



חבר בריאות

התנאים הכלליים של הפוליסה לביטוח רפואי

המגן חברה לביטוח בע"מ (שתיקרא להלן - "החברה") מתחייבת בזה - על יסוד ההצעה, ההודעות וההצהרות האחרות שנמסרו בכתב לחברה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח, המהוות חלק בלתי נפרד מהפוליסה, ובהתאם לכל התנאים של הפוליסה - לשלם כמצויין בפוליסה את הסכום המגיע לתשלום לאחר שתוגש לחברה הוכחה להנחת דעתה על קרות מקרה הביטוח ובתנאי מפורש שהפרמיות שולמו כסדרן ובמועדיהן לחברה.

סעיף 1: הגדרות ופירושים

בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצידם:

הפוליסה: חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה לבין החברה, לרבות ההצעה וכל נספח ותוספת המצורפים לו.

בעל הפוליסה: האדם, חבר בני האדם או התאגיד, העושה את הביטוח בחברה ואשר שמו נקוב בפוליסה כבעל הפוליסה.

המבוטח: האדם ובני משפחתו, אשר שמו/ם נקוב/ים בפוליסה כמבוטח/ים.

בן משפחה: בת/בן זוג של המבוטח וילדיהם הלא נשואים שגילם אינו עולה על 17 שנה ביום תחילת הביטוח או ביום חידוש הפוליסה, לפי המאוחר.

יחידת סכום ביטוח: סכום הביטוח כנקוב בדף פרטי הביטוח, עבור "חבר בריאות".

ההסכם: ההסכם בין החברה לבין נותן שירות כלשהו בקשר לפוליסה זו.

הפרמיה: דמי הביטוח ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה לפי תנאי הפוליסה.

ישראל: מדינת ישראל לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.

חו"ל: כל ארץ מחוץ לישראל למעט מדינות אויב.

רופא: רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא.

סעיף 2: תוקף הפוליסה

הפוליסה נכנסת לתוקפה החל מהתחלת הביטוח כמצויין בדף פרטי הביטוח אך לא לפני תשלום הפרמיה הראשונה, בתנאי שמיום הבדיקה הרפואית או מיום חתימת המבוטח על הצהרת בריאות ועד ליום שבו החליטה החברה על הסכמתה לעריכת הפוליסה לא חל שינוי בבריאותו של המבוטח. שולמו לחברה כספים על חשבון פרמיות לפני שהחברה החליטה על עריכת הפוליסה, לא ייחשב התשלום כהסכמת החברה לעריכת הביטוח. החברה תחזיר כספים אלה ששולמו בתוספת הצמדה וריבית כדין, אם לא יצא הביטוח אל הפועל.

סעיף 3: חובת גילוי

ניתנו על ידי המבוטח ו/או בעל הפוליסה תשובות או הצהרות שאינן מלאות וכנות לשאלות הנוגעות למצב בריאותו ועיסוקיו של המבוטח, או שלא הובאו לידיעת החברה עובדות הנוגעות בענין מהותי לעניינים אלה, אשר אילו הובאו לידיעתה לא היתה החברה מתקשרת על פי פוליסה זו, יחולו ההוראות הבאות:

א. נודע הדבר לחברה בטרם קרה מאורע הביטוח, תהא החברה רשאית לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ו/או למבוטח, והחברה תחזיר במקרה כזה את הפרמיות ששולמו בתוספת הפרשי הצמדה וריבית כדין.

ב. נודע הדבר לחברה לאחר שקרה מאורע הביטוח, תהיה החברה פטורה מכל אחריות על פי פוליסה זו.

ג. האמור לעיל לא יגרע מכל תרופה לה זכאית החברה על פי כל דין.

סעיף 4: תנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קיים

פוליסה זו אינה מכסה מקרי ביטוח הנובעים ממצב רפואי קיים, אשר משמעו לעניין פוליסה זו הוא לפחות אחד מאלה:

א. מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח.

ב. מקרה הביטוח אירע לפני חלוף תקופת האכשרה הנקובה בכל פרק.

ג. מקרה הביטוח הינו תוצאה של המהלך הרגיל או סיבוך של מחלה או של מערכת נסיבות רפואיות אשר התגלו אצל המבוטח לפני תחילת תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.

סעיף 5: סייגים כלליים לאחריות החברה

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

א. מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.

ב. מקרה הביטוח נגרם עקב אי שפיות, ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית מכוונת, אלכוהוליזם, שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראות רופא שלא לצורך גמילה.

ג. מקרה הביטוח אירע, במישרין או בעקיפין, כתוצאה ממחלת המבוטח בתסמונת הידועה ככשל חיסוני נרכש (AIDS).

ד. מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני, או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי או פעולה מלחמתית או פעולה צבאית או פעולת טרור.

ה. מקרה הביטוח נגרם מתאונת דרכים ו/או תאונת עבודה ו/או שירות צבאי (מילואים, סדיר או קבע).

ו. מום או מחלה מלידה, לרבות מחלות תורשתיות.

ז. שרותו של המבוטח בצבא, אם זכאי לפיצוי או למימון כלשהו של הוצאות הטיפול מגורם ממשלתי.

ח. טיסה בכלי טיס כלשהו למעט טיסה כנוסע בכלי טיס
אזרחי בעל כשירות להובלת נוסעים.

סעיף 6: תשלום תגמולי ביטוח

א. החברה תהיה רשאית, על פי שקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות.

מבלי לגרוע מהאמור לעיל, יהיה המבוטח זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנוותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שרות רפואי כמפורט בפוליסה, ובלבד שזכויותיו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.

ב. תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים הניתנים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע חוץ ובלבד שימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.

החברה לא תכסה הוצאות בגין נסיעות או הוצאות של מלווים הכרוכות בניתוח או טיפולים רפואיים הניתנים בחו"ל, אלא אם הדבר צויין במפורש בפוליסה.

ג. המבוטח יהיה זכאי חינם (ללא תשלום מצידו) לשירותי חרום ועזרה ראשונה לטיפול השנייים הבאים, ובכפוף לאמור להלן:

(1) בדיקה וצילום השן ו/או השיניים הכואבות, סתימה זמנית, מרשם מתאים לשיכוך הכאב (לא כולל עלות התרופות במרשם) במקרה ולא ניתן לטפל בשן באותה עת, עקירה דחופה, ניקוז מורסות משן נגועה, הדבקה ארעית של כתרים שנפלו ועקירת עצב מודלק.

(2) הטיפול האמור יינתן אך ורק במרפאות החירום המיועדות לכך והמופעלות לשרות מבוטחי החברה בלבד בכל רחבי הארץ.

הפניה לטיפול הינה אך ורק באמצעות פניה למוקד חרום למבוטחי מגדל-שן שמספרו מופיע על כרטיס המבוטח, והמוקד יפנה את המבוטח לאחר בדיקת זכאותו למרפאה הקרובה למקום המצאו.

(3) טפול חרום ינתן רק אם המבוטח יציג למרפאה המעניקה שרות זה תעודת מבוטח בצרוף תעודת הזהות שלו.

(4) קיבל המבוטח טפול חרום במרפאה שלא על פי הנחיות מוקד החרום של החברה ו/או שילם עבור טפול החרום, לא יהיה זכאי לקבל החזר ו/או שיפוי.

ד. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק, לפי העניין.

ה. (1) היתה למבוטח בשל מקרה הביטוח זכות שיפוי כלפי אדם שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זאת לחברה מששילמה למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה, ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מן האדם השלישי שיפוי מעל תגמולי ביטוח שקיבל לפי פוליסה זאת.

קיבל המבוטח מהאדם השלישי שיפוי שהיה מגיע לחברה לפי סעיף זה, יראה המבוטח כמחזיק בנאמנות את הסכומים שקיבל ומגיעים לחברה ועליו להעבירם לחברה; עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה לחברה כאמור לעיל, עליו לפצותה בשל כך.

המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שידרש ממנו ובמידה סבירה לשם מימוש זכותה של החברה כאמור לעיל.

(2) היו מקרי הביטוח לפי פוליסה זו, מכוסים כולם או מקצתם אצל יותר ממבטח אחד לתקופות חופפות, על המבוטח להודיע על כך למבטחים בכתב מיד לאחר שנעשה ביטוח הכפל או לאחר שנודע לו על כך.

סעיף 8: סכום הביטוח

- א. הסכום המרבי אשר החברה תשלם כתגמולי ביטוח בגין כל פרק לא יעלה על הסכום הנקוב באותו פרק.
- ב. סכומי הביטוח הנקובים בדולרים יומרו למטבעות אחרים לרבות לש"ח על פי הכללים הקבועים בסעיף "תשלום תגמולי ביטוח" לעיל.

סעיף 9: תשלום הפרמיות

- א. זמן הפרעון של פרמיה הוא האחד בחודש בו נקבע תשלומה.
- ב. במקרה של תשלום הפרמיות ע"י הוראת קבע לבנק לתשלום פרמיות (שירות שיקים או כרטיס אשראי) תראה החברה את זיכוי חשבונה בבנק כתשלום הפרמיה.
- ג. לפרמיות שלא שולמו במועדן, תוסף במועד תשלומן, בנוסף להפרשי הצמדה כאמור בסעיף 12, ריבית כפי שתיקבע ע"י החברה באותה עת, מיום היווצר הפיגור ועד לפרעון בפועל בחברה, ובלבד ששיעור הריבית לא יעלה על שיעור הריבית המירבי בהתאם לחוק הריבית התשי"ז - 1957.

סעיף 10: תקופת הביטוח

- א. מבוטח שתחילת תקופת הביטוח חלה בהיותו בגיר, דהיינו, בהיותו בן למעלה מ-18 שנה, תהיה תקופת הביטוח לכל ימי המבוטח.
- ב. מבוטח שתחילת תקופת הביטוח חלה בהיותו מתחת לגיל 18, יפוג תוקפה ביום הולדתו ה-18 של מבוטח קטין או ביום גיוסו לצה"ל, המוקדם מביניהם.

סעיף 11: תנאי הצמדה

- א. סכום הביטוח והפרמיה יהיו צמודים למדד יוקר המחיה, כמפורט להלן.

עלה סך תגמולי הביטוח להם זכאי המבוטח בגין מקרה ביטוח המכוסה על פי כל פוליסות הביטוח שנערכו על ידו ו/או עבורו, על ההוצאות בפועל שהוציא המבוטח בגין אותו מקרה ביטוח (להלן - "ההוצאות המכוסות"), תהיה החברה זכאית להתנות את תשלום תגמולי הביטוח על-פי פוליסה זו, בהמחאת זכויותיו של המבוטח על פי הפוליסות האחרות לחברה, לגבי סכום תגמולי הביטוח העולים על חלקה היחסי של החברה בהוצאות המכוסות.

סעיף 7: תביעות

החברה תשלם למבוטח התחייבותיה או תעביר ישירות את ההוצאות לנותן השירות על פי תנאי הפוליסה זו אם נתקיימו כל אלה:

- א. המבוטח הודיע לחברה מראש על הצורך בביצוע ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו וקיבל אישור החברה לביצועו. קבלת אישור החברה לפני ביצוע הניתוח הוא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פוליסה זו. בוצע ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו עקב מצב חירום רפואי שחייב ניתוח דחוף במבוטח שמנע ממנו להודיע לחברה מראש על כך תדון החברה בתביעה לאחר הניתוח.
- ב. המבוטח חתם על כתב ויתור על סודיות רפואית ומסר לחברה את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת כל המסמכים המקוריים הרפואיים והאחרים שהחברה דורשת לבירור התביעה.
- ג. המבוטח המציא לחברה קבלות מקוריות המאשרות ביצוע תשלום ההוצאות בפועל ע"י המבוטח.
- ד. החברה זכאית לנהל על חשבונה כל חקירה, לבדוק את המבוטח ע"י רופא אחד או יותר מטעמה, הכל כפי שייקבע על ידה וכפי שתמצא לנכון.

סעיף 13: ביטול הביטוח

- א. ביטול על ידי החברה
החברה תהיה רשאית להודיע למבוטח על ביטול הפוליסה במקרים הבאים:
- (1) המבוטח אינו משלם או לא שולמו בגינו דמי ביטוח כסדרם. הביטול יהיה על פי הכללים הקבועים בחוק חוזה הביטוח.
 - (2) המבוטח העלים מן החברה עובדה מהותית, כקבוע בחוק הביטוח.
 - (3) המבוטח הגיש לחברה תביעה כוזבת לתשלום תגמולי ביטוח מתוך כוונת מרמה.
 - (4) כל עילה אחרת המזכה את החברה בזכות לבטל את הפוליסה על פי החוק או על פי כל דין אחר.

- ב. ביטול על ידי בעל הפוליסה
- (1) בעל הפוליסה רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב לחברה והביטול ייכנס לתוקמו עם קבלת ההודעה ע"י החברה.
 - (2) מוסכם בזה כי ביטול ע"י בעל הפוליסה אשר צירף לביטוח בן משפחה, משמעו גם ביטול הביטוח לגבי בן משפחה כאמור.
 - (3) למען הסר ספק, החברה לא תהיה אחראית עפ"י פוליסה זו אם שולמה פרמיה עבור בן משפחה שהוא ילד בגין תקופה שלאחר הפסקת הכיסוי הביטוחי עפ"י סעיף 10 (ב) לעיל. פרמיה ששולמה כאמור לעיל תוחזר לבעל הפוליסה.

סעיף 14: מיסים והיטלים

- א. בעל הפוליסה, המבוטח או המוטב - לפי הענין - חייב לשלם לחברה דמי הפוליסה ואת המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על הפוליסה או המוטלים על הפרמיות, על סכומי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה מחוייבת לשלם על פי הפוליסה, בין אם המיסים האלה

ב. מדד - משמעו מדד המחירים הידוע בשם מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לא.

- ג. המונח המדד היסודי -
- (1) לגבי תשלומי הפרמיה - הוא המדד האחרון הידוע בתחילת הביטוח ונקוב בפוליסה.
 - (2) לגבי קביעת הסכומים המופיעים בפרקים א', ב', ו-ג' - הוא המדד שצויין בפרקים הנ"ל.

- ד. המונח "היום הקובע" הוא:
1. לגבי תשלום הפרמיה - יום תשלומה בפועל לחברה.
 2. לגבי תשלום תגמולי הביטוח - יום התשלום על ידי החברה.

- ה. המדד הקובע - המדד האחרון שפורסם לפני היום הקובע.
- ו. סכום הביטוח והפרמיה יוצמדו לשיעורי עליית המדד, מן המדד היסודי ועד המדד הקובע.
- ז. המדד היסודי הנקוב בפוליסה מותאם למדד הבסיסי של 100.0 נקודות מחודש ינואר 1959, מחולק ב-1000.
- ז. המדד היסודי הנקוב בפוליסה מותאם למדד הבסיסי של תגמולי ביטוח או השתתפות עצמית או דמי שירות המשולמים ע"י המבוטח הנקובים בדולרים ישולמו על פי השער היציג של הדולר ביום התשלום.

סעיף 12: ביצוע ניתוח או השתלה לאחר תום תקופת הביטוח

אחריות החברה בגין ניתוח שהצורך לביצועו נקבע ואושר ע"י החברה לפני ביטול הפוליסה, תחול לכל המאוחר עד 90 יום מיום הביטול. אחריות החברה בגין השתלה שהצורך לביצועה נקבע ואושר ע"י החברה לפני ביטול הפוליסה, תחול לכל המאוחר עד 270 יום מיום הביטול.

קיימים ביום עריכת הפוליסה ובין אם הם יוטלו במועד שלאחר מכן.

ב. מיסים והיטלים ו/או הוצאות בגין המרת סכום הביטוח או חלקו או הוצאות מוכרות או חלקן למטבע חוץ והוצאות העברתו לחו"ל, אם ישולמו על ידי החברה, יהיו חלק מתגמולי הביטוח על פי פוליסה זו בכפוף לתקרת סכום הביטוח המירבי.

סעיף 15: התיישנות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח על פי פוליסה זאת היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

סעיף 16: תחולת חוקים

א. הוראות חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981 יחולו על פוליסה זאת בכל אותם עניינים שלא הוסדרו בפוליסה עצמה.

ב. היה ויחולו שינויים בסל שירותי הבריאות לפי חוק הבריאות, תהיה החברה רשאית לערוך בפוליסה את השינויים המתבקשים מכך בכפוף לאישור מראש של המפקח על הביטוח.

סעיף 17: הודעות

על המבוטח להודיע לחברה על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום. הודעה שנשלחה על ידי החברה לכתובתו האחרונה הידועה לה של המבוטח תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.

סעיף 18: מקום השיפוט

מקום השיפוט הבלעדי והיחיד בכל הקשור והנובע מפוליסה זאת יהיה אך ורק בעיר תל-אביב-יפו.

פרק א'

ביטוח השתלות מורחב

ביטוח נוסף להשתלות בישראל ובחו"ל ולטיפולים מיוחדים בחו"ל

(תכנית 446, או 447, או 448)

3. אושר ע"י רופאים מומחים בתחום הנדרש וכן על ידי רופא החברה, האמור בס"ק (1) ו-(2) לעיל (להלן "הטיפול המיוחד").

4. סכום הביטוח

א. עבור השתלה – סכום ההוצאות בפועל שהמבוטח חייב לשלמן עבור ביצוע ההשתלה בכפוף לאמור בסעיף 5(א) להלן.

ב. עבור טיפול מיוחד – סכום מירבי לשיפוי השווה ל- 4,700 יחידות סכום ביטוח אך לא יותר משיעור ממנו, כמפורט בסעיף 5(ב) להלן.

5. הכיסוי הביטוחי

קרה מקרה הביטוח, תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל עבור שירותים רפואיים כמפורט בס"ק (א) או (ב) להלן, אותם קיבל המבוטח כצורך רפואי להשתלה או לטיפול מיוחד לפי העניין, במשך תקופת הביטוח על פי פרק זה.

חבות החברה הינה עד שתי השתלות של איבר מאותו סוג בשנה אחת ועד ארבע השתלות של איבר מאותו סוג במהלך חיי המבוטח.

מובהר בזה כי סה"כ התשלומים המצטברים שתשלם החברה במשך כל תקופת הביטוח על פי פרק זה, לא יעלה ביחד על 4700 יחידות סכום ביטוח בגין כל הטיפולים המיוחדים שיקבל המבוטח.

1. ביטוח זה כלול בפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה.

2. הגדרות

המבוטח: על פי פרק זה, הוא המבוטח על פי הפוליסה הבסיסית, לרבות בת/בן הזוג ו/או ילדי המבוטח שבוטחו, אם בוטחו וכל עוד הם מבוטחים כמסגרת פוליסה זו, אלא אם צויין אחרת.

ישראל: מדינת ישראל לרבות השטחים תחת שלטון ישראל. **חו"ל:** כל מדינה מחוץ לישראל למעט מדינת אויב.

3. מקרה הביטוח:

א. **השתלה:** הוצאת איבר מהאיברים: לב, לב-ריאה, کلیה, בלבב, כבד או מח עצמות מגופו של המבוטח עקב הפסקת תיפקודו של אותו איבר והשתלת איבר אחר במקומו אשר נלקח מגופו של אדם אחר, ובלבד שרופא מומחה בתחום הרפואי הנוגע לענין קבע הצורך בביצוע ההשתלה (להלן: "ההשתלה").

ב. **טיפול מיוחד:** ניתוחים וטיפולים רפואיים אחרים בחו"ל שמתקיימים בהם כל התנאים המצטברים הבאים:

1. לא ניתן לבצעם מבחינה רפואית בישראל ואין להם טיפול חלופי בישראל.
2. אי ביצועם המידי מסכן את חיי המבוטח.

להלן פירוט התשלומים להשתלה ולטיפול מיוחד:

א. תשלום בגין השתלה

1. תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח.
2. תשלום עבור אישפוז בחו"ל, עד 30 יום לפני ביצוע ההשתלה ועד 180 יום לאחר ביצועה.
3. תשלום עבור השגת האיבר: להשתלה, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.
4. תשלום לצוות המנתח עבור השרותים הרפואיים שניתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה.
5. תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח, ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל.
6. תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה - עד 450 יחידות סכום ביטוח.
7. תשלום עבור הוצאות שהייה סבירות של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל - עד 450 יחידות סכום ביטוח.
8. תשלום עבור המשך טפולים הנובעים מביצוע ההשתלה - עד 450 יחידות סכום ביטוח.
9. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה - עד 225 יחידות סכום ביטוח.

ב. תשלום בגין טיפול מיוחד

1. תשלומים כמפורט בסעיפים קטנים א (1), א (2), א (4), א (5), א (6), א (7) ו-א (9) הג"ל בשינויים כדלהלן:—
- בכל מקום בו מופיעה המילה "השתלה", יש לקרוא "טיפול מיוחד".
- בסעיפים א (6), א (7) ו-א (8) במקום "עד 450 יחידות סכום ביטוח" יבוא "עד 5% מסכום

הביטוח לטיפול מיוחד" ובסעיף א (9) במקום עד "225 יחידות סכום ביטוח" יבוא "עד 2.5% מסכום הביטוח לטיפול מיוחד".

— כל התשלומים לטיפול מיוחד על פי הסעיפים הנ"ל יהיו בגין הוצאות שהוצאו בחו"ל.

2. תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל - עד 5% מסכום הביטוח לטיפול המיוחד.
3. לצורך ביצוע השתלה, על המבוטח לפנות לחברה לקבלת הפניה למרכז בינלאומי הקשור בהסכם עם החברה (להלן: חברת שרות).
- בוצעה במבוטח השתלה המכוסה על פי פרק זה, אשר ביצועה אושר מראש ע"י החברה ונעשתה לאחר הפנית המבוטח באמצעות "חברת שרות", תכסה החברה את הוצאות ההשתלה בהן היא חייבת על פי פרק זה במלואן.
- בוצעה במבוטח השתלה המכוסה על פי פרק זה, אולם ביצועה לא אושר מראש ע"י החברה, ו/או נעשתה שלא באמצעות "חברת שרות", תשלם החברה את הוצאות ההשתלה כפי שהיו למבוטח, אם היתה נעשית באמצעות "חברת שרות".

6. חריגים

א. החברה לא תהיה אחראית לביטוח על פי פרק זה, אם ביום כניסת פרק זה לתוקף היה ידוע למבוטח או היתה קיימת לגביו אבחנה הקובעת קיום צורך בהשתלה ו/או בטיפול מיוחד.

ב. החברה לא תהיה אחראית לתשלום סכום הביטוח במלואו או בחלקו בכל אחד מהמקרים הבאים:

1. המבוטח העלים מידע על מצב בריאותו בהצהרה עליה חתם.
2. מקרה הביטוח נובע מאירוע בגינו זכאי המבוטח לשיפוי מצד שלישי כלשהו.
3. הצורך בהשתלה ו/או בטיפול מיוחד נובע מהתמכרות המבוטח לסמים ו/או אלכוהול.

4. הצורך בהשתלה ו/או בטיפול מיוחד נובע ממחלת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) על כל צורותיה.

ג. החברה לא תהיה אחראית בכל אופן שהוא לכל נזק העלול להיגרם לאדם ממנו נלקח האיבר לצורך השתלתו כגופו של המבוטח.

ד. חריגים מיוחדים

1. היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות לאירוע עקב תאונת עבודה על פי חוק המוסד לביטוח לאומי, או תאונת דרכים כקבוע בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים - לא תישא בהן החברה.

2. אם מקרה הביטוח מכוסה ע"י יותר ממבטח אחד, או על פי חוק או על ידי גורם ממלכתי (כולל קופת חולים) תהיה החברה אחראית כלפי המבוטח יחד ולחוד עם הגורמים החייבים האחרים לגבי תגמולי הביטוח המגיעים למבוטח. על בעל הפוליסה להודיע על כך למבטחים בכתב מיד לאחר ביטוח הכפל או לאחר שנודע לו עליו.

ה. החברה אינה אחראית לטיפול

למען הסר ספק מובהר ומוסכם בזאת כי בחירת הרופא המטפל על פי הסכם זה והטיפול והשירותים המכוסים על פי פרק זה נעשים על ידי המבוטח וכי החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח כתוצאה מטיפול או שירות המכוסה על פי פרק זה.

7. תקופת הביטוח

א. תוקף הביטוח על פי פרק זה יהיה לתקופה של שנה אחת מתאריך כניסתו לתוקף.

ב. בתום כל שנה יוארך תוקף הביטוח לתקופות ביטוח נוספות בהתאם לתנאים והפרמיה כפי שיקבעו ע"י החברה מעת לעת, וללא הוכחה חדשה על מצב בריאותו של המבוטח.

ג. החברה תהיה רשאית לא להאריך את תוקף ביטוח זה ובתנאי שהחלטה זו תהיה תקפה ותחול לגבי כל המבוטחים בחברה במסגרת ביטוח זה.

8. שינוי פרמיה

א. הפרמיה בגין פרק זה נקבעת על פי מספר המבוטחים בפוליסה ובמקרה של שינוי במספר המבוטחים היא תשתנה בהתאם.

ב. בנוסף לאמור בס"ק (א) לעיל, תהיה החברה זכאית לשנות את הפרמיה והתנאים של ביטוח זה לכלל המבוטחים בביטוח זה. שינוי כזה יהא תקף בתנאי שהמפקח על הביטוח אישר את השינוי ולאחר 30 יום מהיום שבו הודיעה החברה בכתב למבוטח על כך.

9. הצמדה

הפרמיה לביטוח זה ויחידת סכום הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן בכפוף לתנאי ההצמדה של הפוליסה.

10. תביעות

לאחר קרות מקרה הביטוח, תשלם החברה למבוטח את התחייבותיה על פי פרק זה עבור השתלה או טיפול מיוחד שבוצעו בתקופת הביטוח, בכפוף לאמור להלן:—

א. על המבוטח להודיע מיד לחברה על הצורך בהשתלה או בטיפול מיוחד ולמסור לה את כל המסמכים הרפואיים והאחרים שיידרשו על ידיה לביטוח חבותה.

ב. החברה תהיה זכאית לנהל על חשבונה כל חקירה, לבדוק את המבוטח ע"י רופא אחד או יותר מטעמה, הכל כפי שייקבע על ידה וכפי שתמצא לנכון.

ג. החברה נתנה את הסכמתה לשאת בהוצאות בגין השתלה או טיפול מיוחד על פי פרק זה.

ד. תשלומים במטבע חוץ יחושבו לפי שער מכירה (העברות והמחאות) שיהיה נהוג בבנק לאומי לישראל ביום ביצוע התשלום בתוספת כל היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום כזה.



פרק ב'

**כתב שירות - ביקור רופא פרטי - 24 שעות ביממה
בדיקות מעבדה בבית**

כתב שירות זה כלול בפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה.

1. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצדם.

- "חברת הביטוח"** - מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או המגן חברה לביטוח בע"מ.
- "פוליסת הביטוח"** - פוליסת ביטוח שהוצאה על ידי חברת הביטוח, ואשר על פי החלטת חברת הביטוח, המבוטח על פיה, המחזיק בכתב שירות זה, זכאי לקבל את השרותים על פי כתב שירות זה (להלן - "המבטחת").
- "מבוטח"** - בעל/ת פוליסת ביטוח תקפה לרבות בת/ן הזוג וילדיהם עד גיל 18 הגרים עמם (להלן - "המשפחה המבוטחת") בכפוף לסעיף 3.2.3.
- "יורופ אסיסטנס"** - יורופ אסיסטנס ישראל בע"מ.
- "רופא"** - רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות בישראל ובעל רשיון מטעם משרד הבריאות לעסוק ברפואה.
- "רופא הסכם"** - רופא אשר התקשר עם יורופ אסיסטנס ו/או עם נותן שירותים מטעמה, בהסכם למתן טיפול למנוייה.

- "מעבדת הסכם" - מעבדה אשר התקשרה עם יורופ אסיסטנס ו/או עם נותן שירותים מטעמה, בהסכם לביצוע בדיקות מעבדה למנוייה.
- "מוקד השרות" - מוקד טלפוני ארצי בקו ירוק מס' 1-800-644-544 (רב קווי), המאפשר שיחת טלפון בחינם.
- "המדד" - מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- "חג" - מועדי ישראל שהנם ימי שבתון.
- "מדד הבסיס" - מדד חודש דצמבר 2000 אשר פורסם ביום 15.1.2001.
- "המועד הקובע" - מועד תחילת תקופת הביטוח על פי פוליסת הביטוח, הנקוב בדף פרטי הביטוח.

2. השרות

- 2.1 המבוטח יהא זכאי לקבל שרות ביקור רופא פרטי כמפורט בסעיף 2.2 להלן ע"י אחד מרופאי ההסכם, ושרות בדיקות מעבדה כפורט בסעיף 2.3 להלן. השרות יינתן בביתו של המבוטח או בכל מקום ישוב אחר בו ימצא המבוטח הנזקק לשרות או, במקרה של שרות ביקור רופא פרטי - שהמבוטח הנזקק לשרות יופנה לקבלת השרות הרפואי באחד ממוקדי השרות הרפואי המופעלים על ידי יורופ אסיסטנס, הנמצא בסמוך למקום הימצאו (להלן - "**המוקדים הרפואיים**"), וזאת ללא כל תוספת מחיר לדמי השרות האמורים להלן, הכל לפי בחירת המבוטח (ובכפוף לשעות הפעילות של המוקדים הרפואיים כאמור להלן). האמור לעיל כפוף לסעיפים 3.4 ו- 3.8 להלן.
- 2.2 המבוטח יהא זכאי לקבל **שרות ביקור רופא פרטי** כמפורט להלן:
 - 2.2.1 מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמבוטח החולה (להלן - "**החולה**") או מבני משפחתו.
 - 2.2.2 בדיקה גופנית של החולה לרבות שימוש במכשירי עזר המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוחדי לשון (שפדלים), פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ-דם, קרדיו-פון, הכל כפי שידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

- 2.2.3 קביעת אבחנה רפואית.
- 2.2.4 קבלת תרופות ראשוניות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.
- 2.2.5 קבלת מרשם לתרופות לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.
- 2.2.6 הפנייה להמשך טיפול לרופא המשפחה/רופא ילדים, המטפל בחולה באופן שוטף (ו/או רופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.
- 2.2.7 הפניית החולה לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.
- 2.2.8 מתן תעודת רפואית.
- 2.2.9 פינוי חינוך באמבולנס - במקרה שרופא ההסכם שבדק את החולה בעקבות קריאתו לקבלת השרות, יחליט על פינויו באמבולנס, תשלם יורופ אסיסטנס למנוי את סכום הפינוי באמבולנס ששולם על ידו וזאת תוך 30 ימים ממועד מסירת הקבלה על התשלום הנ"ל במקור בלבד ליורופ אסיסטנס, ובתנאי שהמבוטח אינו זכאי להחזר מקופת החולים בה הוא מבוטח.
- 2.3 המבוטח יהא זכאי לקבל שרות בדיקות מעבדה כמפורט להלן:
- 2.3.1 דגימת דם ושתן, תרבית דם ושתן, משטחי גרון, אף, אוזן ועין. מובהר – כי לקיחת הדמים מתייחסת ללקיחת דם ורידי בלבד לצורך ביצוע הבדיקות המצוינות בסעיף זה.
- 2.3.2 השרות יינתן כנגד הצגת טופס הפניה לבדיקות מעבדה (במקור) הנושא את שם המנוי, בחתימת הרופא המטפל במנוי, ואך ורק בהתייחס לבדיקות המצוינות בטופס ההפניה הנ"ל (ובכפוף לאמור בסעיף 2.3.1 לעיל).
- 2.3.3 לקיחת הדמים/דגימת השתן/המשטח הרלוונטי, תעשה בביתו של המנוי או במקום עבודתו, על ידי מבצע השרות – רופא ו/או אח מוסמך אשר רשאים על פי כל דין לבצע את לקיחת הדגימה/תרבית/משטח, נשוא כתב שרות זה, ואשר התקשרו עם יורופ אסיסטנס ו/או עם נותן שירותים מטעמה בהסכם למתן ביצוע שרות בדיקות מעבדה למנוייה (להלן: "מבצע השרות").
- 2.3.4 דמים/דגימת השתן/המשטח הרלוונטי יועברו על ידי יורופ אסיסטנס ו/או מבצע השרות מטעמה לבדיקת מעבדה באחת ממעבדות ההסכם. תוצאות הבדיקות יועברו

למנוי בדואר לפי כתובת המבוטח כפי שתימסר על ידי המבוטח בעת עריכת הבדיקה. המנוי יהא רשאי לבקש בכתב כי תוצאות הבדיקה יועברו אליו בפקסימיליה 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 יורופ אסיסטנס.

2.3.5 על אף האמור לעיל, יהיה רשאי מבצע השרות להחליט על פי שיקול דעתו המקצועית, כי מין הראוי שלקחת הדגימה/תרבית/משטח תתבצע בתנאי מעבדה. במקרה זה לא יינתן השרות על פי כתב שרות זה. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, אין שרות בדיקות המעבדה כולל בדיקות חומציות, בדיקות אמוניה, אסופי שתן, העמסת סוכר, תרביות וגניליות, תרביות אורטרה, אינסולין, פטריות לקטאט.

2.4 הזכות לקבלת השרותים עפ"י כתב שרות זה הנה אישית, ואין המבוטח רשאי להעבירה לאחר.

3. כללי

3.1 **שרות ביקור רופא פרטי** על פי כתב שרות זה יינתן כל ימות השנה, 24 שעות ביממה. המוקדים הרפואיים יופעלו בין השעות 20:00 עד 24:00 ובשבתות וחגים גם בין השעות 10:00 עד 14:00.

שרות ביקור רופא פרטי (לרבות המוקדים הרפואיים) לא יינתן החל מערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום.

3.1.1 נזקק המבוטח לשרות ביקור רופא פרטי כאמור בכתב שרות זה, יפנה טלפונית למוקד השרות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, מקום הימצאו, מסי פוליסה, שם בעל פוליסת הביטוח מכוחו הוא מנוי, מסי תעודת הזהות והטלפון של בית המגורים של המבוטח וגיל המנוי.

3.2 **שרות בדיקות המעבדה** יינתן במקום ובמועד שיתואמו 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 הדורשות צום, ינתן השרות בין השעות 06:30 עד 12:30 בימים א'-ו' שאינם ימי חג.

3.2.1 ביקש המנוי לקבל את שרות בדיקות המעבדה כאמור בכתב שרות זה, יפנה טלפונית למוקד השרות לפי מספר הטלפון המצויין לעיל יזדהה כמצויין בסעיף 3.1.1 לעיל ויציין את בדיקת המעבדה הדרושה מתוך אלה המפורטות בסעיף 2.3.1 לעיל.

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

3.2.3 על אף האמור בכתב שרות זה, לא יינתן שרות בדיקות המעבדה:

3.2.3.1 לתינוקות מתחת לגיל 6 (ששה) חודשים.

3.2.3.2 בהתיחס לבדיקות דם – בילדים מתחת לגיל 5 (חמש) שנים.

3.2.4 מובהר בזאת במפורש כי תוצאות בדיקות המעבדה יצינו אך ורק את הפרמטרים הנבדקים בהן, וכי הן לא יכללו אבחון, וכן אין בהם כדי להעיד על בריאותו של האדם, או כדי להוות תחליף לבדיקה אצל רופא.

3.3 השרותים נשואי כתב שרות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה.

3.4 השירותים ניתנים בכל מקום ישוב בישראל למעט יהודה, שומרון וחבל עזה, אך לרבות מעלה אדומים. ברמת הגולן השרות הרפואי יינתן בקצרין או בכל מקום ישוב אחר באזור, כאשר המבוטח הנזקק לשרות הרפואי יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל רופא ההסכם ו/או מבצע השרות לפי כתובת שתימסר לו על ידי מוקד השרות.

3.5 עם תום ביקור הרופא הפרטי ו/או לקיחת הדמים/דגימות השתן/המשטח הרלוונטי, יחתום המבוטח או בן משפחתו, על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי רופא ההסכם ו/או מבצע השרות ערך את ביקור הבית בבית החולה או נתן את השרות הרפואי במוקד הרפואי.

3.6 המבוטח יודיע למוקד השרות על כל שינוי בכתובתו, במספר הטלפון של ביתו ועל כל שינוי בבני המשפחה המבוטחת.

3.7 במקרה שהמבוטח יבקש לבטל את קריאתו לקבלת:

3.7.1 **שרות ביקור רופא פרטי**, יודיע על כך המבוטח למוקד השרות. למען הסר ספק מובהר, כי על המבוטח להודיע למוקד השרות על ביטול קריאתו, גם אם מסר על ביטול הקריאה לרופא ההסכם שיצר עמו קשר טלפוני.

3.7.2 **שרות בדיקות מעבדה**, יודיע על כך המבוטח למוקד השרות לפחות 12 (שתיים עשרה) שעות מראש. לא הודיע המנוי על ביטול קריאתו לפחות 12 שעות מראש, יחויב המנוי בדמי השתתפות העצמית כאמור בסעיף 4 להלן. למען הסר ספק מובהר, כי על המבוטח להודיע למוקד השרות על ביטול קריאתו, גם אם מסר על ביטול הקריאה למבצע השרות שיצר עמו קשר טלפוני.

3.8 על אף האמור בכתב שרות זה, יורופ אסיסטנס לא תהא מחויבת לתת את השרות במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר.

3.9 בחר המבוטח לקבל את השרות במוקד הרפואי, יגיע החולה למוקד הרפואי בכוחות עצמו ועל חשבונו.

4. השתתפות עצמית

המבוטח ישלם ישירות לרופא ההסכם ו/או למבצע השרות, שביצע את השרות הרפואי, השתתפות עצמית כדלהלן:

א. 20 (עשרים) ש"ח בגין כל מבוטח שניתן לו שרות ביקור רופא פרטי במסגרת אותו ביקור (בין ביקור בית ובין ביקור במוקד הרפואי) כל ימות השנה מהשעה 20:00 עד 07:00 למחרת ובימי ו' ובערבי חג מהשעה 20:00 ביום ו' / ערב חג ועד השעה 07:00 ביום א' / היום שלמחרת החג.

ב. 65 (שישים וחמישה) ש"ח בגין כל מבוטח שניתן לו שרות ריפוי פרטי במסגרת אותו ביקור בית בימי חול מהשעה 07:00 ועד השעה 20:00.

ג. 45 (ארבעים וחמישה) ש"ח בגין כל מנוי שנתן לו שרות בדיקות מעבדה במסגרת אותו ביקור, וזאת בדרך של חיוב כרטיס האשראי של המבוטח.

ד. מע"מ בשיעור 17% כלול בסכומים הנקובים לעיל. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו סכומים אלו בהתאם. במקרה של אי תשלום ההשתתפות העצמית על ידי המבוטח, תהא יורופ אסיסטנס רשאית להפסיק לתת את השירותים למשפחה המבוטחת לאחר שנתנה למבוטח הודעה בכתב על כך. התשלום יעשה כנגד חשבונית מס כדין.

הסכומים הנ"ל צמודים למדד ממדד הבסיס.

המבוטח ישלם ישירות לרופא ההסכם תמורה בגין תרופות אנטיביוטיות או תרופה באמפולות או זריקות, במידה ותרופות כאמור ניתנו לו ע"י רופא ההסכם.

5. תקופת תוקפו של כתב השרות

- 5.1. כתב שרות זה יהיה בתוקף במשך תקופת תוקפה של פוליסת הביטוח.
- 5.2. הודיעה חברת הביטוח ליורופ אסיסטנס, כי פוליסת הביטוח בוטלה או שהסתיימה תקופת תוקפה, יסתיים באופן אוטומטי גם כתב שרות זה, וזאת ללא כל הודעה של יורופ אסיסטנס למבוטח.
- 5.3. במקרה של ביטול ההסכם שבין חברת הביטוח ליורופ אסיסטנס בקשר עם מתן השירותים נשוא כתב שרות זה, תהא יורופ אסיסטנס רשאית לבטל את מתן השירותים על פי כתב שרות זה מיידית מבלי שתהא מחויבת לתת הודעה כלשהי למבוטח בקשר לכך.
- 5.4. מובהר, כי במועד סיום תקופת תוקפו של כתב שרות זה, תפקע באותו מועד כל זכות של המבוטח על פי כתב שרות זה.

6. אחריות

- האחריות בגין איכות השרות הרפואי נשוא כתב שרות זה ו/או בגין רשלנות רפואית או אחרת, תחול על רופא ההסכם ו/או מעבדת ההסכם הרלוונטים בלבד, ויורופ אסיסטנס ו/או חברת הביטוח לא תהיינה אחראיות בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- 6.1. איכות שרות ביקור רופא פרטי ו/או שרות בדיקות מעבדה נשואי כתב שרות זה.
 - 6.2. רשלנות רפואית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם ללקוח ו/או למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם שרות ביקור רופא פרטי ו/או שרות בדיקות מעבדה נשואי כתב שרות זה.
 - 6.3. הוצאות שהוציא המבוטח עבור טיפול, החורג מהשרותים המפורטים בכתב שרות זה.
 - 6.4. הוצאות שהוציא המבוטח עבור טיפולים או שירותים על ידי רופא אחר ו/או מבצע שרות אחר שאינם רופא הסכם ו/או מבצע השרות ו/או מעבדת הסכם.

7. סמכות השיפוט

בכל מחלוקת שתתגלע בין הצדדים בקשר עם כתב שרות זה יהא מוסמך לדון אך ורק ביהמ"ש המוסמך עניינית לדון במחלוקת בתל-אביב-יפו.



פרק ג'

כתב שרות - חוות דעת שניה

כתב שרות זה כלול בפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה

1. הגדרות

כתב שרות זה יפורש בהתאם להגדרות שבנספח 1.

2. השרות

2.1 המטופל יהא זכאי לקבל חוות דעת שניה (Second Opinion) מהמנהל הרפואי של הזכייין/הרופא הממונה, אשר יתייעצו לצורך מתן חוות דעת עם רופאים אשר עובדים אצל נותן חוות הדעת, על בסיס התיק הרפואי של המטופל, אשר יועבר לנותן חוות הדעת באמצעות הזכייין וזאת בתחומי הרדיולוגיה (כגון צילומי רנטגן, אולטרא סאונד, M.R.I C.T, וכו'), הפתולוגיה והקרדיולוגיה ובתחומי התמחות רפואיים נוספים, אלא אם נותן חוות הדעת יודיע לזכייין כי הוא אינו מסוגל ליתן את חוות הדעת המבוקשת ביחס לתחומי ההתמחות הרפואיים הנוספים.

2.2 במקרה ונותן חוות הדעת ימליץ שהמטופל יקבל טיפול רפואי ו/או ניתוחי, כפי שידרש כפועל יוצא ממצבו הרפואי של המטופל, והכל לפי שיקול דעתו המקצועי של נותן חוות הדעת, ובמידה והמטופל יעדיף, כי טיפול ו/או ניתוח כאמור ינתן על ידי נותן חוות הדעת, יהא המטופל זכאי לפנות אל נותן חוות הדעת כדי לדון בקבלת הטיפול ו/או הניתוח כאמור.

2.3 הזכייין יעמיד לרשות המטופל, במשרדי הזכייין, מנהל רפואי של הזכייין או רופא ממונה (שניהם דוברי אנגלית מקצועית). המטופל לא יהיה זכאי לקבל כל טיפול רפואי או כל חוות דעת רפואית נוספת מעבר לחוות דעת השניה הניתנת ע"י המנהל הרפואי של הזכייין או הצוות שלו וזאת באופן פרטי או באמצעות מרכז הטלרפואה.

2.4 הזכות לקבלת השרות על פי כתב שרות זה הינה אישית, ואין המטופל רשאי להעבירה לאחר.

3. נוהל קבלת השרות

3.1 נזקק המטופל לשרות נשוא כתב שרות זה, יתקשר המטופל טלפונית למרכזי הזכ"ן בטלפון מספר 03-5769218/9 או כל מספר אחר עליו יודיע הזכ"ן, ויזדהה בשמו, כתובתו, מס' הטלפון של דירת מגוריו, שם חברת הביטוח מכוחה הוא מנ"י ומספר הפוליסה.

3.2 באחריות המטופל ליידע את מרכזי הזכ"ן בדבר כל שינוי בכתובתו לרבות מספר הטלפון שלו.

3.3 זמני קבלת פניות כאמור על ידי מרכזי הזכ"ן הינם בין השעות 09:00 ל- 17:30 בימים א'-ה', שאינם ימי חג או ערבי חג.

על אף האמור לעיל, קו הטלפון המצויין בסעיף 3.1 לעיל יהיה זמין לקבלת פניות במקרי חרום במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום הכיפורים מהשעה 14:00 ויום הכיפורים עד שעתיים לאחר תום הצום.

3.4 מיד לאחר שהזכ"ן יוודא, כי הפונה הינו אכן בגדר מטופל הזכאי לקבלת שרות, הזכ"ן יודיע למטופל את פרטי התיק הרפואי שעליו להמציא לזכ"ן או להכין לקראת הפגישה שתקבע לו עם המנהל הרפואי של הזכ"ן ו/או הרופא הממונה וכן יובהרו לו יתר הנהלים הדרושים לשם קבלת חוות הדעת השניה.

3.5 לפני הפגישה האמורה, וכתבאי למתן השרות, יחתום המטופל על כתב שחרור למגדל ולזכ"ן בנוסח המצורף לכתב שרות זה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו.

3.5.1 לפני הפגישה האמורה, וכתבאי לקיומה, יציג המטופל תעודת זהות שלו ובמקרה שהפונה הינו בן/בת זוג של המבוטח על פי הפוליסה או ילדו של המבוטח, יתבקש הפונה להציג תעודת זהות המציינת את הקירבה האמורה. לא נכלל מי שהוצג כמבוטח על פי הפוליסה ברשימות שהעבירה מגדל לזכ"ן, תפנה החברה למגדל בשעות העבודה המקובלות של מגדל, על מנת לוודא כי הפונה הינו אכן בגדר מבוטח על פי הפוליסה.

3.5.2 החברה תפעל על מנת שפגישת המטופל עם המנהל הרפואי של זכ"ן ו/או הרופא הממונה תקבע, לא יאחר מיום העבודה הבא, הכל אלא אם ביקש המטופל, כי הפגישה תקבע למועד מאוחר יותר.

במקרה חרום תקינים הפגישה האמורה באותו יום עבודה, אם הפניה של המטופל לחברה היתה עד השעה 10:00, ואם פנייתו היתה לאחר השעה 10:00 - תקינים הפגישה לא יאוחר מיום העבודה הבא הכל אלא אם ביקש המטופל, כי הפגישה תקבע למועד מאוחר יותר.

3.6 המטופל ימציא על חשבונו לזכיון, במרכזי הזכיון, את תיקו הרפואי לרבות הדו"ח הרפואי כשהוא ממולא בכתב יד קריא וחתום על ידי רופאו האישי של המטופל.

מבלי לפגוע בכלליות הגדרת המידע הרפואי, מובהר בזאת, כי המידע הרפואי יכלול בכל מקרה גם חוות דעת ראשונה שניתנה למטופל על ידי רופא מומחה רלוונטי שטיפל במטופל בישראל (להלן - "חוות דעת ראשונה").

3.7 מובהר, כי קיומה של חוות דעת ראשונה בתיק הרפואי של המטופל הינה תבאי הכרחי לשם העברת התיק הרפואי לנותן חוות הדעת. הכרעתו של המנהל הרפואי של הזכיון האם חוות הדעת הראשונה ניתנה על ידי רופא בתחום המומחיות הרלוונטי והאם הינה במידת פירוט מספקת, תחייב את המטופל, ובמידת הצורך ולפי שיקול דעתו הבלעדי של המנהל הרפואי של הזכיון, ימציא המטופל חוות דעת ראשונה אחרת או השלמה לחוות הדעת הראשונה. מובהר, כי אין בהכרעה האמורה של המנהל הרפואי כדי לחייב את נותן חוות הדעת עצמו.

3.8 הזכיון יתרגם על חשבונו לשפה האנגלית את התיק הרפואי וישלח את התיק הרפואי לנותן חוות הדעת בהדמנות האפשרית הראשונה באמצעי התקשורת או באמצעי מתאים אחר, הכל לפי העניין ולפי שיקול דעת הזכיון.

3.8.1 במקרה חרום, משך הזמן ממועד המצאת התיק הרפואי לזכיון כאמור בסעיף 3.8 ועד להוצאתו למשלוח על ידי הזכיון ליועץ לא יעלה על 12 שעות.

3.9 חוות הדעת השניה בהתייחס למטופל תועבר בשפה האנגלית מנותן חוות הדעת אל מרכזי הזכיון באמצעות אמצעי התקשורת המתאימים, המהירים והזמינים ביותר לצורך הענין, הכל לפי שיקול דעתו של נותן חוות הדעת (בכפוף לסעיף 3.13) וזאת תוך שני (2) ימי עבודה מלאים ממועד הגעת התיק הרפואי של המטופל לנותן חוות הדעת ובלבד שמדובר בימי עבודה הן בישראל והן במקום מושבו של נותן חוות הדעת. זאת בתבאי שמדובר בחוות דעת מדרשת של רופא אחד בלבד, בתחומי הרדיולוגיה, פתולוגיה או קרדיאלוגיה.

3.10 במקרים דחופים, על פי שיקול דעת המטופל או רופאו האישי, תועבר חוות הדעת השניה לזכיין (כפוף לסעיפים 13.11 - 3.13), תוך יום עבודה מלא ממועד הגעת התיק של המטופל לנותן חוות הדעת זאת בתנאי שמדובר בחוות דעת של רופא אחד בלבד, בתחומי הרדיולוגיה, פתולוגיה או קרדיאלוגיה.

3.11 באותם מקרים, בהם לפי שיקול דעתו של נותן חוות הדעת, תדרש חוות דעת של יותר מרופא מומחה אחד, ביותר מתחום רפואי אחד, תועבר חוות הדעת השניה למרכזי הזכיין (כפוף לסעיף 3.13) תוך ארבעה (4) ימי עבודה מלאים (במידה ויש צורך בחוות דעת של יותר משני רופאים או של TUMOR BOARD חוות הדעת תינתן תוך שמונה (8) ימי עבודה מלאים ממועד הגעת התיק הרפואי של המטופל לנותן חוות הדעת).

3.12 למען הסר ספק, מבין אחד (1), שניים (2) וארבעה (4) ימי עבודה, האמורים לעיל, לפי העניין, יחל מהמועד בו התקבל התיק הרפואי של המטופל אצל נותן חוות הדעת ברמה גבוהה, בהיקף רחב, בפירוט ובאיכות כשהם מספקים ולשביעות רצונו המלאה של נותן חוות הדעת.

3.13 המועמדים המצויינים בסעיפים דלעיל ושאר המועדים ולענין חוות דעת שנייה ידחו במהלך התקופה שבין בדצמבר ל- 2 בינואר של כל שנה למשך הזמן שיידרש בהתאם לזמינות של הצוות הרפואי המומחה במשרדי נותן חוות הדעת באותה תקופה.

3.14 המנהל הרפואי של הזכיין או הרופא הממונה יודע, בתוך שני ימי עבודה של זכיין שלאחר קבלת חוות דעת השנייה מנותן חוות הדעת, כי חוות הדעת עונה לבקשתו של המנהל הרפואי של הזכיין/ הרופא הממונה. במידה וכן, הזכיין יודיע למטופל טלפונית ויעביר לידיו (או למי שהוסמך על ידו בכתב ונמסר לזכיין) את חוות הדעת השניה באמצעות אמצעי התקשורת כפי שיבקש המטופל (דואר, פקסימיליה, שרות שליחים, מוכית וכו'), והמטופל יאשר את קבלת חוות הדעת השניה.

3.15 מובהר, כי המטופל רשאי לקבל העתק של חוות הדעת הרפואית השניה, ע"י המנהל הרפואי של הזכיין ו/או הרופא הממונה ע"י הזכיין.

3.16 המטופל יהא זכאי, לפי בקשתו, ובכפוף לאישורו של המנהל הרפואי של הזכיין, ובהעדרו, באישורו של הרופא הממונה, לשוחח בעצמו או באמצעות רופאו האישי עם הרופא אשר נתן את חוות הדעת השניה, בשיחת טלפון או בשיחת ועידה באמצעות וידאו (Video conference) וזאת במועדים כפי שימסרו למטופל על ידי הזכיין וכפוף לדמי השירות בגין שירות זה.

3.17 בקשה כאמור תופנה על ידי המטופל לא יאחר מאשר 7 ימים מהמועד שנמסרה לו חוות הדעת השניה. במידה ורופאו האישי של המטופל יפנה בבקשה לקיים שיחה באמצעות וידאו - (Video conference) כאמור, לא יהיה המנהל הרפואי של הזכין או הרופא הממונה, לפי העניין, רשאי לסרב לבקשה כאמור.

3.18 מובהר, כי התיק הרפואי שיועבר לנותן חוות הדעת ישאר בידי נותן חוות הדעת וישמר על ידו בהתאם לדין החל במקום מושבו של נותן חוות הדעת ולמשך תקופה כפי שמחייב הדין החל במקום מושבו. במרכזי הזכין ישמרו אך ורק העתקים של חוות הדעת השניה.

3.19 עם מסירת חוות הדעת השניה למטופל, אחריות הזכין למסירת חוות דעת שניה הושלמה והגיעה לקיצה, אלא אם כן אושרה למטופל שיחת טלפון אישית באמצעות וידאו (Video conference) עם נותן חוות הדעת, כמתואר בסעיף 3.16.

4. דמי שרות ותשלומים נוספים

4.1 דמי השרות עבור קבלת חוות הדעת השניה הינם כמפורט בנספח 2 לכתב שירות זה.

4.2 מובהר, כי העברת התיק הרפואי מהמטופל אל מרכזי הזכין תהא באחריות המטופל ועל חשבונו בנוסף לדמי חוות הדעת השניה האמורים בסעיף זה, ישא המטופל בעלות התקשורת או ההובלה של התיק הרפואי ממרכזי הזכין אל נותן חוות הדעת וכן בעלות כל הוצאה נוספת שהוצאה לפי בקשת המטופל ואשר אינה מכוסה על ידי כתב השירות או כתוצאה מכל פעולה שננקטה על ידי המטופל שלא על פי נוהלי השרות המפורטים בכתב השרות או כפי שהובהרו לו על ידי הזכין.

4.3 היה והמטופל יבקש כי חוות הדעת השניה תועבר אליו ממרכזי הזכין לידיו (או למי שיורה בכתב) באמצעות פקסימיליה או דואר, ייעשה המשלוח על חשבון הזכין.

היה והמטופל יבקש אמצעי הובלה אחר (שרות שליחים, מונית וכו'), יבוצע המשלוח על חשבון המטופל.

4.4 המטופל לא יידרש לשלם כל סכום נוסף עבור תשובות לשאלות הבהרה שתשאלנה בקשר עם חוות הדעת השניה.

4.4.1 באותם מקרים בהם תתבקש שיחת טלפון ו/או שיחת ועידה באמצעות וידאו כאמור בסעיף 3.16 לעיל, ישא המטופל בסכום עלות זמן התקשורת בפועל, בנוסף לתשלום האמור בסעיף 4.1 לעיל, הכל כמפורט בנספח 2.

4.4.2 מובהר, כי לא ישולם סכום נוסף כלשהו עבור קבלת תשובות לשאלות הבהרה לחוות הדעת השניה, שניתנו שלא בדרך ועידה באמצעות וידאו.

4.5 דמי השירות ישולמו ע"י המטופל לזכ"ן בעת חתימת המטופל על כתב שירות זה.

4.6 התשלומים המתוארים לעיל ישולמו באמצעות כרטיס אשראי תקף או כל אמצעי תשלום אחר המקובל על הזכ"ן.

דמי חוות הדעת השניה האמורים בסעיף 4.1 לעיל בתוספת מע"מ וכן סכום עלויות התקשורת או ההובלה האמורים בסעיף 4.2 לעיל ישולמו על ידי המטופל לזכ"ן לפני העברת התיק הרפואי של המטופל למותן חוות הדעת.

מובהר בזאת, כי כל עוד לא ישולמו הסכומים האמורים לעיל, יהא הזכ"ן פטור מהעברת התיק הרפואי למותן חוות הדעת, וזאת ללא כל צורך במתן הודעה כלשהי למטופל.

4.7 במקרה שהמטופל יבקש לבטל את פנייתו לקבלת חוות הדעת השניה, עליו להודיע על כך למרכזי הזכ"ן בכתב לפני שהזכ"ן העביר את התיק הרפואי למותן חוות הדעת.

5. כוח עליון

היה ובותן חוות הדעת או הזכ"ן, לא יוכלו להעביר את חוות הדעת השניה בפרקי הזמן המצויינים בסעיף 3 כתוצאה מארוע של כח עליון (לרבות אך לא רק: מלחמה, אש, פרעות, כוחות טבע, רעידת אדמה, כח עליון נפילת מערכות ו/או תשתיות תקשורת, שביטות וסיכסוכי עבודה), או נסיבות אשר הינן מעבר לשליטתו הסבירה, אזי פרקי הזמן למתן חוות הדעת השניה יידחו למשך תקופה הזוהה לתקופה בה לא היתה אפשרות סבירה ליתן את חוות הדעת השניה (לרבות כל פרק זמן אשר יהיה דרוש להתגבר על השפעות הארועים או נסיבותיהם).
לאף צעד לא תהא זכות תביעה כתוצאה מקרות ארוע של כח עליון.

6. תקופת תוקפו של כתב השרות

- 6.1 כתב שרות זה יכנס לתוקפו במועד תחילת תקופת הביטוח על פי הפוליסה והוא יהיה בתוקף במשך 12 (שנים עשר) חודשים.
- 6.2 על אף האמור בסעיף 6.1 לעיל, ההתקשרות על פי כתב שרות זה תיפסק מיידית, וללא כל הודעה מהזכיין למבו, במוקדם מבין האירועים שלהלן:
- 6.2.1 הארגון הודיע לזכיין על הפסקת זכאותו של המטופל לשרותים נשוא כתב שרות זה.
- 6.2.2 הסתיימה תקופת הפוליסה ו/או הפוליסה בוטלה מכל סיבה שהיא.
- 6.3 מובהר, כי השרות למטופל שנפגש עם המנהל הרפואי של הזכיין/הרופא הממונה כאמור בסעיף 3.5 לעיל, ינתן במלואו בהתאם להוראות כתב שרות זה, גם במקרה שלאחר הפגישה הנ"ל הסתיימה ההתקשרות על פי כתב שרות זה מכל סיבה שהיא.

7. אחריות

- 7.1 הזכיין מקבל על עצמו אחריות מלאה כלפי המטופל עבור תרגום מדויק של התיק הרפואי ומשלוחו לסתן חוות הדעת באותו מצב בו נתקבל על ידו.
- 7.2 הזכיין לא יהיה אחראי לתוכנה של חוות הדעת השניה כפי שניתנה למנהל הרפואי של הזכיין ו/או לרופא הממונה על ידי נותן חוות הדעת ואשר הועברה ע"י המנהל הרפואי של הזכיין/ הרופא הממונה למטופל.
- 7.3 המטופל מסכים, על ידי חתימתו על כתב שרות זה, כי לא יתבע את הארגון או כל אדם אחר הקשור בדרך כלשהי לניהול של הרשת או למצג של הזכיין וזכויותיו יהיו מוגבלות לאלו המנויות בסעיפים 7.4-7.5 להלן.
- 7.4 המטופל מסכים כי כל תביעה שתוגש על ידו כנגד הזכיין תוגבל אך ורק לנושאים אשר הזכיין קיבל עליו אחריות על פי כתב שרות זה.

7.5 המטופל מסכים כי אין באמור בכתב שרות זה משום ויתור על תביעה של מטופל כנגד נותן חוות הדעת

7.6 מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, הזכין ו/או הארגון לא יהיו אחראים בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

7.6.1 תוכן חוות הדעת השניה.

7.6.2 רשלנות רפואית או אחרת של נותן חוות הדעת ו/או כל מק או הפסד שייגרם למטופל ו/או לכל אדם אחר עם חוות הדעת השניה.

7.6.3 הוצאות שהוציא המטופל עבור שרות החורג מהשרות המפורט בכתב שרות זה ו/או עקב פעולתו של המטופל שלא על פי נהלי השרות המפורטים בכתב שרות זה וכפי שימסרו לו על ידי הזכין.

7.6.4 עיכוב בהעברת התיק הרפואי לנותן חוות הדעת ו/או עיכוב במתן או בהעברת חוות הדעת השניה מסיבות שאינן בשליטתו של הזכין.

8. בוררות

כל סכסוך, חילוקי דעות או תביעה הנובעים או קשורים או מתייחסים לכתב השירות או להפרה, ביטול או חוסר נפקות של כתב השרות, יובאו להכרעה בבוררות לפי חוקי ה- (LCIA) London Court of International Arbitration כפי שיהיו בתוקף ובעלי נפקות בעת חתימת כתב שרות זה וחוקים אלו יחשבו כאילו הינם מהווים חלק בלתי נפרד מכתב שרות זה.

הבוררות תהיה על ידי בורר אחד.

מקום שחוקי ה- LCIA אינם נוקטים עמדה ביחס למצב נתון, הבורר יחליט בהתאם לשיקול דעת המוחלט איזה צעד ינקט והחלטתו תהא סופית.

הבוררות תהיה בלונדון, אנגליה, בשפה האנגלית.

כתב השרות וסעיף הבוררות יידט בהתאם לדין המהותי האנגלי.

הוראות סעיף 69 לחוק הבוררות האנגלי משנת 1996 לא יתייחס לבוררות על פי סעיף זה.

נספח 1

1. הגדרות

בכתב שרות זה למונחים הבאים תהא המשמעות המובאת בצידיהם.

בית חולים או מוסד רפואי אשר נותן שירותים עמו SOBV ייסדה קשר.

דמי שרות אשר מצויינים בסעיף 4 ובנספח 2.

חוות הדעת הרפואית הראשונה אשר ניתנה למטופל ע"י רופאו האישי.

חוות הדעת הראשונה וכל מידע רפואי רלוונטי, כפי שידרש ע"י המנהל הרפואי של הזכיין ו/או ע"י הרופא הממונה ו/או על ידי נותן חוות הדעת לפי מיטב שיקול דעתם הבלעדי והמוחלט ולפי מיטב שיפוטם, לצורך מתן חוות הדעת השניה (כגון, אך לא רק, צילומי רנטגן, ביופסיה, אקו-קרדילוגיה וכיוצ"ב).

המידע הרפואי בצירוף הדו"ח הרפואי כשהוא ממולא וחתום על ידי הרופא האישי.

דו"ח רפואי כללי אשר יוכן ע"י המנהל הרפואי של הזכיין או רופא של הזכיין, ערוך בטופס/ טפסים לפי מתכונת כפי שתוסכם מעת לעת בין הזכיין לבין נותן חוות הדעת.

רשת טלרפואה עולמית המספקת שירותים רפואיים בתחומי רדילוגיה, פתולוגיה, קרדילוגיה ושירותי בריאות אחרים על בסיס כלל עולמי.

מגדל חברה לביטוח בע"מ.

האדם לו ניתן שרות חוות הדעת השניה.

"נותן חוות הדעת"

"דמי שרות"

"חוות דעת ראשונה"

"המידע הרפואי"

"התיק הרפואי"

"הדו"ח הרפואי"

"הרשת"

"הארגון"

"המטופל"

רופא המשפחה המטפל במוטפל בישראל ו/או רופא מומחה המטפל במוטפל בישראל.

"הרופא האישי"

רופא אשר הינו חבר בצוות רפואי של נותן חוות הדעת ובעל התמחות בתחום הרפואי שבו מדרשת חוות הדעת השנייה.

"רופא"

פיענוח המידע הרפואי על ידי נותן חוות הדעת לאחר שניתנה למטופל חוות דעת ראשונה על ידי הרופא האישי, אשר נתבקשה על ידי המנהל של הזכיין ו/או הרופא, הכל בין אם מדובר בחוות דעת שניה לממצא הדמייתי ובין אם מדובר בחוות דעת שניה לאבחנה קלינית, הכוללת הדמיה בתוכה. מובהר, כי חוות הדעת השניה ביחס למטופל תנתן בארה"ב ותועבר למנהל הרפואי ו/או לרופא.

"חוות דעת שניה"

מתן חוות דעת רפואית מקצועית שניה על ידי נותן חוות הדעת בתחומי הרדיולוגיה, פתולוגיה, קרדיולוגיה ותחומים רפואיים אחרים תוך שימוש בטכנולוגית אבחון מרחוק על בסיס אמצעי תקשורת אשר אינם מהווים יעוץ "פנים אל פנים" (למעט שיחת ועידה מפורט בהמשך) או כל קשר ישיר בין המטופל לנותן חוות הדעת במקום מושבו.

"שירות (ים)"

Second Opinion (Worldwide) International BV

"SOBV"

סקובד אופיניון ישראל (1995) בע"מ.

"זכיין"

מבוטח בפוליסה בת תוקף וכן בן/בת זוג (לרבות הידוע/ה כבן/בת זוג) וילדיהם עד גיל 18 הגרים עמם.

"המטופל"

פוליסה לביטוח בריאות, המוצעת ע"י הארגון.

"הפוליסה"

משרדי הזכיין ברחוב אבא הלל סילבר 14, רמת גן ו/או בכל מקום אחר בגוש דן כפי שיודיע עליו הזכיין מעת לעת ואשר בהם ינתן השרות נשוא כתב שרות זה.

"מרכזי הזכיין או
"הטלרפואה"

ישראל.

"הטריטוריה"

רופא שהוסמך ואושר על ידי השלטונות בישראל ובעל רישיון מטעם משרד הבריאות לעסוק ברפואה, ואשר יועסק ע"י הזכ"ן כמנהל רפואי לענין כתב שרות זה, ואשר אליו פונה המטופל לצורך קבלת חוות דעת רפואית.

"המנהל הרפואי
של הזכ"ן"

רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות בישראל ובעל רישיון מטעם משרד הבריאות לעסוק ברפואה, ואשר מונה ע"י הזכ"ן באישור המנהל הרפואי.

"הרופא הממונה"

מקרה, אשר לפי שיקול דעתו של המטופל או רופאו האישי, כפי שימסר לחברה בכתב ע"י אחד מהם ולשביעות רצונו הסבירה למנהל הרפואי או לרופא הממונה, הינו מקרה דחוף.

"מקרה דחוף"

השער הגבוה של הדולר של ארה"ב להמחאות והעברות בבנק דיסקונט לישראל בע"מ, כפי שיהיה ידוע במועד התשלום בפועל.

"דולר"

1. מונחים הנמרים מן ההגדרות דלעיל יפורטו בהתאמה להם.

2. הפניה לסעיפים או נספחים הינם לסעיפים ונספחים בכתב שרות זה אלא אם כן נאמר אחרת.

3. מילים או ביטויים בלשון יחיד כוללים גם לשון רבים וההיפך. התייחסות לאנשים תכלול גם התייחסות לגופים, תאגידים או גופים לא מאוחדים. מילות זכר או נקבה יתייחסו לכל המינים או למין סתמי, לפי העניין.

שימוש בכותרות והדגשות בכתב השרות הינם לצורך הנוחיות בלבד ולא ישפיעו על מבנה כתב השרות.

נחתם עבור ועל ידי הזכיון:

ע"י _____
אשר מאשר קבלת הסך של _____ ש"ח אשר שולם על ידי המטופל.

נחתם על ידי המטופל:

שם פרטי ומשפחה _____
חתימה _____
כתובת _____
מיקוד _____
טלפון בבית _____
טלפון בעבודה _____

נספח 2

דמי שרות

דמי השרות המשולמים על ידי המטופל עבור קבלת חוות הדעת השנייה הינם כמפורט להלן:

תחום חוות הדעת השניה, נשוא האבחון והמחיר למטופל (בדולר)

\$50	MAMOGRAPHY
\$50	PLAIN FILM
\$89	רדיולוגיה MRI
\$89	C.T
\$89	ULTRASOUND
\$149	פתולוגיה HISTOLOGY CONSULT
\$149	קרדיולוגיה ECHO CARDIOLOGY
\$149	שני תחומים כולל יעוץ קליני אך ללא פתולוגיה
\$169	שני תחומים כאשר אחד מהם הוא פתולוגיה
\$199	כל שלושת התחומים כולל יעוץ קליני
\$89	שיחת ועידה בוידאו
\$389	TUMOR BOARD

בכל מקרה, אשר לפי שיקול דעתו הבלעדי של מותן חוות הדעת, תדרש חוות דעת של יותר מרופא מומחה אחד, ביותר מתחום רפואי אחד (כולל איבחון קליני שאינו פתולוגי), ישולמו דמי חוות דעת שניה בסכום כולל של \$149.

בכל מקרה, שלפי שיקול דעתו הבלעדי של נותן חוות הדעת, תדרש חוות דעת של יותר מרופא מומחה אחד, ביותר מתחום רפואי אחד (כולל איבחון קליני לרבות פתולוגיה), ישולמו דמי חוות דעת שניה בסכום כולל של \$169.

בכל מקרה, שלפי שיקול דעתו הבלעדי של נותן חוות הדעת, במידה ותדרש חוות דעת של TUMOR BOARD, חוות הדעת השניה תבתן תוך 8 ימים מיום קבלת התיק הרפואי ע"י נותן חוות דעת שניה בסכום של \$389.

עבור שיחת ועידה באמצעות וידאו (Video conference) שאורכו לא יותר מ-20 דקות, ישולם סכום נוסף של \$89.

בגין שרות עבור מקרה דחוף, תשולם תוספת לדמי חוות הדעת השניה בשיעור של 50% מהמחירים הנקובים בטבלה דלעיל.

מובהר בזאת כי דמי השרות משולמים בנוסף לדמי המנוי המשולמים על ידי הארגון. במידה וההסכם בין הארגון לזכ"ן, ביחס למתן השרות לפי תנאי כתב השרות יבוטל או לא יכובד, המטופל לא יהא זכאי להנות מדמי שרות מופחתים.

בנוסף לדמי השרות המצויינים לעיל, ישא המטופל בעלות התקשורת או של התיק הרפואי ממרכזי הזכ"ן אל נותן חוות הדעת ובחזרה - בין אם המשלוח יבוצע באמצעות Telemedicine ובין אם באמצעות חברת שיגור - אך לא יותר מסך שווה ערך בש"ח ל- 35 דולר (בתוספת מע"מ) עבור העברה אחת של התיק הרפואי (כולל עלות העברת חוות הדעת השניה מנותן חוות הדעת למרכזי הזכ"ן).

באותם מקרים בהם יבקש המטופל שיחת ועידה באמצעות וידאו כאמור לעיל, ישא המטופל בעלות זמן התקשורת בפועל, בנוסף לתשלומים הנקובים לעיל.

מובהר בזאת כי המטופל לא ישלם סכום כסף נוסף בעבור תשובות לשאלות הבהרה בקשר לחוות הדעת השנייה.