ברגליים, רגליים מעוותות, חלשות וכף רגל שטוחה (פלטפוס), טיפול באמצעות DPM.</p> <p>סעי' 5.2.23 - טיפולי שיניים וחניכיים.</p> <p>סעי' 5.2.24 - טיפול במפרק הליסתי רקתי.</p> <p>סעי' 5.2.27 - התקנים מלאכותיים או מכניים להחלפת איברים אנושיים (פרותזות וכדומה).</p> <p>סעי' 5.2.29 - מחלות מין ויראליות.</p>	חריגים מיוחדים (פרק 5) - נוסח החרגה המלא בגוף הפוליסה	
<p>טרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה, תיבחנה הוראות החוק (חוק השתלת איברים, תשס"ח - 2008) ובכלל זה התקיימות התנאים הבאים:</p> <p>א. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה;</p> <p>ב. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים</p>	הוראות בדבר כיסוי להשתלות	השתלות

כל הכיסויים הכלולים בתוכנית ביטוח הינם מסוג שיפוי והינם בבחינת ביטוח מוסף, להוציא פרק 9 (ברוך שובר) שהינו שיפוי והינו בבחינת ביטוח תחליפי. כל הכיסויים שהינם בבחינת שיפוי ניתנים לקיזוז למול תגמולי ביטוח מביטוח אחר באם יתקבלו בקשר לאותו עניין.

בביטוחי בריאות קיימים מספר סוגי כיסויים:

- **ביטוח תחליפי** - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון).
- **ביטוח משלים** - ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או שב"ן.
- **ביטוח מוסף** - ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.
- בתוכניות הנמכרות לפי מטבע אירו, יחס ההמרה לסכומים הנ"ל הינו 1.315 דולר לאירו.

תנאים כלליים לביטוח רפואי

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

פרק 1 | הגדרות

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

- 1.1 "המבטח" - דיויד שילד חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2 "המבוטח" - אדם ו/או בן ו/או בת זוגו ו/או ילדיהם, עד גיל 18, ששםם נקוב בדף הרשימה, אשר המבוטח הראשי בה, שוהה במדינת היעד, או מתכוון לשהות בה ושאינו נושא אזרחות מדינת היעד.
- 1.3 "בעל הפוליסה" - אדם, חבר בני-אדם או תאגיד המתקשר עם המבטח בפוליסה ואשר שמו נקוב בדף הרשימה כבעל הפוליסה.
- 1.4 "הצעת הביטוח" - טופס הצעה בנוסח שייקבע על-ידי המבטח, כשהוא מלא על כל פרטיו, לרבות הצהרת בריאות וכתב ויתור על סודיות רפואית, החתומים על-ידי המבוטח. הצהרה שמסר המבוטח באמצעות הטלפון, כמוה כהצהרה חתומה על ידו.
- 1.5 "הפוליסה" - חוזה ביטוח זה, שבין בעל הפוליסה ו/או המבוטח לבין המבטח, לרבות ההצעה, דף הרשימה, נספחי תקרות גבול אחריות המבטח וטבלת השתתפויות עצמיות, תאריך תחילת הביטוח, גובה הפרמיה ומועד התשלום וכיוצ"ב.
- 1.6 "דף פרטי הביטוח" - מסמך המצורף לפוליסה הכולל בין השאר: מספר הפוליסה, שם בעל הפוליסה, שם כל אחד מיחיד המבוטח, שם מדינת היעד, שמות מדינות המוצא, תאריך תחילת הביטוח, גובה דמי הביטוח ביום ההצטרפות וסוג המטבע על פיו התבצע החישוב, מועד התשלום אשר מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה.
- 1.7 "נספח טבלת השתתפויות עצמיות ואגרות" - סיכום טבלאי המפרט את סכומי ההשתתפות העצמית, והאגרות ומהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה.
- 1.8 "גיל המבוטח" - יחושב בשנים שלמות כהפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. 6 חודשים ויותר יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה. גיל המבוטח, לצורך קביעת זכויותיו בתכנית, בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע על פי תאריך הלידה של המבוטח.
- 1.9 "מקרה הביטוח" - שירות רפואי ו/או אחר שניתן למבוטח, עקב צורך רפואי, כמפורט בכל אחד מפרקי פוליסה זו.
- 1.10 "מועד קרות מקרה הביטוח" - מועד קבלת השירות הרפואי ו/או האחר בפועל על-ידי המבוטח.
- 1.11 "תקופת המתנה" - תקופה, הנקובה בימים או בחודשים, כמפורט באלו מפרקי פוליסה זו, אשר תחילתה במועד תחילת הביטוח ואשר במהלכה לא יוענק למבוטח שירות רפואי במסגרת הכיסוי הביטוחי עפ"י הפוליסה.
- 1.12 "מצב רפואי קודם" - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה - "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

- 1.13 "סייג בשל מצב רפואי קודם" - סייג כללי בחוזה הביטוח להלן, הפוטר את המבטח מחבותו, או המפחית את חבות המבטח או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממש ליהיה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבטוח בתקופה בה חל הסייג.
- 1.14 "מדינת המוצא" - מדינת ישראל ו/או מדינה בה המבטוח הראשי הינו בעל אזרחות, השונה מאזרחות מדינת היעד.
- 1.15 "מדינת היעד" - מדינה, בה מתכוון המבטוח, על-פי הצהרתו בהצעת הביטוח, לשהות לתקופה העולה על 90 ימים רצופים או שכבר שוהה בה, ואשר בהסתמך על מידע זה הסכים המבטוח לקבלו לביטוח זה.
- 1.16 "סף תשלום תגמולי ביטוח" - סכום כספי, כמצוין ברשימת גבולות אחריות המבטח, המהווה חלק או סיכום הוצאות בגין מקרי ביטוח לשנה קלנדרית, ששולמו בפועל על-ידי המבטוח, והמהווה סף, אשר רק מעבר לו, יחל המבטוח לשאת בחבותו על-פי פוליסה זו.
- 1.17 "השתתפות עצמית" - סכום כספי או שעור מסכום כספי, שעל המבטוח לשלם בפועל בגין שירות הרפואי, כפי שנקוב בטבלת פירוט הוצאות המבטוח לשנה קלנדרית, בהתאם למסלול השירות הרפואי הנבחר על-ידי המבטוח, ואשר ינוכה מתגמולי הביטוח, מעל לסף תשלום תגמולי הביטוח, ועד לתקרה הנקובה ברשימת גבולות אחריות המבטח.
- 1.18 "השתתפות עצמית מיוחדת" - סכום הנקוב באלו מפרקי פוליסה זו המשולם ע"י המבטוח בנוסף וללא תלות ו/או קשר להשתתפות העצמית, תקרת הוצאות המבטוח ולסף תשלום תגמולי הביטוח.
- 1.19 "הוצאות רפואיות" - תשלומים בגין שירותים רפואיים שהוגשו למבטח, עקב מקרה ביטוח, בגין שירותים רפואיים נחוצים, נאותים והולמים העולים בקנה אחד עם רמות המחירים הקבועות אצל ספקי שירות-רפואי מקבילים, לגבי אותם השירותים הרפואיים. - UCR Usual Customary & Regular
- 1.20 "דמי הביטוח" - פרמיה ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה ו/או המבטוח לשלם למבטח, לפי תנאי הפוליסה.
- 1.21 "ניתוח" - פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבטוח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על-ידי גלי קול.
- 1.22 "ניתוח אלקטיבי" - ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבטוח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבטוח הופנה לניתוח על-ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).
- 1.23 "ניתוח גדול" - ניתוח מוח ו/או עמוד שדרה ו/או לב או ניתוח דומה אחר המחייב אשפוז לתקופה העולה על 96 שעות. לעניין זה אין לראות בניתוח קיסרי המלווה באשפוז מעל 96 שעות כניתוח גדול.

- 1.24 **"השתלה"** - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
- 1.25 **"שתל"** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח כגון: עדשה, פרק ירך וכו' למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתל (כמפורט בסעיף זה).
- 1.26 **"בדיקות רפואיות אבחנתיות"** - בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדומה), רנטגן, א.ק.ג, בדיקות הדמיה- אולטרסאונד, טומוגרפיה ממוחשבת, בדיקות תהודה מגנטית (MRI), מיפוי PET, וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה.
- 1.27 **"רופא"** - בעל רישיון עיסוק ברפואה (MD) ו/או פזיותרפיסט, כירופרקט, פסיכולוג או פסיכיאטר, שהוסמך על-ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל, בהתאמה למדינה בה הוא פועל מעשית במקצוע הרפואה, אך לא DPM ו/או מטפל או אדם העוסק במקצוע הרפואה ואינו עונה על אחד התארים לעיל.
- 1.28 **"רופא מומחה"** - רופא בישראל או בחו"ל שהוסמך על-ידי השלטונות במדינה בה הוא פועל במקצועו כמומחה בתחום רפואי מסוים ומחזיק ברשותו מספר רישיון מומחה.
- 1.29 **"אשפוז"** - שהייה במסגרת רפואית ו/או פסיכיאטרית, לצורך אבחון ו/או לצורך ביצוע ניתוח חירום ו/או אלקטיבי, הכולל שהייה בבית-חולים, בדיקות ותרופות הקשורות למטרת האשפוז.
- 1.30 **"בית-חולים"** - מוסד רפואי בישראל או בחו"ל המוכר על-ידי הרשויות המוסמכות, במדינה בה הוא ממוקם, כבית חולים ציבורי או פרטי.
- 1.31 **"מוסד רפואי"** - מוסד רפואי בישראל ו/או בחו"ל, לרבות מרפאה, מעבדה, מרכזי אבחון, בית מרקחת וכדומה.
- 1.32 **"שירותים רפואיים"** - ניתוח, בדיקות רפואיות, טיפול רפואי, ביקור אצל רופא, אשפוז, אספקת תרופות וכדומה והכל כמפורט בכל אחד מפרקי פוליסה זו.
- 1.33 **"ספק שירות שבהסכם"** - רופא, בית-חולים, מוסד רפואי, בית מרקחת וכדומה, הקשורים בהסכם עם המבטח ואשר שמם יצוין מעת לעת ברשימה המצויה בידי המבטח, אשר תעודכן ותפורסם על-ידי המבטח מעת לעת.
- 1.34 **"ספק שירות שאינו בהסכם"** - רופא, בית-חולים, מוסד רפואי וכדומה שאינם קשורים בהסכם עם המבטח.
- 1.35 **"רשימת ספקי שירות"** - אתר באינטרנט ו/או מדיה מגנטית אחרת הכוללים את שמות כל ספקי השירות.

- 1.36. "סל תרופות" - סל תרופות אשר יוגדר מעת לעת ע"י המבטח, אשר לא יפחת מסל התרופות שאושר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994.
- 1.37. "מוקד שירות" - מוקד טלפוני או אתר אינטרנט, מטעם המבטח, שפרטיו מפורטים בכרטיס המבוטח, שמטרתו תאום השירות בין המבוטח וספקי השירות, אימות זכאות המבוטחים לשירות רפואי, תאום מתן אישור מבטח וכדומה.
- 1.38. "ישראל" - מדינת ישראל ו/או שטחים ביהודה שומרון וחבל עזה בשליטה ישראלית ו/או שטחים כאמור בשליטה פלסטינאית שם יש לישראל אינטרס.
- 1.39. "חו"ל" - כל מדינה מחוץ לישראל.
- 1.40. "מטבע" - סוג המטבע הנקוב בדף הרשימה ובשאר נספחי הפוליסה .
- 1.41. "הצמדה למטבע" - סכום בשקלים השווה לשער היציג של המטבע כפי שפורסם על-ידי בנק ישראל והידוע ביום התשלום.
- 1.42. "שנת ביטוח" - תקופה של 12 חודשים רצופים שתחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור בדף הרשימה. כל תאריך בפוליסה נקבע על-פי הלוח הגרגוריאני.
- 1.43. "אישור מבטח" - אישור שניתן בכתב על-ידי מנהל מטעם המבטח, לרבות באמצעות דיוידשילד גלובל סוכנות לביטוח חיים (2000) בע"מ, לצורך קבלת שירות רפואי ומימונו, אך לא אישור הניתן לביצוע הליכים רפואיים כלשהם בגין מצב חולי של מבוטח.
- 1.44. "תרופת מרשם" - תרופה אשר לא ניתן לרוכשה, אלא באמצעות אישור רפואי מטעם רופא ובמרשם מטעמו ושאינה ניתנת לרכישה ללא מרשם.
- 1.45. "אגרת רופא / תרופות / חדר מיון / מרכזי חירום" - Co Pay - סכום כספי קבוע, כפי שמופיע בטבלת גבול אחריות המבטח והשתתפויות עצמיות, המשולם בגין כל שירות רפואי ו/או רכישת תרופות, עבור כל ביקור או תרופת מרשם ובגין כל מבוטח בנפרד.

פרק 2 | תנאים כלליים

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

2.2. תוקף הפוליסה - ביטוח זה יהא תקף מהמועד הנקוב בדף הרשימה ובכפוף לתנאים המצטברים המפורטים להלן: למען הסר ספק, אם שולמו למבטח כספים על חשבון דמי הביטוח לפני שניתנה הסכמת המבטח כאמור עפ"י הפוליסה, לא ייחשב תשלום זה כהסכמתו של המבטח לעריכת הביטוח עפ"י הפוליסה.
 א. המועד לביטוח מסר למבטח אמצעי תשלום תקף שניתן לגבות ממנו בגין ועבור דמי הביטוח המגיעים על-פי הנקוב בדף הרשימה.
 ב. צירופו של בן משפחה לפוליסה, אשר שמו לא מפורט בדף הרשימה, מותנית בחתימה על הצהרת בריאות על-ידי בעל הפוליסה או המבוטח (לפי העניין) המיוחסת לבן המשפחה הנוסף ובהסכמת המבטח.

2.3. תקופת הביטוח - תקופת הביטוח כמפורט בדף פרטי הביטוח - ביחס לכל מבוטח בנפרד.

2.4. תשלום דמי ביטוח

1. בעל הפוליסה ו/או המבוטח ישלם עבור כל אחד מהמבוטחים בפוליסה, לכל חודש בתקופת הביטוח של כל מבוטח, את דמי הביטוח המגיעים על-פי הנקוב בדף הרשימה כשהם מותאמים לאמור בסעיף 2.5 להלן. דמי הביטוח ישולמו עבור כל מבוטח חדש שיצטרף לפוליסה, ויקבעו במועד הצטרפותו לפוליסה.
 2. דמי הביטוח ישולמו מראש עבור כל חודש.
 3. במקרה של תשלום דמי ביטוח באמצעות הוראת קבע לבנק (שירות שיקים) או באמצעות העברה בבנקאית לזכות חשבון המבטח, ייחשב זיכוי חשבון המבטח במועד הזיכוי בבנק כתשלום דמי הביטוח באותו מועד.
 4. דמי הביטוח ששולמו באיחור יחויבו בריבית בהתאם להוראות בעניין ריבית פיגורים בחוק פסיקת ריבית והצמדה התשכ"א 1961.
 5. דמי הביטוח, תגמולי הביטוח וסכומי גבולות אחריות המבטח הקבועים בפוליסה, נספחיה ודף הרשימה יהיו נקובים בהתאם למטבע ו/או צמודים למטבע המצוין בדף הרשימה (כאמור בסעיף 1.40 ו-1.41).

2.5. דמי הביטוח

2.5.1. דמי הביטוח המשולמים בגין פוליסה זו יקבעו בהתאם לגיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח וכן בתחילת כל שנת ביטוח נוספת בהתאם לגיל המבוטח באותו המועד, בהתאמה.
 2.5.2. בנוסף לסעיף 2.5.1 לעיל, המבטח רשאי לשנות את דמי הביטוח ו/או את ההשתתפויות העצמיות והאגרות, לרבות סף תשלום תגמולי ביטוח, בכפוף לאישור של המפקח על הביטוח במדינת ישראל על קבלת הבקשה לשינויים כאמור ובכפוף למתן הודעה לכלל המבוטחים בכתב, 60 יום לפני מועד השינוי. השינויים לעיל יעשו לכלל המבוטחים באותה קבוצת גיל ומין במדינת היעד.

2.6. הודעה מוקדמת

2.6.1. שיפוי המבוטח עפ"י פוליסה זו מותנה במתן הודעה מוקדמת מטעם המבוטח למוקד השירות מוקדם ככל הניתן טרם מועד קרות מקרה הביטוח או לאחריו. בהיעדר הודעה מוקדמת - רשאי המבוטח להפחית את מתגמולי הביטוח כמפורט בסעיף 2.6.2.

- 2.6.1.0.1. היריון ולידה - תינתן הודעה למבטח במהלך שלושת החודשים הראשונים להיריון.
- 2.6.1.0.2. אשפוז - תינתן הודעה למבטח מינימום 72 שעות לפני האשפוז בפועל ומקסימום 48 שעות לאחר אשפוז הנובע ממצב חירום.
- 2.6.1.0.3. כל ניתוח ו/או הליכים ניתוחיים.
- 2.6.1.0.4. כל טיפול רפואי בבית-חולים.
- 2.6.1.0.5. שירותי סיעוד כמפורט בפרק 7, תת פרק 17ד'.
- 2.6.1.0.6. בדיקת תהודה מגנטית (MRI) או טומוגרפיית פליטת פוזיטרונים (Pet Scan) או כל בדיקת הדמייה דומה במרכיביה.
- 2.6.1.0.7. אשפוז בהוספיס.
- 2.6.1.0.8. השתלות כמפורט בפרק 7, תת פרק 14.
- 2.6.1.0.9. איחוד משפחות כמפורט בפרק 10.
- 2.6.2. המבטח יהיה זכאי להפחתת תגמולי הביטוח עד לשיעור של 50% בגין הוצאות עודפות שהוצאו על-ידי המבטח בפועל, עקב אי מתן הודעה מוקדמת על-ידי המבוטח מקום בו נדרשה הודעה מוקדמת, והכל בהתאם ועד לסכום שלפיו היה משלם המבטח אילו הייתה ניתנת הודעה מראש למבטח.
- 2.6.3. לשם קבלת אישור המבטח מראש, יודיע המבוטח למוקד השירות בדבר הצורך בקבלת השירות הרפואי, מוקדם ככל האפשר ובכל מקרה לא פחות מ-72 שעות לפני המועד הקבוע לקבלת השירות הרפואי, כמפורט בכל אחד מפרקי הפוליסה, בהתאמה.
- 2.6.4. הוראות סעיף זה לא יחולו לגבי ביצוע שירות רפואי דחוף אשר לגביו מחוייב המבוטח במתן הודעה למבטח תוך 48 שעות מביצועו.
- 2.6.5. למען הסר ספק, אין לראות בהכוונה הניתנת על-ידי מוקד השירות בישראל ו/או בארה"ב ו/או בכל מקום אחר בעולם משום התחייבות לכיסוי השירות הרפואי ו/או המלצה למתן שירות רפואי כאמור. מתן הודעה מוקדמת בגין מקרה הביטוח אינו מבטיח את תשלום ההוצאות הכרוכות בשירות הרפואי, וכיסוייו כפוף לתנאי הפוליסה, הוראותיה וחרגייה.

2.7. כרטיס מבטח

- 2.7.1. כל מבטח הזכאי לשירות רפואי במסגרת פוליסה זו, יקבל כרטיס מבטח הכולל את שם המבוטח ופרטיו האישיים.
- 2.7.2. המבוטח יידרש להציג את כרטיס המבוטח בנוסף לתעודה הנושאת את תמונת המבוטח והמאפשרת את זיהויו, בפני כל ספק שירות.
- 2.7.3. קיום הוראה זו יהיה תנאי מוקדם לקבלת שירות רפואי ולחובת המבטח לתשלום תגמולי ביטוח על-פי הפוליסה. למען הסר ספק, מובהר כי כרטיס המבוטח אינו מעיד בהכרח על קיומה של פוליסה תקפה למבוטח.

2.8. קבלת שירותים רפואיים - קבלת השירותים הרפואיים כמפורט בכל אחד מפרקי הפוליסה תתבצע כמפורט להלן:

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

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

2.8.2.0.1 קבלת שירות רפואי באמצעות ספק שירות שבהסכם:

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

2.8.2.0.3 תשלומי המבוטח לספק השירות שבהסכם יבוצעו על-פי ההסדרים שיקבעו בינם לבין המבוטח.

2.8.2.0.4 סך תשלומי ההשתתפות העצמית של המבוטח עבור עצמו ו/או עבור בני משפחתו הכלולים בפוליסה, בהתאמה למצבו המשפחתי, כפופים לתקרת השתתפות עצמית ולתקרת הוצאות המבוטח לכל שנה קלנדרית, כמצוין בטבלת השתתפויות עצמיות ואגרות.

2.8.2.0.5 קבלת שירות רפואי באמצעות ספק שירות שאינו בהסכם

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

2.8.2.0.7 במסלול זה יחול סף תשלום תגמולי הביטוח כמפורט בטבלת השתתפויות עצמיות ואגרות לשנה קלנדרית במסלול זה. המבוטח ישלם תגמולי הביטוח רק מעבר לסכום שישולם בפועל על-ידי המבוטח ע"ס סף תגמולי הביטוח והשתתפויות עצמיות.

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

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

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

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

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

- 2.8.4. המבטח ישלם את תגמולי הביטוח כאמור כאשר יהיה בידי המבטח כל המידע והמסמכים הדרושים על ידו לבירור התביעה והכל מעל סף תגמולי הביטוח, בניכוי השתתפות עצמית והשתתפות עצמית מיוחדת ובכפוף לתנאי הפוליסה, חריגה וסייגיה.
- 2.8.5. במידת הצורך ובכפוף למתן הודעה מוקדמת ותיאום מראש עם מוקד השירות, ישלם המבטח את הוצאות הטיפול הרפואי ישירות לספק השירות, שנבחר על ידי המבטח, מעל הסכום בו על המבוטח לשאת, בהתאם לאמור בטבלת גבול אחריות המבטח השתתפויות עצמיות ואגרות לשנה קלנדרית.
- 2.8.6. למען הסר ספק מובהר, כי הסכומים המשולמים על-ידי מבוטח ונצברים לעניין סף תגמולי הביטוח והשתתפות עצמית בשנה קלנדרית ייוחסו אך ורק לאותה שנה קלנדרית.
- 2.9. **בדיקה רפואית** - במסגרת בירור תביעת מבוטח וחבות המבטח בגינה, אם ידרוש המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על-ידי רופא מטעם המבטח. ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ועל חשבון המבטח; מובהר כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית משפט.
- 2.10. **המצאת מסמכים ו/או ויתור על סודיות רפואית** - במסגרת בירור תביעת מבוטח וחובת המבטח בגינה, ימסור המבוטח מידע ו/או מסמך רפואי שיידרש ע"י המבטח וירשה בחתימתו לספק השירות ו/או נתן השירות ולכל גוף ו/או מוסד אחר למסור למבטח כל ידיעה הנוגעת למצבו הרפואי.
- 2.11. **תיאום טיפול רפואי** - במסגרת בירור תביעת מבוטח וחבות המבטח בגינה, יהיה המבטח רשאי להתעדכן ישירות עם רופאו האישי ו/או המטפל של המבוטח בעניין מהות הטיפול הרפואי הנדרש, היקפו ומועדו. קיום הוראות סעיפים 2.8.3, 2.8.4, 2.9 ו-2.10 יהוו תנאי מוקדם לחבות המבטח לתשלום תגמולי ביטוח עפ"י הפוליסה.
- 2.12. **במקרה של ביצוע תשלומים על ידי המבטח**, שאינם מכוסים תחת הפוליסה על-ידי המבטח, ומתן דרישה מנומקת בכתב למבוטח להשבת תשלומים האלה, יהיה חייב המבוטח בתשלום בתוך 10 ימים מיום משלוח הדרישה מטעם המבטח כאמור. במקרה של אי תשלום כאמור, המבטח יקזז את התשלומים העודפים מכל סכום אותו יהא חייב בתשלום עפ"י הפוליסה.
- 2.13. **זכות התחלוף (סברוגציה)**
- 2.13.1. הייתה למבוטח בגין מקרה ביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי כלשהוא, מכל סיבה שהיא, תעבור זכות זו למבטח, מששילם תגמולי ביטוח על-פי הפוליסה, ובסכום התגמולים ששילם.
- 2.13.2. המבטח אינו רשאי להשתמש בזכות שעברה אליו לפי סעיף זה באופן שיפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי שיפוי מעל לתגמולים שקיבל מהמבטח.
- 2.13.3. קיבל המבוטח מן הצד השלישי שיפוי ו/או פיצוי שהיה מגיע למבטח לפי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך.
- 2.13.4. הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח הוא תוצאה של מעשה ו/או מחדל שלא בכוונה, בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו שיפוי או פיצוי מחמת קרבת משפחה.

2.14 שמירה על רצף זכויות

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

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

2.15 שונות

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

2.15.2 המבטח לא יהיה רשאי לשנות תנאי הפוליסה לרבות התנאים המיוחדים ותקרות גבול אחריות אלא באישור מראש של המפקח על הביטוח במדינת ישראל. השינויים ייכנסו לתוקף 60 יום מהיום בו הודיע המבטח בכתב בדבר השינוי לכלל המבוטחים עפ"י הפוליסה.

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

2.17 התיישנות - תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח על-פי הפוליסה היא 3 שנים ממועד קרות מקרה הביטוח ובמקרה של קטין, 3 שנים מיום הגיעו לגיל 18.

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

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

2.20 ביטול הפוליסה ושינוי תנאיה

2.20.1 המבטח יהא רשאי לשנות את תנאיה של הפוליסה אם יחקק בעתיד חוק אשר ימנע ממנו במישורין או בעקיפין, באופן מלא או חלקי, לשפות מבוטח על-פי או כאמור בפוליסה, וזאת בהודעה מוקדמת של 45 יום ובכפוף לאישור מראש ובכתב של המפקח על הביטוח במדינת ישראל.

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

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

2.20.4 אין באמור לעיל כדי לגרוע מזכותו של המבטח לבטל את הפוליסה לפי הוראות הפוליסה ו/או לפי הוראות כל דין.

2.20.5 המבטח רשאי לקזז חובות המבוטח מתוך תשלומי תגמולי הביטוח להם זכאי המבוטח בהתאם להוראות כל דין.

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

2.20.7 מבוטח יהא רשאי לבטל את הפוליסה בהודעה שתימסר למבטח 3 ימים לפני מועד הביטול. במקרה כזה המבטח לא יהא חייב בתגמולי ביטוח או בכל אחריות תחת הפוליסה מיום ביטולה.

2.21 הודעות

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

2.21.2 למען הסר ספק, כל הודעה מאת המבטח לבעל הפוליסה ו/או למבוטח, ו/או למוטב לרבות מסמכים בכתב מכל סוג ומין כולל כתבי בית-דין, אשר נמסרה לידי מורשה לקבלת הודעות ומסמכים שמונה ע"י המבוטח או בעל הפוליסה, לפי העניין, תיחשב כאילו נמסרה לידי המבוטח ו/או בעל הפוליסה בהתאמה.

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

2.22 כפל ביטוח

2.22.1 המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.

2.22.2 בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

2.23 הצהרת בעל הפוליסה

2.23.1 בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה;

פרק 3 | תקופות המתנה

3. תקופות המתנה

- 3.1. המבטח לא יהא חייב בתשלום עבור מקרי ביטוח שחויבים כספיים הנובעים ממנו, נוצרו במהלך תקופות ההמתנה המפורטות להלן. תקופות ההמתנה לגבי מבטח חדש שיצורף לפוליסה, לאחר תחילתה, תתחיל במועד צירופו לפוליסה זו.
- 3.2. הכיסוי הביטוחי לטיפול לטיפולי מעקב היריון, סיבוכי היריון, לידה, סיבוכי לידה, הפלות חו"ח, מחלות הנובעות ממצב היריון של מבטחת, טיפול בעובר או טיפול ביילוד במהלך 31 הימים הראשונים לחייו, יכנס לתוקף רק לאחר תקופת המתנה בת 12 חודשים רצופים מיום תחילת הביטוח. (כמו כן ראה פרק 7 ותת פרק 9 ו-10 להלן וטבלת גבולות אחריות המבטח והשתתפות עצמית לעניין היריון ולידה).
- 3.3. בעיות נפשיות - טיפולים פסיכיאטריים / פסיכולוגיים - הכיסוי הביטוחי בגין כל הקשור במישרין או בעקיפין להפרעות נפשיות, אבחון וטיפול פסיכולוגי ו/או פסיכיאטרי, לרבות אשפוז וטיפולים תרופתיים יכנס לתוקפו רק לאחר תקופת המתנה בת 12 חודשים רצופים מיום תחילת הביטוח, ובלבד שאינו מצב רפואי קודם כהגדרתו בסעיף 1.12 לפרק 1. (כמו כן ראה פרק 7 ותת פרק 4 להלן וטבלת גבולות אחריות המבטח לעניין טיפול בבעיות נפשיות).
- 3.4. מצב רפואי קודם - בכפוף למילוי הצעת ביטוח ע"י המבטח, באשר למצב בריאותו, טרם הצטרפותו לביטוח, מובהר כי שירות רפואי בגין מצב קודם, כהגדרתו בסעיף 1.12 לעיל, יכוסה אלא לאחר תקופת המתנה כמפורט להלן:
- 3.4.1. מבטח שגילו פחות מ-65 שנים במועד תחילת הביטוח - תתקיים תקופת המתנה בת 12 חודשים רצופים מיום תחילת הביטוח .
- 3.4.2. מבטח שגילו 65 שנים או יותר במועד תחילת הביטוח - תתקיים תקופת המתנה בת 6 חודשים רצופים מיום תחילת הביטוח. (כמו כן ראה פרק-4 להלן וטבלת גבולות אחריות המבטח לעניין מצב רפואי קודם).

פרק 4 | חובת הגילוי ומצב רפואי קודם

4.1 חובת גילוי

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

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

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

4.1.3. קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל הביטוח מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים. למרות האמור לעיל המבטח יהיה פטור מכל מחויבות בכל אחד מהמקרים הבאים:
א. התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
ב. מבטח סביר לא היה מתקשר בביטוח כזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

4.1.4. המבטח אינו זכאי לתרופות האומות בסעיף 4.1.3 בכל אחד מאלה, אלא אם התשובה שלא היתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מירמה:
א. המבטח ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה או כנה.
ב. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה מלהתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

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

4.2 מצב רפואי קודם

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

4.2.2. סייג בשל מצב רפואי קודם לעניין מבוטח שגילו בתאריך תחילת הביטוח הוא:
א. פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתאריך תחילת הביטוח.
ב. 65 שנים ויותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתאריך תחילת הביטוח.

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

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

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

פרק 5 | חריגי הפוליסה וסייגיה

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

5.1 חריגים כלליים:

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

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

5.1.2.1. מלחמה, פלישה, פעולות חבלניות וכל פעולת אויב זר, מעשי איבה או פעולות מסוג פעולת מלחמה (בין אם הוכרזה ובין אם לא הוכרזה) מלחמת אזרחים, וכן פעולות טרור המבוצעות על-ידי אנשים הפועלים מטעם או בקשר עם ארגון כלשהו. לצורך סיווג זה טרור משמעו השימוש באלימות לצרכים פוליטיים ו/או דתיים, לרבות השימוש באלימות שמטרתו היא להפחיד את הציבור או חלק ממנו. מרד, התקוממות צבאית או עממית, מרי, מרידה, מהפכה, שלטון צבאי או שלטון שתפסוהו באורח בלתי חוקי, משטר צבאי או מצב של מצור או מאורעות, גורמים כלשהם המביאים לידי הכרזה או קיום של משטר צבאי או מצב של מצור, החרמה, בהתקיים אחד התנאים הבאים:
א. המבוטח, תוך נטילת סיכון, נכנס למקום ו/או איזור שידוע כי מתרחשת בו לחימה או התקוממות.
ב. המבוטח הוא שותף פעיל בלחימה או התקוממות.
ג. המבוטח התעלם מהסיכון בכוונת תחילה, מתוך ידיעה ברורה שהוא מסכן את עצמו.

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

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

5.1.2.3.1. תאונת עבודה כמשמעה בחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה - 1995, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

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

5.1.2.3.3. תאונה במהלך שירותו הצבאי של המבוטח, לרבות שירות מילואים. אשר נבעה באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי.

- 5.1.3. טיפול באלכוהוליזם ו/או התמכרות לסמים ו/או שימוש לרעה בחומרים שאינם סמים.
- 5.1.4. ניסיון התאבדות ו/או פציעה עצמית מכוונת, בין שהמבוטח היה שפוי בדעתו ובין אם לאו.
- 5.1.5. חשיפה כלשהי לקרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי או לחומר כימי כלשהו בהתקיים אחד התנאים הבאים:
 א. המבוטח, תוך נטילת סיכון, נכנס למקום ואו איזור שידוע כי מתרחשת בו לחימה או חשיפה לאמור לעיל.
 ב. המבוטח הוא שותף פעיל בלחימה מסוג זה או חשוף למצב האמור מבחירה.
 ג. המבוטח התעלם מהסיכון בכוונת תחילה, מתוך ידיעה ברורה שהוא מסכן את עצמו.
- 5.1.6. הפלה מלאכותית ותוצאותיה שבוצעה מסיבות נפשיות ו/או סוציאליות ו/או חברתיות ו/או אכלכליות ו/או תכנון משפחה.
- 5.1.7. תאונה ו/או פציעה ו/או חבלה שנגרמה כתוצאה מפעילות ספורטיבית או אמנותית או תחרותית שבגינה ניתנה למבוטח תמורה כלשהי.
- 5.1.8. מבלי לפגוע בכלליות האמור בסעיפים 5.1.2.1 ו-5.1.2.2, תאונה ו/או פציעה ו/או חבלה כתוצאה מצניחה, רחיפה, צלילה, דאייה, שימוש בגלשני רוח או גלשני גלים, מרוצים למיניהם, רכיבה ושימוש באופנועי סטח (ללא רישוי ו/או שלא על דרך סלולה), רכיבה ושימוש בטרקטורונים, שימוש ונהיגה בכלי רכב בבנייה עצמית (כדוגמת "באג'"), טיפוס הרים ומצוקים, סנפלינג, אומגה, רפטינג, באנג'י, סקי שהתבצע מחוץ לאתרים ומסלולים מורשים ומסומנים.
- 5.1.9. תאונת ים, רכב או אוויר בהן חלות הוצאות השירות הרפואי על חשבון הפוגע ו/או מבטח אחר.
- 5.2. חריגים מיוחדים - המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:
- 5.2.1. טיפולים שאינם מוכרים על-ידי מדע הרפואה ו/או טיפולים רפואיים ו/או בדיקות המבוססים על טכנולוגיות רפואיות שאינן מאושרות על-ידי הרשויות המוסמכות במדינת היעד, או נמצאות בתהליכי ניסוי, חקירה ובדיקה, אך לא הוכנסו לשימוש שוטף בתאריך קרות מקרה הביטוח.
- 5.2.2. טיפול הנדרש למקרה ביטוח שאירע לפני או אחרי תקופת הביטוח.
- 5.2.3. טיפול שלא ניתן על ידי רופא כהגדרתו בסעיף 1.27.
- 5.2.4. טיפול שבוצע על ידי אדם שאינו נמנה על הסגל הרפואי בבית-חולים ו/או מרפאה.
- 5.2.5. ריפוי, טיפול, שירותים או אספקה רפואית שאינם נחוצים מבחינה רפואית ואינם על פי פרוטוקול טיפולי מקובל במדינה בה ניתן השירות בהתאם לאבחנה או לפרוצדורה הרפואית הנדרשת.
- 5.2.6. התייעצות טלפונית או אי הגעה לפגישה מתוכננת.
- 5.2.7. אבחון וטיפול בהתמכרות לסמים מסוכנים, אלקוהול, עישון וחומרים ממכרים.

- 5.2.8. טיפולי רפואה אלטרנטיבית, הוליסטית, למעט כירופרקטיקה / פיזיותרפיה שנדרשה על-ידי רופא ומבוצעת ע"י מורשה בתחום הרפואי.
- 5.2.9. שירות רפואי המבוצע או ניתן על ידי קרוב משפחה של המבוטח. חריג זה בתוקף כל עוד לא ניתן אישור המבטח מראש ובכתב.
- 5.2.10. בדיקות ראייה, אבחון קוצר ראייה, אימוני עיניים וראייה, ניתוח לייזר לתיקון קוצר ראייה או כל טיפול רפואי האחר שמטרתו תיקון קוצר ראייה, התאמת משקפיים או עדשות מגע. השתברות עין, טיפול ראייה, או עבור כל בדיקה או התאמה הקשורה בעזרים אלה. ניתוח עיניים, כמו חיתוך קרנית רדיאלי, כאשר המטרה העיקרית היא תיקון קוצר ראייה, ריחוק ראייה או אסטיגמטיזם.
- 5.2.11. בדיקות שמיעה, עזרי שמיעה, שתלי שמיעה ואביזרים רפואיים אחרים הנועדו לשיפור השמיעה.
- 5.2.12. שירות רפואי ו/או סיעודי הניתן על- ידי אדם שגר בדרך-כלל בבית המבוטח. חריג זה בתוקף כל עוד לא ניתן אישור המבטח, מראש ובכתב.
- 5.2.13. הטיפולים הרפואיים ואביזרים רפואיים המפורטים להלן: נעליים אורתופדיות, עזרים אורתופדיים שנרשמו על-ידי רופא שאמורים להיות מחוברים או ממוקמים בתוך נעליים (כגון מדרסים, הגבהת עקב), טיפול ברגליים ובכפות רגליים חלשות, מעוותות, שטוחות (פלטפוס), בלתי יציבות או בלתי מאוזנות וטיפול בדליות של הורידים (ורידים מורחבים ברגליים/ידיים). למען הסר ספק, מובהר בזאת כי לא יהיה כיסוי לכל שירות ו/או אבחון ו/או ייעוץ ו/או טיפול הניתן על ידי מטפל שאינו רופא (כדוגמת DPM).
- 5.2.14. טיפול וריפוי בנשירת שיער טבעית, כולל פאות, השתלות שיער ו/או תרופות המבטיחות צמיחת שיער, בין אם נרשמו על-ידי רופא בין אם לא, למעט עקב טיפול רפואי הגורם לנשירת שיער (כדוגמת כימותרפיה) שבגינן ניתן כיסוי למבוטח במסגרת פוליסה זו.
- 5.2.15. אבחון וטיפול בהפרעות שינה, לרבות טיפול רפואי למניעת הפרעות שינה, ציוד רפואי לטיפול בהפרעות שינה ובדיקות במעבדות שינה, בין אם נדרשות לאבחון מחלות ובין אם לאבחון הפרעות שינה.
- 5.2.16. תוכניות התעמלות, בין אם נרשמו או הומלצו על-ידי רופא בין אם לאו.
- 5.2.17. חיובים בגין נסיעות או הלנה, למעט הוצאות הובלה על-ידי אמבולנס מקומי המסתיימת באשפוז, פינוי חירום והטבות הניתנות במסגרת השתלות.
- 5.2.18. ניתוחים או טיפולים אשר נעשים למטרות מחקר, ניסוי וחקירה.
- 5.2.19. התאמת משקל או טיפולים להרזיה ו/או ניתוח לטיפול בהשמנה, כולל קשירת שיניים וכל צורת ניתוח קיצור קיבה ו/או מעקפי מעיים.
- 5.2.20. התאמת צורת הגוף במטרה לשפר את רווחתו הפסיכולוגית, הנפשית או הרגשית של האדם כדוגמת ניתוח שינוי מין.
- 5.2.21. טיפול או ניתוח מסיבות קוסמטיות או אסתטיות כדוגמת ניתוח אף, הגדלת/הקטנת חזה, הסרת צלקות.

- 5.2.22. כל תרופה או טיפול המעודדים או מונעים היריון, לרבות הפלה מסיבות סוציו-אקונומיות, שימוש בגלולות למניעת היריון, הפריה מלאכותית, טיפולי פוריות ו/או אין אונות עיקור או הפיכת עיקור. כל תרופה, טיפול או פרוצדורה בין אם הם מגבירים, משפרים או מתקנים אין אונות או תפקוד מיני לקוי.
- 5.2.23. טיפולי שיניים וחניכיים, לרבות מחלות שמקורן בהפרעות של החניכיים והשיניים.
- 5.2.24. טיפול במפרק הלסתי רקתי.
- 5.2.25. ניתוח ברית מילה, למעט מסיבות רפואיות .
- 5.2.26. השגחה או טיפול בילודים לאחר 31 הימים הראשונים ללידתם.
- 5.2.27. התקנים מלאכותיים או מכניים המיועדים להחליף זמנית או באופן קבוע איברים אנושיים.
- 5.2.28. הוצאות החזקה בחיים של תורם לתהליך השתלה, בין אם תהליך ההשתלה מכוסה בין אם לאו.
- 5.2.29. כל טיפול, אבחון וייעוץ הקשור במחלות ויראליות של איברי המין ומחלות הנגרמות כתוצאה ממגע מיני.
- 5.2.30. בדיקות לגילוי וירוס HIV, ו/או לגילוי מחלת האיידס ו/או לגילוי מחלות הקשורות באיידס.
- 5.2.31. טיפול במבוטח בגין החמרה במצב רפואי, שמלכתחילה היה מכוסה תחת פוליסה זו, אשר בגינו נדרש המבוטח לפעול על פי הוראות רופאיו, ולא ציית להוראות רופאיו, כדוגמת אי נטילת תרופות הכרחיות, בדיקות מעקב וטיפול מונע.
- 5.2.32. חיסונים וטיפולים הניתנים שלא לצורך רפואי ולמטרות הגירה ולא נדרשו בכתב על ידי רופא מומחה.
- 5.2.33. קבלת שירות רפואי בבית המבוטח או מחוץ למוסד הרפואי (למעט שירות חירום או סיעודי). חריג זה בתוקף כל עוד לא ניתן אישור מראש ובכתב של המבטח.

פרק 6 | גבולות אחריות המבטח

- 6.1. גבולות אחריות המבטח, על-פי הפוליסה, לכל אחד מהמבוטחים, הינו עד לסך הנקוב ברשימת גבולות אחריות המבטח בנספחים לפוליסה זו.
- 6.2. גבולות אחריות המבטח בגין סך השירותים הרפואיים המכוסים על-פי הפוליסה, לכל אחד מהמבוטחים, במהלך כל תקופת הביטוח, הינו עד לסך הנקוב ברשימת גבולות אחריות המבטח לפוליסה זו.
- 6.3. גבולות אחריות המבטח בגין כל אחד מהשירותים הרפואיים המכוסים על-פי הפוליסה, הינו בהתאם להוצאות רפואיות כאמור בסעיף 1.19 לעיל, אך לא יותר מגבול אחריות המבטח בגין סך כל אחד מהשירותים הרפואיים.
- 6.4. יש לעיין בטבלת גבולות אחריות המבטח והשתתפויות עצמיות המצורפות כחלק בלתי נפרד מפוליסה זו.

פרק 7 | תנאים מיוחדים (אופן קבלת השירותים)

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

בכל מקום בו מוזכרת תקרת הפוליסה הכללית בסך \$5,000,000 הכוונה היא לתקרה מצטברת לכלל מקרי הביטוח לכל תקופת הביטוח. במקומות בהן חלה תקרה מופחתת, תחול התקרה המופחתת ולא תקרת הפוליסה הכללית.

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

תקרת גבול אחריות המבטח: תקרת הפוליסה הכללית - עד לסך של \$5,000,000

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

תת פרק 2 - בדיקות רפואיות אבחנתיות

תקרת גבול אחריות המבטח: תקרת הפוליסה הכללית - עד לסך של \$5,000,000

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

תת פרק 3 - אשפוז רפואי

תקרת גבול אחריות המבטח: תקרת הפוליסה הכללית - עד לסך של \$5,000,000

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

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

תת פרק 4 - בריאות הנפש ואשפוז פסיכיאטרי / הפרעות קשב וריכוז לילדים ונוער

תקרת גבול אחריות המבטח: עד לסך של \$10,000 בשנה קאלנדרית; עד לסך של \$20,000 לכל תקופת הביטוח.

תקופת המתנה של 12 חודשים מיום תחילת הביטוח.

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

אבחון וטיפול בהפרעות קשב וריכוז אצל ילדים ונוער עד גיל 16 שנים, לרבות טיפול תרופתי בהתאם לפרק 9 להלן.

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

תת פרק 5 - אשפוז יום

תקרת גבול אחריות המבטח: תקרת הפוליסה הכללית - עד לסך של \$5,000,000

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

תת פרק 6 - חדר מיון (ללא אשפוז)

תקרת גבול אחריות המבטח: תקרת הפוליסה הכללית - עד לסך של \$5,000,000

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

תת פרק 7 - מרפאות חירום

תקרת גבול אחריות המבטח: תקרת הפוליסה הכללית - עד לסך של \$5,000,000

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

תת פרק 8 - הסעה באמבולנס

תקרת גבול אחריות המבטח: עד תקרה של \$2,500 למקרה ביטוח

מקרה הביטוח: הסעת המבוטח באמבולנס לחדר מיון ו/או בין בית-חולים בו מאושפז המבוטח לבית-חולים אחר, עקב נסיבות רפואיות, הנובעות ממצב בריאותו של המבוטח, אשר אינן מאפשרות את הגעתו של המבוטח לחדר מיון באמצעי תחבורה שאינו אמבולנס. למען הסר ספק, מובהר כי חובת המבטח כאמור הינה רק במקרה של ביצוע אשפוז ו/או ניתוח המבוטח, בהמשך רצוף להגעתו על-ידי אמבולנס לחדר מיון.

תת פרק 9 - רכישת תרופה

תקרת גבול אחריות המבטח: תקרת הפוליסה הכללית - עד לסך של \$5,000,000

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

הכיסוי הביטוחי יינתן לתרופת מרשם בהתאם לסל התרופות הנהוג במדינה בה שוהה המבוטח. ובתנאי שסל התרופות (בין אם גבריות ובין אם איתיות), לא יפחת מסל התרופות הניתן במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הנהוג במדינת ישראל.

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

תרופות מרשם כרוניות תסופקנה לתקופה של עד 90 יום רצופים, לכל מרשם, וזאת דרך ספק שבהסדר בלבד ויחייבו בהשתתפות עצמית בגין וביחס לכל 30 ימי אספקה.

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

דרש המבוטח לרכוש תרופה בעלת שם מותג, בה בשעה שקיימת תרופה גנרית, יישא המבוטח - בנוסף להשתתפותו העצמית - בהפרש העלות שבין שתי התרופות. למען הסר ספק, מובהר כי המבטח לא יישא בתשלומים בגין תרופה ניסיונית ו/או אשר לא אושרה ע"י הרשויות המוסמכות במדינת היעד.

הוראות פרק חריגים כלליים ופרק חריגים מיוחדים בפוליסה יחולו בהתאמה גם על רכישת תרופה במסגרת פרק זה, לרבות השתתפות עצמית מיוחדת כמפורט בטבלת הוצאות המבוטח לשנה קלנדרית. למען הסר ספק מובהר כי המבטח לא יישא בתשלומים בגין החלפת תרופות שאבדו, נגנבו, ניזוקו, התקלקלו או שתוקפם פג ו/או בגין תרופה שניתן לרכוש ללא מרשם רפואי גם אם ניתן בגינה מרשם.

תת פרק 10 - היריון ולידה

תקרת גבול אחריות המבטח: עד סך של \$30,000 לכל מקרי הביטוח ולכל תקופת הביטוח.

תקופת המתנה של 12 חודשים רצופים מיום תחילת הביטוח.

מקרה הביטוח: מצב היריון תקין של המבוטחת, לרבות מעקב היריון על-פי המלצת רופא מומחה-גניקולוג, לידה וטיפול ביולדת וביילוד במהלך האשפוז לאחר הלידה, לרבות טיפול ביילוד, מרגע לידת ובמהלך 31 הימים הראשונים של חייו, מעקב רפואי שגרתי פוסט הריוני של היולדת. לעניין זה "מצב היריון תקין" - מהלך ההיריון ועד הלידה שלא נדרשת בגינו כל התערבות רפואית מעבר לבדיקות המעקב השגרתיות על פי אמות המידה המקובלות במדינת היעד או מדינת המוצא, לרבות לידת יילוד בריא בלידה וגנילית (כולל לידת מלקחיים או ואקום).

תקרת גבול אחריות המבטח והשתתפויות עצמיות מיוחדות - כמפורט בטבלת גבולות אחריות המבטח והשתתפויות עצמיות בסוף פוליסה זו. נא עיין גם בפרקים 3 ו-6 לעיל.

תת פרק 11 - סיבוכי היריון ולידה וטיפול ביילוד

תקרת גבול אחריות המבטח: עד סך של \$100,000 לכל מקרי הביטוח ולכל תקופת הביטוח.

תקופת המתנה של 12 חודשים רצופים מיום תחילת הביטוח.

מקרה הביטוח: כל מצב לא תקין של ההיריון; הפלה (שלא מסיבות אישיות ו/או סוציו-אקונומיות); מצב לא תקין של הלידה; טיפול ביילוד במהלך 31 הימים הראשונים לחייו, במסגרת הכיסוי שניתן ליולדת המבוטחת, אשר בגינו נדרשת התערבות רפואית נוספת מעבר למהלך התקין של הלידה כמוזכר לעיל (תת פרק 10), לרבות מחלות ו/או מומים שנוצרו במבוטחת ו/או בעובר ו/או ביילוד, כתוצאה ממהלך היריון לא תקין; מעקב רפואי פוסט הריוני של היולדת, אבחון וטיפול בבעיות רפואיות פוסט הריוניות של היולדת; אבחון טיפול ו/או מעקב בגין בעיות רפואיות של יילוד במהלך 31 הימים הראשונים לחייו, והכל במסגרת הכיסוי שניתן ליולדת המבוטחת. לעניין זה ייחשבו המצבים הרפואיים הבאים כסיבוכי היריון: פרה-אקלמפסיה, רעלת היריון, זיהום כליתי, סוכרת הריונית, אנמיה, זיהום של שלפוחית השתן, מיקום ו/או היתקת השליה, קרע ברחם, זיהום של השליה, אנדומטריוזיס, לידה מאוחרת (שבוע 42 ומעלה), ריגוש RH לדם העובר, צירים מוקדמים, "ירידת מים" יותר מ-12 שעות לפני הלידה, צוואר רחם מפסיק להתרחב, צירים מעבר ל-20 שעות, מוות תוך רחמי, היריון מחוץ לרחם, הקאות מופרזות או פתולוגיות קשורות או דומות. לעניין זה ייחשבו המצבים הבאים כסיבוכי לידה ו/או עובר או יילוד: ניתוח קיסרי, מצג אנומלי של העובר, זירוז צירים מסיבות רפואיות, מי שפיר לא תקינים, קצב לב איטי או מהיר, צניחת חבל הטבור, תסחיף מי שפיר בריאות, משקל לידה נמוך מ-2 ק"ג, לידת פג (פג - תינוק שנולד לפני השבוע ה-37 של ההיריון), לידה בהרדמה כללית של היולדת, מומים מולדים או פתולוגיות דומות או קשורות. תקרת גבול אחריות המבטח והשתתפויות עצמיות מיוחדות כמפורט בטבלת גבולות אחריות המבטח והשתתפויות עצמיות בסוף פוליסה זו.

תת פרק 12 - מעקב רפואי לתינוק ולילד

תקרת גבול אחריות המבטח: תקרת הפוליסה הכללית - עד לסך של \$5,000,000

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

תת פרק 13 - חיסונים

תקרת גבול אחריות המבטח: תקרת הפוליסה הכללית - עד לסך של \$5,000,000

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

תת פרק 14 - השתלות

תקרת גבול אחריות המבטח: \$500,000 לכל תקופת הביטוח להשתלות

\$5,000 להוצאות רפואיות של תורם חי כמפורט להלן

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

המבטח ישלם לספק השירות הוצאות בגין השתלה, עד לתקרת גבול אחריות המבטח כמפורט ברשימת גבולות אחריות המבטח. הערכת רופא מומחה לפני ההשתלה, תהליך ההשתלה, השתלה חוזרת, אם מתרחשת במהלך האשפוז של ההשתלה הראשונית וטיפול המשך לאחר ההשתלה. עלות קציר של איבר בבית-חולים, למעט קנייה או רכישה של איבר או רקמה בפועל או תמורה כלשהי בגין האיבר להשתלה, עד לסכום המפורט בטבלת גבול אחריות המבטח, השתתפויות עצמיות ואגרות המצורפת לפוליסה זו.

כל האמור מעלה יבוצע רק באמצעות ספקי שירותים שנמצאים בהסכם עם חברת הביטוח ובכפוף לקבלת אישור מראש ובכתב מידי המבטח (בהעדף אישור מראש והודעה מוקדמת למבטח - ר' הוראות 2.6 ובמיוחד 2.6.2 לפוליסה). הוצאות רפואיות שנוצרו אצל תורם חי של איבר או רקמה, במסגרת תהליך ההשתלה, הוצאות נסיעה ומלונאות, באמצעות ספק השירות עד לסכום המפורט בטבלת גבול אחריות המבטח, השתתפויות עצמיות ואגרות המצורפת לפוליסה זו.

בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק ההשתלות, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: (1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה; (2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

תת פרק 15 - בדיקות רפואיות תקופתיות

תקרת גבול אחריות המבטח: \$500 מצטבר בשנה קלנדארית

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

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

היסטוריה רפואית; מדידת גובה ומשקל; ייעוץ רפואי ובדיקה פיסיולוגית לרבות בדיקת ערמונית; בדיקת דם- ערכים כלליים לרבות רמת כולסטרול; בדיקת דם סמוי בצואה; בדיקה גניקולוגית כללית תקופתית, לרבות בדיקת שדיים ידנית; בדיקת Pap Smears; בדיקת צפיפות העצם; בדיקת ממוגרפיה;

תת פרק 16 - פינוי חירום רפואי

תקרת גבול אחריות המבטח: \$25,000 לכל מקרה ביטוח

מקרה הביטוח: הובלת חירום אווירית ו/או ימית, כתוצאה ממצב בריאותו של המבוטח, לבית-חולים או לשדה התעופה הקרוב לבית-חולים אליו מפונה או מועבר המבוטח, או לארץ המוצא על פי שיקול דעת המבטח לרבות הובלת חירום יבשתית ההכרחית לפני ההובלה האווירית או הימית ולאחריה. למען הסר ספק, מובהר כי חבות המבטח לפי פרק זה תהיה אך ורק אם התקיימו כל התנאים המצטברים המפורטים להלן:

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

תת פרק 17 - הוצאות רפואית נוספות

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

- א. גפיים מלאכותיות, תותבות עיניים, בית קול ושד-אביזרים פונקציונליים בסיסיים, אולם לא החלפה או תיקון, השכרת ציוד בר-קיימא רפואי נחוץ הכולל את הפריטים הבאים: מיטת בית-חולים בסיסית סטנדרטית ו/או כסא גלגלים בסיסי סטנדרטי עד למחיר הקנייה, והכל עד לתקרה המפורטת בטבלת גבול אחריות המבטח, השתפויות עצמיות ואגרות המצורפת לפוליסה זו.
- תקרת גבול אחריות המבטח: \$5,000 לכל תקופת הביטוח.
- ב. טיפולי פיזיותרפיה וכירופרקטיקה, ריפוי בדיבור או ריפוי בעיסוק עד 24 טיפולים בשנה קלנדרית; תקרת גבול אחריות המבטח - \$50 לכל טיפול.
- ג. טיפולי הקרנות וכימותרפיה; תקרת גבול אחריות המבטח: תקרת הפוליסה הכללית - \$5,000,000 לכל תקופת הביטוח.
- ד. המודיאליזה וחיובי בית-חולים בגין עיבוד ומתן דם או רכיבי דם, אולם לא עבור עלות רכישתם; תקרת גבול אחריות המבטח: תקרת הפוליסה הכללית - \$5,000,000 לכל תקופת הביטוח.
- ה. חמצן וגזים אחרים; תקרת גבול אחריות המבטח: תקרת הפוליסה הכללית - \$5,000,000 לכל תקופת הביטוח.
- ו. סמי הרדמה הניתנים למבוטח על-ידי רופא;
- ז. תקרת גבול אחריות המבטח: תקרת הפוליסה הכללית - \$5,000,000 לכל תקופת הביטוח.
- ח. שירות טיפול סיעודי בבית המבוטח, בהמשך רצוף לאשפוז בבית-חולים, על-ידי עובד סיעוד מוסמך ועל-פי צורך רפואי שנקבע על-ידי רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי, שירות טיפול רפואי במוסד רפואי סיעודי ו/או שיקומי, בהמשך רצוף לאשפוז בבית-חולים, על-פי צורך רפואי שנקבע על-ידי רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי. תקרת גבול אחריות המבטח: עד סך של \$50,000 לכל תקופת הביטוח.
- ט. טיפול חירום דנטלי ו/או ניתוח דנטלי הנחוצים לשיקום או החלפה של שיניים יציבות, טבעיות שאבדו או ניזוקו בתאונה שהייתה מכוסה תחת הפוליסה. תקרת גבול אחריות המבטח: תקרת הפוליסה הכללית - \$5,000,000 לכל תקופת הביטוח.

פרק 8 | הארכת תקופת הפוליסה

8.1. מבוא

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

8.2. מקרה הביטוח

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

8.3. חבות המבטח

8.3.1. בכפוף לסף תשלום תגמולי ביטוח נוסף בסך הנקוב בטבלת השתתפויות עצמיות לשנה

קלנדרית ולהשתתפויות העצמיות האחרות המופיעות בפוליסה, החל מתום תקופת הביטוח, בפוליסות הכוללות תקופת ביטוח קצובה כמפורט בדף הרשימה ו/או החל מהמועד בו הפך המבוטח לאזרח מדינת היעד, ימשיך המבטח לשאת באחריות בגין מקרי ביטוח שהיווצרותם ו/או התרחשותם ארעה בפועל במהלך תקופת הביטוח וזאת למשך 12 חודשים רצופים (להלן: "תקופת ההארכה").

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

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

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

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

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

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

8.4. כללי

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

8.4.2. אין שינוי ביתר הוראות הפוליסה היסודית.

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

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

9.2 הגדרות

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

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

9.2.3 "זכאות לשירות" - זכאות המבוטח לקבלת מלא השירותים הרפואיים הכלולים בחוק הבריאות בהתאמה לסוג הכיסויים הכלולים בפוליסה היסודית.

9.2.4 "תקופת המתנה" - פרק זמן הנקוב או אשר יהיה נקוב בחוק הבריאות ו/או חוק המל"ל, אשר במהלכו בהתאם להוראות החוקים האמורים לא תהיה למבוטח זכאות לשירות בעת חזרתו לישראל, לאחר שהייה מחוץ לגבולות מדינת ישראל. למען הסר ספק, מובהר כי תקופת ההמתנה על פי הוראות נספח זה, לא תעלה על 6 חודשים רצופים מהמועד הקובע.

9.2.5 "ספק השירות" - שירותי בריאות כללית ו/או ספק שירות אחר המצוי בהתקשרות עם המבטח, כפי שיפורסם על ידי המבטח.

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

9.3 מקרה הביטוח

שירות רפואי ו/או אחר הכלול בזכאות לשירות אשר יוענק למבוטח, עקב צורך רפואי, במהלך תקופת ההמתנה (כהגדרתה בסעיף 9.2.4 לעיל) בכפוף לקיומם של התנאים וההוראות הנקובים בסעיף 9.5 להלן.

9.4 חבות המבטח

9.4.1 החל ממועד הקובע, ובכפוף לקיומם של ההוראות והתנאים המפורטים בסעיף 9.5 להלן, יהיה המבוטח זכאי לקבלת השירות הרפואי הכלול בזכאות לשירות על ידי ספק השירות במהלך תקופת ההמתנה.

9.4.2 המבטח ישלם לספק השירות, בקרות מקרה הביטוח עבור הוצאות המבוטח בגין שירותים רפואיים הכלולים בזכאות לשירות.

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

9.5 תנאי הביטוח

- 9.5.1 בעל הפוליסה ו/או המבוטח יודיע למבטח על רצונו בהפעלת הכיסוי הביטוחי הכלול בפרק זה בתוך 30 יום מהמועד הקובע.
- 9.5.2 הענקת הזכאות כהגדרתה בביטוח זה, תבוא במקום הכיסוי הביטוחי הכלול בפרקי התנאים המיוחדים בביטוח היסודי.
- 9.5.3 הוראות התנאים הכלליים בביטוח היסודי יחולו במלואן גם לגבי הזכאות לשירות.
- 9.5.4 בעל הפוליסה ו/או המבוטח יודיע למוסד לביטוח לאומי על שובו לישראל שלא למטרת ביקור ויסדר את תשלומיו לו בתוך 30 יום מהמועד הקובע. למען הסר ספק, מובהר כי אין בקיומו של ביטוח נוסף זה בכדי לפטור את בעל הפוליסה ו/או המבוטח, מביצוע תשלומי דמי ביטוח לאומי ו/או מס בריאות ממלכתי הקיימים לגביהם.
- 9.5.5 בעל הפוליסה ו/או המבוטח יהיו זכאים לכיסוי ביטוחי נוסף זה אך ורק אם היו מבוטחים בפוליסה היסודית במהלך 12 חודשים רצופים טרם המועד הקובע.

9.6 ביטול הביטוח הנוסף - תוקף ביטוח נוסף זה יפוג בקרות אחד המקרים דלהלן, הקודם מביניהם:

- 9.6.1 שובו של בעל הפוליסה ו/או המבוטח לישראל טרם חלוף 12 חודשים רצופים בביטוח במסגרת הפוליסה היסודית טרום המועד הקובע.
- 9.6.2 במידה וביטל המבוטח את הביטוח הנוסף כאמור בסעיף 7.1 לעיל יוחזרו למבוטח דמי הביטוח עבור הביטוח הנוסף, בניכוי הוצאות המבטח.
- 9.6.3 תום תקופת ההמתנה (כהגדרתה בסעיף 9.2.4).
- 9.6.4 כאשר הפוליסה היסודית תבוטל מסיבה כלשהי.

9.7 כללי

- 9.7.1 בכל מקרה בו התווסף ביטוח נוסף זה לפוליסה היסודית, בכל עת שהיא, אחרי מועד תחילת הפוליסה היסודית, ייכנס ביטוח נוסף זה לתוקף ביום הוספתו לפוליסה היסודית ובכפוף לתנאים הכלליים של הפוליסה היסודית.
- 9.7.2 מועד תחילת הביטוח, לעניין ביטוח נוסף זה, ייחשב המועד בו מתקבל המבוטח לביטוח נוסף זה על ידי המבטח, כמצוין בדף הרשימה.
- 9.7.3 במקרה של סתירה בין הוראות נספח זה להוראות הפוליסה היסודית יחולו הוראות נספח זה.
- 9.7.4 כל האמור לגבי מבוטח בלשון זכר יחול גם על מבוטחת במסגרת פוליסה זו.

פרק 10 | הטבות מיוחדות

איחוד משפחות

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

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

מתן השירות הינו באמצעות ספקי שירות שבהסכם עם המבטח.

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

תקרת גבול אחריות המבטח: עד סך של \$1,000 לכל תקופת הביטוח.

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