

כמו גדולים 2000

בריאות מושלמת לילדים שתלוה אותם כל החיים

<p>2 . תוקף הפוליסה:</p> <p>2.1 . הפוליסה נכנסת לתוקפה החל מהתחלת הביטוח כמצוין ברשימה אך לא לפני תשלום דמי הביטוח הראשונים, בתנאי שמיום הבדיקה הרפואית או מיום חתימת ההורים על הצהרת בריאות ועד ליום שבו החליט המבטח על הסכמתו לעריכת הפוליסה לא חל שינוי בבריאותו של המבטח.</p> <p>2.2 . שולמו למבטח כספים על חשבון דמי ביטוח לפני שהמבטח החליט על עריכת הפוליסה, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבטח לעריכת הביטוח. המבטח יחזיר כספים אלה ששולמו בתוספת הצמדה וריבית כדין, אם לא יצא הביטוח אל הפועל.</p> <p>3 . חובת גילוי:</p> <p>3.1 . ניתנה לשאלה בענין מהותי תשובה שלא היתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, תוך שלושים ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את החוזה בהודעה בכתב למבטח.</p> <p>3.2 . ביטל המבטח את החוזה מכוח סעיף זה, זכאי המבטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבטח ככוונת מרמה.</p> <p>3.3 . קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל החוזה 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, והוא פטור כליל בכל אחת מאלה:</p> <p>3.3.1 . התשובה ניתנה ככוונת מרמה;</p> <p>3.3.2 . מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו; במקרה זה זכאי המבטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.</p> <p>3.4 . האמור לעיל לא יגרע מכל תרופה לה זכאי המבטח על פי כל דין.</p> <p>4 . דמי הביטוח ודרך תשלומם</p> <p>4.1 . דמי הביטוח ישולמו למבטח על ידי ההורים ו/או על ידי מי שהגיש את הצעת הביטוח ו/או על ידי המבטח.</p> <p>4.2 . זמן הפירעון של דמי הביטוח הוא האחד בחודש בו נקבע תשלומם.</p> <p>4.3 . במקרה של תשלום דמי הביטוח על ידי הוראת קבע לבנק לתשלום דמי ביטוח (שירות שיקים) יראה המבטח את זיכוי חשבונו בבנק כתשלום דמי הביטוח.</p> <p>4.4 . לדמי ביטוח שלא שולמו במועד, תווסף במועד תשלומם, בנוסף להפרשי הצמדה כאמור בסעיף 5, ריבית כפי שתהיה נהוגה באותה עת, מיום היווצר הפיגור ועד לפירעונם בפועל על-ידי המבטח, ובלבד ששיעור הריבית לא יעלה על שיעור הריבית המרבי בהתאם לחוק הריבית, התשי"ז - 1957.</p> <p>4.5 . במקרה מוות של שני ההורים של המבטח תוך תקופת הביטוח וטרם הגיע המבטח לגיל 21 שנה, תשוחרר הפוליסה מתשלום דמי הביטוח עד הגיע המבטח לגיל 21. החל ממועד זה יהיה המבטח חייב בתשלום דמי הביטוח.</p> <p>במקרה מות ההורה המשלם הפוליסה תבוטל אלא אם בן משפחה אחר יקח על עצמו את תשלום דמי הביטוח.</p>	<p>מבוא</p> <p>מוסכם ומוצהר בזאת כי תמורת תשלום דמי ביטוח, כמפורט ברשימה, ובכפופות לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן בכל פרק מפרקי הביטוח ובהתאם להצהרות המבטח, ישפה המבטח את המבטח ישירות או באמצעות הוריו ו/או ישלם ישירות לספקי השירות ו/או יפצה את המבטח ישירות או באמצעות הוריו - הכל בהתאם למחויבויות המבטח על פי כל אחד מפרקי הביטוח.</p> <p>1 . הגדרות</p> <p>יחולו על כל פרקי הביטוח.</p> <p>בפוליסה זו, אם לא נאמר במפורש אחרת: -</p> <p>1.1 . המבטח: מנורה חברה לביטוח בע"מ.</p> <p>1.2 . המבטח: ילד או ילדה, נער או נערה, אשר בעת ההצטרפות לביטוח טרם מלאו להם 18 שנה, ואשר שמו/ם נכתב ברשימה.</p> <p>1.3 . הורים: אבא או אמא או שניהם יחדיו, שהינם האפוטרופסים הטבעיים של המבטח ו/או מי שימונה על ידי בית המשפט להיות אחראי על המבטח.</p> <p>1.4 . המוטב: המבטח או המבטח באמצעות הוריו (אם גילו נמוך מ-18 שנה).</p> <p>1.5 . הצעת הביטוח: הבקשה שהגישו/ו ההורה/ים או הסבא/הסבתא, בה ביקשו לצרף את ילדם או ילדתם ו/או נכדם או נכדתם כמבטח לתוכנית הביטוח "כמו גדולים". ההצעה תכלול גם את הצהרת הבריאות שמולאה ונחתמה על ידי ההורים וכן את הוראת הקבע הבנקאית ו/או הוראת תשלום אחרת, כולל כרטיס/י אשראי, לתשלום דמי הביטוח.</p> <p>1.6 . מקרה ביטוח: מערך נסיבתי ועובדתי כמוגדר בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפי העניין, בגינו זכאי המבטח לקבל מאת המבטח תגמולי ביטוח, הכל בכפוף לתנאים, לחריגים ולסייגים בפוליסה.</p> <p>1.7 . הרשימה: דף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה והמהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבטח, לרבות מספר הפוליסה, פרטים אישיים של בעל הפוליסה, המבטח/ים, מועד תחילת הביטוח, דמי הביטוח וכיוצא בזה.</p> <p>1.8 . הנספח: נספח תגמולי הביטוח.</p> <p>1.9 . פרמיה או דמי הביטוח: הסכום שעל ההורים ו/או מי שהגיש את הצעת הביטוח ו/או המבטח לשלם למבטח, על פי תנאי הפוליסה, כמפורט ברשימה.</p> <p>1.10 . ישראל: מדינת ישראל לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.</p> <p>1.11 . ח"ל: כל מדינה מחוץ לישראל למעט מדינות אויב.</p> <p>1.12 . חברה קשורה: קבוצת בתי חולים, רופאים, ונותני שירותים רפואיים אחרים החתומים על חוזים עם המבטח או עם חברת סיוע עמה קשור המבטח בהסכם למתן שירותים רפואיים למבטחים ברחבי העולם.</p> <p>1.13 . שנת ביטוח: תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור ברשימה.</p> <p>1.14 . מדד: 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 אם יורכב על פי אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו.</p>
<p>5 . תנאי הצמדה</p>	

נספח 813

5.1	תגמולי הביטוח ודמי הביטוח יהיו צמודים למדד.	7.5	תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק לאומי לישראל ביום הכנת התשלום על ידי המבטח בתוספת היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום כזה.
5.2	המדד היסודי הינו המדד האחרון הידוע בתחילת הביטוח.	7.6	החזר תשלומים יבוצע על ידי המבטח בזמן סביר אך לא יאוחר מהקבוע על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.
5.3	המונח "היום הקובע" הוא:	7.7	נפטר המבטוח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח אשר לא שולמו לפני מועד הפטירה למי שהתחייב לשלם ובהעדף התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם המבטח היתרה ליורשיו החוקיים של המבטח.
5.3.1	לגבי תשלום דמי הביטוח - יום תשלומם בפועל למבטח.	7.8	המבטוח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצויינים בכל פרק לפי הענין.
5.3.2	לגבי תשלום תגמולי ביטוח - יום התשלום על ידי המבטח.	7.9	מבטוח הזכאי לשיפוי לפי פרק ד' לא יהיה זכאי לשיפוי בגין אותו מקרה ביטוח לפי פרק א' ו/או פרק ב'.
5.4	המדד הקובע - המדד האחרון שפורסם לפני היום הקובע.	7.10	בכפוף לאמור בסעיף 7.13 להלן, היתה למבטוח בשל מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מיד לאחר ששילם למבטוח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילם לפגוע בזכות המבטוח לגבות תחילה מהצד השלישי שיפוי מעל תגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו. קיבל המבטוח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח ישירות או באמצעות ההורים (אם גילו נמוך מ- 18 שנה). עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך ישירות או באמצעות ההורים (אם גילו נמוך מ- 18 שנה). המבטוח, ישירות או באמצעות ההורים (אם גילו נמוך מ- 18 שנה) מתחייב לשתף פעולה ככל שידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.
5.5	המדד היסודי ועד המדד הקובע.		בהתייחס לפרק ד' בלבד: "צד שלישי" - לרבות קופות החולים.
6	ביטול הפוליסה וחיידשה		
6.1	המבטוח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה ישירות (אם דמי הביטוח משולמים על ידו) או באמצעות הוריו (אם דמי הביטוח משולמים על ידיהם) בהודעה בכתב למבטח והביטול ייכנס לתוקפו לאחר 15 ימים מיום קבלת ההודעה על ידי המבטח.		
6.2	לא שולמו דמי הביטוח במועדם כאמור בסעיף 4 לעיל, לאחר ששולמה הפרמיה הראשונה, יהא המבטח זכאי לבטל את הפוליסה בכפיפות להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.		
6.3	היה ויחולו שינויים בסל שירותי הבריאות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994 (להלן: " חוק ביטוח בריאות ממלכתי "), ייערכו בפוליסה השינויים המתבקשים מכך בכפוף לאישור מראש של המפקח על הביטוח.		
6.4	בהגיע המבטוח לגיל 21, או בכל עת לאחר מכן, יהיו ההורים או מי שהגיש את הצעת הביטוח זכאים להעביר את הבעלות על הפוליסה למבטוח, זאת על ידי משלוח הודעה מתאימה למבטח וע"י המרת הוראת הקבע הבנקאית ו/או הוראת תשלום אחרת (כולל כרטיס אשראי) לתשלום דמי הביטוח בהוראה דומה חתומה על ידי המבטוח.		
7	תביעות ותגמולי ביטוח		
7.1	הודעה על כל אירוע שהוא מקרה ביטוח תימסר למבטח בכתב ע"י המוטב בזמן סביר, מהר ומוקדם ככל שניתן. להודעה יצורפו כל הפרטים אודות התביעה וימולא טופס תביעה שהמבטח ישלח כדי לקבל את העובדות ויצורפו כל המסמכים הרפואיים וכן, אם יהיו תשלומים, כל הקבלות המקוריות.		
	לא יבוצע החזר כנגד צילומי קבלות או העתקים נאמנים למקור.		
	למרות האמור לעיל, במקרה שהמבטוח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר, יגיש העתק קבלה מאושר ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה המקורית בציון הסכום שתבע ושולם לו מהגורם האחר.		
7.2	במקרי חירום התביעה תוסדר על ידי פניה טלפונית בין ישירות אל פקידות המבטח ו/או באמצעות מוקד החירום בשעות בהן משרדי המבטח סגורים.		
7.3	על המבטוח למסור למבטח, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדרושים לבירור החבות, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטח, ככל שיוכל, להשיגם, ובכלל זה לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית ואף להבדק, על פי דרישת המבטח, ע"י רופא או רופאים מטעם המבטח ועל חשבון המבטח.		
7.4	המבטח יהא רשאי, לפי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות למי שסיפק למבטוח את השירות הרפואי, או לשלם למוטב כנגד קבלות מקוריות או העתק מאושר מהן, כמפורט בסעיף 7.1 לעיל.		
7.5	תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.		
8	חריגים:		
8.1	חריגים כלליים:		
	המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, בכל הנוגע במישרין או בעקיפין מאחד המקרים הבאים:		

- 8.1.1.1 מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח. תנאי מוקדם לזכות לתגמולי ביטוח על פי כל פרקי הפוליסה הוא כי המבוטח עבר תקופת אכשרה. "תקופת אכשרה" פרושה - תקופה רצופה של 90 יום לגבי כיווי הפוליסה (למעט הכיוויים המצויינים להלן) ותקופה רצופה של 270 יום לגבי לידה בניתוח קיסרי מתוכנן מראש, לגבי התייעצויות עם רופאים מומחים הקשורות בהריון, הפסקת הריון ולידה ולגבי אשפוז כתוצאה מהריון (פרק ה'), המתחילה לגבי כל מבוטח במועד בו החל לראשונה הביטוח או במועד חתימת המבוטח על הצעת הביטוח או במועד מתן הסכמת המבוטח לקבל את המועמד לביטוח - המאוחר מביניהם, ומסיומה זכאי הוא לקבל תגמולי ביטוח לפי הפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף מבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות.
- 8.1.1.2 על אף האמור בסעיף 8.1.1 לעיל, לא תהיה תקופת אכשרה למקרה של תאונה כהגדרתה בפרק ט'.
- 8.1.1.3 מומים מולדים, בכפוף לאמור בסעיף 8.2 להלן; ניתוחים קוסמיים או אסתטיים; ניתוחי עיניים לתיקון קוצר ראייה באמצעות לייזר; ניתוחי Gastroplasty (קיצור קיבה) אלא אם קיים צורך רפואי לבצעם; ניתוחי ברית מילה; ניתוחי שיניים, ניתוחי חניכיים, ניתוחי השתלת שתלים דנטליים וכל ניתוח המבוצע על ידי רופא שיניים; ניתוחים הקשורים בפוריות או בעקרות; פעולות ניתוחיות הקשורות בהריון; פעולות ניתוחיות הקשורות בהפסקת הריון, למעט הפסקת הריון שנדרשה עקב סכנת חיים לאם או עקב גילוי מום בעובר; לידה למעט לידה בניתוח קיסרי מתוכנן מראש, טיפולים בעובר.
- לא ישולם על פי ביטוח זה שכר מיילדת ולא ישולם שכר מנתח במקרה של לידה. על אף האמור לעיל, אם בוצע ביולדת ניתוח קיסרי מתוכנן מראש, ישלם המבוטח את שכר המנתח, חדר לידה, הרדמה ואת עלות האשפוז הנוסף עקב היות הלידה בניתוח קיסרי, בתנאי מפורש כי בטרם הוטרה לתוכנית הביטוח או בטרם חלוף תקופת האכשרה לא עברה ניתוח קיסרי כלשהו.
- 8.1.1.4 מקרה הביטוח נגרם כתוצאה מתאונת עבודה. חריג זה לא יחול על הכיסוי לפי פרק ט'.
- 8.1.1.5 מקרה הביטוח נגרם כתוצאה מתאונה הנובעת משירות צבאי (חובה, קבע או מילואים). חריג זה לא יחול על הכיסוי לפי פרק ט'.
- 8.1.1.6 מקרה הביטוח נגרם כתוצאה מתאונת דרכים. חריג זה לא יחול על הכיסוי לפי פרק ט'.
- כמו כן, אם מקרה הביטוח הינו כמפורט בפרקים א'-ז' לפוליסה, ובעת קרות תאונת הדרכים לא נהג המבוטח באופנוע או במונית – לא יחול חריג זה, והמבוטח יהיה זכאי לכיסוי לפי פרקים א'-ז'.
- 8.1.1.7 מקרה הביטוח נגרם עקב ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית מכוונת, אלוהולוזים או שימוש באלכוהול, שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראות רופא, שלא לצורך גמילה.
- 8.1.8 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש AIDS (איידס) ובמחלות: HUMAN T-CELL LYMPHATROPIC VIRUS TYPE III (HTLV) LYMPHADENOPATHY ASSOCIATED ו- VIRUS (LAV) או מחלות או מצבים שהם מוטציות או וריאציות למחלת האיידס או כל מחלה או תסמונת דומה אחרת יהא שמה אשר יהא. חריג זה לא יחול על הכיסוי לפי פרק ו'.
- 8.1.9 מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי או פעולה מלחמתית או פעולה צבאית או פעולת טרור או פעולת איבה או פיגוע חבלני, קרינת רנטגן או קרינה מיננת, תחליפים גרעיניים ופסולת גרעינית.
- 8.1.10 פעילות ספורטיבית מקצוענית במסגרת אגודות הספורט, השתתפות או אימון בכל צורה שהיא במרוץ למעט מרוץ רגלי; טיסה בכלי טיס כלשהו למעט טיסה בנתיב טיסה מוכר בכלי טיס אזרחי בעל רישיון להובלת נוסעים.
- "פעילות ספורטיבית מקצוענית" - פעילות ספורט אשר שכר כספי לצידה.
- 8.1.11 פעילויות מסוכנות ו/או תחביבים מסוכנים, לרבות צלילה תת מימית, סקי, דאיה, גלישה, צניחה, סנפלינג, בנג'י.
- 8.1.12 החריגים הבאים יחולו אך ורק על הכיסויים לפי פרקים ט', י' ו"א:
- 8.1.12.1 פעולה פלילית בה השתתף המבוטח.
- 8.1.12.2 שימוש בחומרי נפץ. במקרה של סתירה בין האמור בסעיף זה לבין האמור בסעיפים 8.1.6-8.1.4 לעיל יגבר האמור בסעיפים 8.1.6-8.1.4.
- 8.1.12.3 סיון עצמי במתכוון, פרט להגנה עצמית והצלת נפשות. במקרה של סתירה בין האמור בסעיף זה לבין האמור בסעיפים 8.1.6-8.1.4 לעיל יגבר האמור בסעיפים 8.1.6-8.1.4.
- 8.1.12.4 מקרי תאונה כתוצאה מניתוחים, כולל ניתוחים קלים.
- 8.1.13 החריגים הבאים יחולו אך ורק על הכיסויים לפי פרקים י' ו"א:
- 8.1.13.1 מלחמה או פעולה מלחמתית של כוחות עוינים - סדירים או בלתי סדירים.
- 8.1.13.2 פעולת חבלה או טרור מכל סוג שהוא אם המבוטח זכאי לפיצויים מגורם ממשלתי.
- 8.2 סייג בשל מצב רפואי קודם
- 8.2.1 הגדרה:
- מצב רפואי קודם: מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לענין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 8.2.2 המבוטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, בכל הנוגע במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג, כמפורט בסעיפים 8.2.3 ו-8.2.4 להלן.

נספח 813

לשלמם לפי הפוליסה, בין אם המסים האלה קיימים ביום עריכת הפוליסה ובין אם הם יוטלו במועד שלאחר מכן.

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

14. הודעות
14.1. הודעה של המבטח להורים ו/או ו/או למגיש הצעת הביטוח ו/או למבוטח, לפי העניין, תינתן לפי מענם האחרון שנמסר בכתב למבטח.

14.2. ההורים ו/או מי שהגיש את הצעת הביטוח ו/או המבוטח מתחייב להודיע למבטח בכתב על כל שינוי בכתובתו. כל הודעה ו/או הצהרה למבטח תימסר בכתב, זולת הצעת ביטוח שנמסרה באמצעות הטלפון. כל שינוי בפוליסה, אם יתבקש, יכנס לתוקפו רק לאחר שנרשם על ידי המבטח בפוליסה.

15. שונות
המבטח יהיה רשאי לשנות מעת לעת את רשימת מנתחי ההסכם, בתי החולים וכן כל גוף אחר הקשור בהסכם עם המבטח על פי הביטוח הניתן במסגרת פוליסה זו.

16. נספחי הפוליסה
הוראות פוליסה זו יחולו גם על נספחיה, בשינויים המחוייבים.

17. מקום השיפוט
מדינת השיפוט הבלעדית בכל הקשור בפוליסה היא ישראל.

פרק א' - ניתוח פרטי בארץ

1. הגדרות לכל פרקי הפוליסה:
1.1. **ניתוח:** פעולה פולשנית-חיריתית (Invasive Procedure), החודרת דרך רקמות, ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח.

במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה. למען הסר ספק ומבלי לגרוע מהאמור לא יכללו בהגדרת "ניתוח": בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקת מי שפיר ובדיקות אחרות הקשורות בהריון, בדיקת עוברים, בדיקות ופעולות הדמיה (כגון: C.T., M.R.I.) ובדיקות סקר למיניהן. לחריגים נוספים ראה סעיף 8 בפרק המבוא לעיל.

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

1.3. **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום.

1.4. **בית חולים פרטי:** בית חולים שאינו בבעלות המדינה או קופת חולים כלשהי, ואם הוא בבעלות אחד מאלה - בתנאי שבמסגרתו ניתן שירות רפואי פרטי או שירות רפואי נוסף שאושר על ידי הרשויות המוסמכות.

1.5. **בית חולים מוסכם:** בית חולים כמוגדר בסעיף 1.3 או בסעיף 1.4 הקשור בהסכם עם המבטח ו/או עם חברה קשורה.

1.6. **מנתח הסכם:** רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שהסכים

8.2.3. סייג בשל מצב רפואי קודם, לענין מבוטח שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח הוא -

8.2.3.1. פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

8.2.3.2. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

8.2.4. על אף האמור בסעיף 8.2.3 לעיל, הסייג הנקוב בסעיף 8.2.2, בשל מצב רפואי מסוים שפורט ברשימה לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה ברשימה לצד אותו מצב רפואי מסוים.

8.2.5. הסייג הנקוב בסעיף 8.2.2 לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש ברשימה את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

8.2.6. אם נשאל המבוטח בהצהרת הבריאות על מצב בריאות ולא גילה את מצבו, יחולו לגביו כללי הגילוי על פי הוראות כל דין.

8.3. המבטח אינו אחראי לטיפול ולתוצאותיו:

למען הסר ספק מובהר ומוסכם בזאת כי בחירת הרופא המטפל על פי הסכם זה והטיפולים והשירותים המכוסים על ידי פוליסה זו, נעשים על ידי המבוטח ישירות או באמצעות ההורים (אם גילו נמוך מ- 18 שנה) וכי המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח כתוצאה מטיפול או שירות המכוסה על ידי פוליסה זו.

9. שינוי פרמיה ותנאים

9.1. הפרמיה המשולמת בגין פוליסה זו תקבע אחת לשנה בהתאם לגילו של המבוטח בהתייחס לפרמיה הנגבית מקבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח.

9.2. בנוסף לאמור בסעיף קטן 9.1 לעיל יהיה המבטח זכאי לשנות את הפרמיה והתנאים של ביטוח זה לכלל המבוטחים בביטוח זה, אך לא לפני 1.3.2008. שינוי כזה יהא תקף בתנאי שהמפקח על הביטוח אישר את השינוי, ולאחר 30 יום מהיום שבו הודיע המבטח בכתב למבוטח על כך. שונתה הפרמיה כאמור, תחושב הפרמיה החדשה ללא התחשבות בשינוי שחל במצב בריאותו של המבוטח במשך התקופה שקדמה לשינוי כאמור.

10. הוכחת הגיל

על המבוטח באמצעות ההורים להוכיח את תאריך לידתו על ידי תעודה לשביעות רצונו של המבטח. תאריך לידתו של המבוטח הוא עניין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בסעיף 3 לעיל ובמקרה של מתן תשובה שאינה מלאה וכנה או העלמת עובדה בקשר לכך יחולו הוראות סעיף 3 לעיל.

11. השבת דמי הביטוח

פטור המבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות בסעיף 8.2 לעיל ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח עבור כיוסי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח יתווספו הפרשי הצמדה.

12. מסים והיטלים

ההורים או מי שהגיש את הצעת הביטוח או המבוטח - לפי העניין - חייב לשלם למבטח את דמי הפוליסה ואת המסים הממשלתיים והאחרים החלים על הפוליסה או המוטלים על דמי הביטוח, על כומי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהמבטח מחויב

החולים. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים אותה עת בשרותי מגן דוד אדום.

3.9 תגמולי ביטוח מיוחדים:

3.9.1 המציא המבוטח לביה"ח טופס 17 מטעם קופת החולים בה הוא חבר, לכיסוי הוצאות הניתוח המבוצע בבית החולים, והמבטח לא השתתף במימון הניתוח (כאמור בסעיפים 3.1-3.8 לעיל, כולם או מקצתם), ישלם המבטח למוטב סכום השווה למחצית ערכו של הטופס, ובלבד שהניתוח שבוצע הינו ניתוח אלקטיבי.

3.9.2 המציא המבוטח לביה"ח טופס 17 מטעם קופת החולים בה הוא חבר, לכיסוי הוצאות הניתוח המבוצע בבית החולים, והמבטח השתתף במימון הניתוח (כאמור בסעיפים 3.1-3.8 לעיל, כולם או מקצתם), ישלם המבטח למוטב סכום השווה לרבע ערכו של הטופס, ובלבד שהניתוח שבוצע הינו ניתוח אלקטיבי.

פרק ב' - ניתוח פרטי בחו"ל

1. **מקרה הביטוח:** מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח אלקטיבי, אשר יבוצע בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.

תנאי מוקדם ומהותי לתשלום ההוצאות הקשורות במקרה הביטוח לפי סעיפים 2.1-2.9 להלן הינו כי ביצוע הניתוח תואם מראש עם המבטח.

2. **המבטח מתחייב לשאת בהוצאות הקשורות במקרה הביטוח כדלקמן:**

2.1 **שכר מנתח בבית חולים:** יכוסה במלואו ללא תקרה.

2.2 **שכר רופא מרדים בבית חולים:** יכוסה במלואו ללא תקרה.

2.3 **כיסוי הוצאות אשפוז בבית חולים:** יכוסו ללא תקרה למחיר יום אשפוז, למשך תקופה שלא תעלה על 30 ימים.

2.4 **הוצאות חדר ניתוח בבית חולים:** יכוסו במלואן ללא תקרה.

2.5 **הוצאות בגין בדיקה פתולוגית בבית חולים:** יכוסו במלואן ללא תקרה.

2.6 **שתל:** בוצע במבוטח בבית חולים ניתוח, ובמהלך הניתוח הושטלו/ו במבוטח שתלים/ים כלשהו/כלשהם, ישתתף המבטח בעלות השתלים הנ"ל עד לתקרת הסכום הנקוב בנספח.

2.7 **שכר אחות/ות פרטי/ת או פיזיותרפיסט פרטי לאחר ניתוח:** המבטח יחזיר למבוטח הוצאות העסקת אחות/ות פרטי/ת או פיזיותרפיסט פרטי בבית החולים במהלך ימי האשפוז הרציפים שלאחר הניתוח, עד לתקרת הסכום הנקוב בנספח בגין כל יום אשפוז, ולתקופה שלא תעלה על 8 ימי אשפוז.

2.8 **שירותי אמבולנס בין בתי חולים בחו"ל:** המבטח יחזיר למוטב את הוצאותיו בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי החולים בחו"ל.

2.9 **בנוסף לכיסוי הוצאות הרשומות לעיל, ישתתף המבטח בהוצאות הרשומות להלן:**

2.9.1 **כיסוי להוצאות הטסה רפואית – במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית מישראל לחו"ל ומחו"ל לישראל, בהתאם לצורך, עד גובה הסכום הנקוב בנספח.**

בסעיף זה: הטסה רפואית: הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי

לקבל ישירות מאת המבטח ו/או מאת חברה קשורה שכר שהוסכם עמו עבור ניתוח שביצע במבוטח.

1.7 **מנתח אחר:** רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, אשר אינו בהסכם עם המבטח ו/או עם חברה קשורה.

1.8 **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.

1.9 **אחות / אח פרטי:** אחות או אח פרטי בעלי תעודת הסמכה בישראל או בחו"ל.

1.10 **פיזיותרפיסט:** אדם בעל תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לתת טיפולי פיזיותרפיה.

1.11 **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 השתלה.

1.12 **יום אשפוז:** משך הזמן המוגדר כיום אשפוז על פי המקובל בבתי חולים בארץ.

2. **מקרה הביטוח:** מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח, אשר יבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. **המבטח מתחייב לשאת בהוצאות הקשורות במקרה הביטוח כדלקמן, כמפורט ברשימה:**

3.1 **שכר מנתח בביה"ח פרטי:**

3.1.1 שכר מנתח הסכם ישולם במלואו ישירות למנתח ההסכם.

3.1.2 שכר מנתח אחר - התשלום למוטב בהתאם לסוג הניתוח שבוצע על ידי מנתח אחר יהיה בגובה הסכום ששולם על ידו בפועל, עד לתקרת הסכום הקבוע למנתחי הסכם של המבטח, עבור הניתוח שבוצע.

3.2 **שכר רופא מרדים בבית חולים פרטי:** המבטח ישלם ישירות את הוצאות הרופא המרדים בגין הרדמה שבוצעה במבוטח בעת ניתוח או יחזיר הוצאות אלה למוטב עד לתקרת הסכום הקבוע ברשימת הניתוחים של המבטח עבור מרדים על פי הניתוח שבוצע.

3.3 **כיסוי הוצאות אשפוז בבית חולים פרטי במקרה ניתוח:** המבטח יכסה הוצאות אשפוז בבית חולים מוסכם או יחזיר למוטב את הוצאותיו עד לתקרת הסכום הנקוב בנספח לכל יום אשפוז בגין אשפוז בבית חולים פרטי אחר, ובכל אחד מהמקרים הנ"ל למשך תקופה שלא תעלה על 30 ימים.

3.4 **הוצאות חדר ניתוח בבית חולים פרטי:** המבטח ישלם ישירות לבית חולים מוסכם את הוצאות עבור חדר ניתוח על פי הניתוח שבוצע, או יחזיר הוצאות אלה למוטב אם נותח בבית חולים פרטי אחר, עד לתקרת הסכום הקבוע אצל המבטח עבור חדר ניתוח על פי הניתוח שבוצע.

3.5 **הוצאות בגין בדיקה פתולוגית בבית חולים פרטי:** המבטח ישלם ישירות לבית חולים מוסכם בגין בדיקה פתולוגית הנדרשת במקרה של ניתוח, או יחזיר הוצאות אלה למוטב על פי תעריף המבטח לסוג הניתוח שבוצע.

3.6 **שתל:** בוצע במבוטח בבית חולים ניתוח, ובמהלך הניתוח הושטלו/ו במבוטח שתלים/ים כלשהו/כלשהם, ישתתף המבטח בעלות השתלים הנ"ל עד לתקרת הסכום הנקוב בנספח.

3.7 **שכר אחות/ות פרטי/ת או פיזיותרפיסט פרטי לאחר ניתוח:** המבטח יחזיר למבוטח הוצאות העסקת אחות/ות פרטי/ת או פיזיותרפיסט פרטי בבית החולים במהלך ימי האשפוז הרציפים שלאחר הניתוח, עד לתקרת הסכום הנקוב בנספח בגין כל יום אשפוז, ולתקופה שלא תעלה על 8 ימי אשפוז.

3.8 **שירותי אמבולנס בין בתי חולים בישראל:** המבטח יחזיר למוטב את הוצאותיו בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי

נספח 813

- 3.1. חברת טל-רפואה (TELEMEDICINE): חברה המספקת שרותי TELEMEDICINE וקשורה בהסכמים עם מרכזים רפואיים בחו"ל.
- 3.2. **מקרה הביטוח:** מצבו הבריאותי של המבוטח, המחייב ביצוע ניתוח, שבעטיו התייעץ המבוטח עם רופא מומחה במרכז רפואי בחו"ל, באמצעות חברת טל-רפואה; במידה והרופא המומחה הנ"ל קבע כי נסיעתו של המבוטח לחו"ל חיונית כדי שיוכל לייעץ לו כאמור, ורופא המבטח אישר את קביעתו - המבוטח טס לחו"ל.
- 3.3. המבטח ישלם למוטב תגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בגין ההתייעצות, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח.
- בנוסף, בכפוף לאישור זכאות, ישפה המבטח את למוטב בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה ובאותו מועד, ועד לתקרת הסכום הנקוב בנספח.
- 3.4. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת במהלך שנת ביטוח.

פרק ד' - השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. **השתלה**
- 1.1.1. **הגדרה:** 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 מהמבוטח או מתורם אחר בגוף המבוטח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל. במקרה בו יושלל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
- 1.1.2. **מקרה הביטוח:** מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה, ובלבד שרופא מומחה בדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש, קבע את הצורך בביצוע ההשתלה, ושההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה מדינה.
- 1.2. **טיפול מיוחד**
- 1.2.1. **הגדרה:** ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר בחו"ל שמתקיימים בו כל התנאים המצטברים הבאים:
- 1.2.1.1. לא ניתן לבצעו מבחינה רפואית בישראל ואין לו טיפול חלופי בישראל.
- 1.2.1.2. ביצוע הטיפול המיוחד מקובל על פי אמות מידה רפואיות מקובלות ומניעתו מהווה סכנה ממשית לחייו של המבוטח.
- 1.2.1.3. הטיפול המיוחד אינו נסיוני.
- 1.2.1.4. אושר ע"י רופא מומחה בישראל בדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש וכן על ידי רופא המבטח האמור בסעיפים קטנים 1.2.1.1, 1.2.1.2 ו- 1.2.1.3 לעיל.
- 1.2.2. **בסעיף זה: טיפול חלופי:** טיפול רפואי הניתן לביצוע בישראל, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות למטופל.
- 1.2.3. **מקרה הביטוח:** מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע טיפול מיוחד.

המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל ו/או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה. הכיסוי כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

2.9.2. **כיסוי להוצאות שהיה** – במקרה שתקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 10 ימים, המבטח יכסה עד 50% מהוצאות השהיה של מלווה אחד, בסכום הנקוב בנספח ליום, החל מהיום ה-11 לאשפוז ועד ליום ה-40 לאשפוז (סה"כ עד 30 ימים).

2.9.3. **כיסוי להוצאות הטסת גופה** - המבטח יכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל, ובלבד שנפטר תוך תקופה, שלא תעלה על 3 ימים מיום שחרורו מבית החולים בחו"ל.

2.10. בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל המכוסה על פי פוליסה זו, אולם ביצעו לא אושר מראש ע"י המבטח, ישלם המבטח למבוטח את ההוצאות כפי שהיו לו אם היה נעשה הניתוח באמצעות ב"ח אשר למבטח או לחברה קשורה יש עימו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי פוליסה זו.

3. **אחריות המבטח על פי פרק זה מותנית ומוגבלת לכך שהמבוטח הינו תושב ישראל המתגורר בישראל כדרך קבע, למעלה מ-180 ימים במהלך השנה הקודמת למועד קרות מקרה הביטוח.**

במידה והמבוטח אינו עומד בתנאים הרשומים לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאותיו בהיקף זכאות המבוטח בגין ביצוע אותו ניתוח בישראל.

4. **פרק זה לא בא במקום ואינו כולל כיסוי עבור ביטוח נסיעות לחו"ל.**

פרק ג' - התייעצות עם רופאים מומחים

התייעצויות בארץ

1. **התייעצות לפני ניתוח**
- 1.1. **מקרה הביטוח:** מצבו הבריאותי של המבוטח, המחייב ביצוע ניתוח, שבעטיו התייעץ המבוטח עם רופא שהינו מומחה מנתח (להלן: "רופא היועץ").
- 1.2. המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בגין התייעצות, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח.
- 1.3. המבוטח יהיה זכאי לעד שלוש התייעצויות במהלך שנת ביטוח.

התייעצות שלא לפני ניתוח

2. **רופא מומחה:** רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחומו.
- 2.2. **מקרה הביטוח:** מצבו הבריאותי של המבוטח (שלא לפני ניתוח), שבעטיו התייעץ המבוטח עם רופא מומחה.
- 2.3. המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 75% מההוצאות שהוציא המבוטח בגין התייעצות, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח.
- 2.4. המבוטח יהיה זכאי לעד שתי התייעצויות במהלך שנת ביטוח.

התייעצות בחו"ל

3. **התייעצות בחו"ל לפני ניתוח**

2. **סכום הביטוח**

נספח 813

3.1.1.9. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה.

3.1.1.10. גמלת החלמה:

בכל מקרה של ביצוע השתלה המכוסה על פי פרק זה, למבוטח שהינו מבוטח בביטוח השתלות גם מכח החוק ו/או על ידי אחת מקופות החולים בישראל ו/או זכאי לכיסוי בגין השתלה גם מחברת ביטוח אחרת, ישלם המבטח למבוטח בחייו גמלה נוספת שתיקרא "גמלת החלמה" (להלן: "הגמלה") כדלהלן ובלבד שסך כל התשלומים שישלם המבטח על פי סעיף 3.1 לא יעלה ביחד על הסך הנקוב בנספח בגין השתלה:

3.1.1.10.1. גמלה חודשית בגובה הסכום הנקוב בנספח למשך תקופה של עד 24 חודשים.

3.1.1.10.2. אם המבוטח הינו מתחת לגיל 18 תהא הגמלה בשיעור 50% מהסכום הקבוע בסעיף 3.1.1.10.1.

3.1.2. **אפשרות פיצוי חד פעמי להשתלה** – פיצוי חד פעמי בגובה הסכום הנקוב בנספח לאחר ביצוע ההשתלה בחו"ל, ובלבד שההשתלה שבוצעה אינה השתלת מח עצמות שנלקח מגופו של המבוטח עצמו.

3.1.3. **למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח כמפורט בסעיף 1.1 (השתלה), יוכל המבוטח לבחור ולהודיע על בחירתו בכתב למבטח, אך ורק באחת משתי האפשרויות, המפורטות בסעיפים 3.1.1 ו- 3.1.2 לעיל.**

3.2. תשלום בגין טיפול מיוחד

3.2.1. תשלומים כמפורט בסעיפים קטנים 3.1.1.1, 3.1.1.2, 3.1.1.4, 3.1.1.5, 3.1.1.6, 3.1.1.7, 3.1.1.9 ו- 3.1.1.9. הנ"ל בשינויים כדלהלן:

3.2.1.1. בכל מקום בו מופיעה המילה "השתלה", יש לקרוא "טיפול מיוחד".

3.2.1.2. אל האמור בסעיף 3.1.1.1 בפרק זה יש להוסיף, כי המבטח יכסה את ההוצאות האמורות בסעיף זה אך ורק אם לא ניתן לבצע את הפעולות ו/או הטיפולים הרפואיים בישראל.

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

3.2.2. תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל - עד לתקרת הסכום הנקוב בנספח.

פרק ה' - אשפוז כתוצאה ממחלה

1. **מקרה הביטוח:** מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב שהיה רצופה בבית חולים בישראל במשך ארבעה ימי אשפוז לפחות מחמת מחלת המבוטח וכתוצאה ישירה ובלעדית ממנה. **בפרק זה: יום אשפוז:** משך הזמן המוגדר כיום אשפוז על פי המקובל בבתי חולים בארץ, ולא פחות מ- 24 שעות.

2. **תגמולי הביטוח:** המוטב יהיה זכאי לפיצוי יומי בסך הנקוב בנספח בגין כל יום אשפוז בפועל החל מהיום הרביעי לאשפוז ועד לסה"כ של ארבעה ימים החל מהיום הרביעי לאשפוז.

3. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה אם הינו זכאי, במהלך תקופת האשפוז הרצופה, לתגמולים על פי פרק א'

2.1. עבור השתלה - הסכום המרבי לשיפוי הינו כמפורט בנספח אך לא יותר משיעור ממנו, ובלבד שלא יעלה על תקרת תגמולי הביטוח הנקובה בסעיף 3.1 להלן.

2.2. עבור טיפול מיוחד - הסכום המרבי לשיפוי הינו כמפורט בנספח אך לא יותר משיעור ממנו, ובלבד שלא יעלה על תקרת תגמולי הביטוח הנקובה בסעיף 3.2 להלן.

3. תגמולי הביטוח

קרה מקרה הביטוח, ישפה המבטח את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל עבור שירותים רפואיים כמפורט בסעיף 3.1 או 3.2 להלן, אותם קיבל המבוטח כצורך רפואי להשתלה או לטיפול מיוחד לפי העניין. מוצרה בזה כי סך התשלומים שישלם המבטח בגין הוצאות לשירותים רפואיים עבור השתלה כמפורט בסעיף 3.1 להלן לא יעלה ביחד על הסך המפורט בנספח תגמולי הביטוח, ועבור טיפול מיוחד כמפורט בסעיף 3.2 להלן לא יעלה ביחד על הסך המפורט בנספח.

"הוצאות ממשיות" - להוציא כל חבויות אותן זכאי המבוטח לקבל מקופת החולים בה הוא מבוטח בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי והתקנות שנחקקו מכוחו. באשר לחבויות כאמור לעיל יחול הקבוע בסעיפים 7.10 ו- 7.13 בפרק המבוא.

מובהר כי השתלה ו/או טיפול מיוחד חוזרים אשר ידרש בעקבות ביצוע מקרה ביטוח כפעולה ראשונית מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.

להסרת ספק, במקרה בו יושלח מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח, בעקבות אי הצלחת השתלת מח עצמות מגופו של המבוטח, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

להלן פירוט התשלומים להשתלה ולטיפול מיוחד:

3.1. תשלום בגין השתלה

3.1.1. אפשרות שיפוי בגין הוצאות השתלה

3.1.1.1. תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה רפואית של המבוטח הנובעות ממקרה הביטוח.

3.1.1.2. תשלום עבור אשפוז המבוטח בחו"ל.

3.1.1.3. תשלום עבור ביצוע ניתוח לצורך הוצאת האיבר המיועד להשתלה בגוף המבוטח, שימור האיבר והעברתו למקום ביצוע ההשתלה. במקרה של השתלת מח עצמות ובכפוף לקרות מקרה הביטוח, ישולמו הוצאות הבדיקות לאיתור תורם מח עצמות, וזאת עד גובה הסכום הנקוב בנספח.

3.1.1.4. תשלום לצוות הרפואי עבור השירותים הרפואיים שינתנו למבוטח תוך כדי בצוע ההשתלה.

3.1.1.5. תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ומלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל, וכן תשלום הוצאות העברה יבשתית של המבוטח ומלווה אחד משדה התעופה לבית החולים ובחזרה.

3.1.1.6. תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיחידת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה.

3.1.1.7. תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל עד לתקרת הסכום הנקוב בנספח ליום, ולא יותר מאשר 10% מסכום הביטוח להשתלה בסה"כ, ובלבד שההשתלה בוצעה בפועל.

3.1.1.8. תשלום עבור טיפולי המשך הנובעים מביצוע ההשתלה.

נספח 813

- 1.1.2. מלנומה ממאירה דרגה A1 (1 מ"מ) לפי סיווג ה-AJCC לשנת 2002.
- 1.1.3. מחלות עור מסוג:
 - 1.1.3.1. Basal Cell Hyperkeratosis - ו-Carcinoma
 - 1.1.3.2. Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.

- 1.1.4. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת ה-AIDS.
- 1.1.5. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-TNM Classification T2 No Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל).
- 1.1.6. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L).

- 1.2. **אי ספיקת כליות כרונית (Chronic Renal Failure) -** חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.

- 1.3. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis) -** דמיאליניזציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחוסר ניורולוגי הנמשך לפחות שישה חודשים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאליניזציה (פגיעה במעטפת המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי ניורולוג מומחה.

- 1.4. **עיוורון (Blindness) -** איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.

- 1.5. **שיתוק (פרפלגיה, קוורדריפלגיה) (Paralysis) -** איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).

2. מקרה הביטוח

- 2.1. אם יתגלה קיומה של אחת או יותר מהמחלות: סרטן, אי ספיקת כליות כרונית, טרשת נפוצה, עיוורון או שיתוק, במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה, ישלם המבטח למוטב סכום ביטוח חד פעמי הנקוב בנספח, ובלבד שגילו של המבוטח בעת הגילוי הינו למעלה משנתיים.

- 2.2. הסכום הנ"ל ישולם למוטב לאחר שיציגו למבטח את כל התעודות הרפואיות הסבירות המוכיחות את קיומן של אחת או יותר מהמחלות כמוגדר לעיל.

- 3. **תוקף הביטוח על פי פרק זה יפוג בהגיע המבוטח לגיל 21.**

פרק ט' - פיצוי במקרה של נכות שארעה עקב תאונה

1. הגדרות בפרק זה:

- 1.1. **תאונה -** היזק גופני בלתי צפוי מראש הנגרם במישרין על ידי אמצעי אלימות חיצוניים וגלויים אשר מהווה, ללא כל תלות בכל סיבה אחרת, את הסיבה היחידה, הישירה והמיידית לנכות.

- 1.2. **נכות צמיתה -** אובדן מוחלט אנטומי או תפקודי, של איבר או גפה או חלקיהם הנגרם במשך תקופת הביטוח על ידי תאונה תוך 12 חודשים מיום קרותה.

2. מקרה הביטוח

- 2. תאונה שגרמה למבוטח נכות צמיתה בתקופת הביטוח.

3. תגמולי הביטוח

ו/או על פי פרק ד'.

- 4. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בגין עד עשרים וחמישה ימים במצטבר במהלך שנת ביטוח, בגין כל מקרי הביטוח שיארעו במהלך תקופה זו.

פרק ו' - מענק חד פעמי לפיצוי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS

- 1. **מקרה הביטוח:** מחלת המבוטח בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כתוצאה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח שבוצע בבית חולים במהלך תקופת הביטוח.

- 2. **תגמולי הביטוח:** על אף האמור בסעיף 8 בפרק המבוא לעיל, מבוטח אשר קרה לו מקרה הביטוח יהא זכאי ישירות או באמצעות ההורים (אם גילו נמוך מ-18 שנה) למענק חד פעמי בגובה הסכום המפורט בנספח, ובלבד שהמציא אישור מאת בית החולים כי הידבקותו באיידס אירעה במהלך ניתוח שבוצע בבית החולים.

פרק ז' - פיצויים חודשיים בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס B

1. בפרק זה:

- 1. **אי כושר עבודה מוחלט:** מבוטח יחשב כבלתי כשיר מוחלט לעבודה אם נדבק, בהיותו בן 21 שנים ומעלה, בנגיף הפטיטיס B, בשל עירוי דם ומוצריו שניתנו לו במהלך ניתוח שבוצע בבית חולים במהלך תקופת הביטוח, וכתוצאה מכך נשללה ממנו האפשרות לעסוק במשלח יד כלשהו או לבצע עבודה כלשהי תמורת שכר, גמול או רווח כלשהם.

- 2. **תקופת המתנה:** תקופה בת 3 חודשים שתחילתה ביום בו הפך המבוטח לבלתי כשיר מוחלט לעבודה ואשר רק בסיומה יהיה המבוטח זכאי לפיצויים חודשיים בגין אי הכושר.

2. התחייבות המבטח:

- 2.1. המבטח ישלם למבוטח, שהינו במצב של אי כושר עבודה מוחלט, פיצויים חודשיים בגובה הסכום הנקוב בנספח, החל מתום תקופת המתנה וכל עוד נמשך אי הכושר המוחלט.

- 2.2. הפיצויים ישולמו לתקופה שאינה עולה על 12 חודש, או עד יום הגיע המבוטח לגיל 65, לפי המועד המוקדם מבין השניים.

- 2.3. אם לא היתה למבוטח תעסוקה במועד התחלת אי כושר העבודה המוחלט, לא יהא המבוטח זכאי לפיצוי כלשהו על פי פרק זה.

- 2.4. תנאי מוקדם לתשלום הפיצויים הינו כי המבוטח המציא אישור מאת בית החולים, לפיו הידבקות המבוטח בנגיף הפטיטיס B אירעה במהלך ניתוח שבוצע בבית החולים.

- 3. תוקף הביטוח על פי פרק זה יפוג בהגיע המבוטח לגיל 65.

פרק ח' - פיצוי במקרה של גילוי מחלה קשה

1. הגדרות בפרק זה:

- 1.1. **סרטן (Cancer) -** נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחוזרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.

- 1.2. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. מקרה הביטוח אינו כולל:

- 1.1.1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים.

5. **תוקף הביטוח על פי פרק זה יפוג בהגיע המבוטח לגיל 21.**

פרק י"א - אביזרים/מכשירים רפואיים הנדרשים לטיפול בפגיעה כתוצאה מתאונה

1. **הגדרות בפרק זה:**
תאונה - כהגדרתה בפרק ט'.

2. **מקרה הביטוח**
מבוטח שעבר תאונה ואשר בעקבותיה נדרש לאביזרים/ מכשירים רפואיים על פי הוראת רופא - ישא המבוטח בהוצאות רכישת או שימוש באביזרים/במכשירים.

3. **תגמולי ביטוח**
עבור רכישת או שימוש באביזרים/ מכשירים: עד 75% מהעלות, אך לא יותר מהסכום הנקוב בנספח למקרה ביטוח.

4. **תוספת לאחריות המבוטח**
על אף האמור בסעיף 8 בפרק המבוא בפוליסה זו, פרק זה יכסה מקרה ביטוח הנגרם כתוצאה מ: **סקי חורף, רכיבה על סוסים, סקי מים, גלישת גלים, גלישת אוויר, סנפלינג, טיפוס הרים, בנג'י, רכיבה על אופנוע ונהיגה בטרקטורונים, בתנאי שלנוהג יש רשיון נהיגה מתאים.**

5. **תוקף הביטוח על פי פרק זה יפוג בהגיע המבוטח לגיל 21.**

פרק י"ב - טיפולים לאחר אירוע קשה

1. **הגדרות בפרק זה:**
בן משפחה קרוב - אב, אם, אח, אחות.

2. **מקרה הביטוח**
מבוטח שעבר אירוע מוות של בן משפחה קרוב - ישא המבוטח בהוצאות טיפולים/פסיכולוגים ו/או פסיכיאטרים.

3. **תגמולי ביטוח**
עבור הטיפול/ים שינתנו על ידי רופא פסיכיאטר ו/או פסיכולוג מורשה: עד 75% מעלות הטיפול, אך לא יותר מהסכום הנקוב בנספח עבור כל טיפול למשך תקופת הביטוח.

3.2. מספר הטיפולים המרבי עבורם ישלם המבוטח כאמור בסעיף 3.1 לא יעלה על 30 טיפולים בגין אירוע אחד, למשך כל תקופת הביטוח.

4. **הגבלת אחריות המבוטח לפרק זה**
כיסוי לטיפולים אלה ינתן אך ורק אם התופעות שצוינו אירעו בעקבות אירוע מוות, שקרה לאחר תחילת תקופת הביטוח ולאחר גמר תקופת האכשרה.

5. **תוקף הביטוח על פי פרק זה יפוג בהגיע המבוטח לגיל 21.**

פרק י"ג - אובדן כושר הלימודים

1. **הגדרות בפרק זה:**
מחלה: מחלה, למעט מחלה קשה ומתמשכת שהיתה קיימת לפני תחילת הביטוח וגמר תקופת האכשרה.
תאונה: כהגדרתה בפרק ט'.

המבוטח ישלם למבוטח, סכום ביטוח מרבי הנקוב בנספח או פחות מסכום זה בהתאם לאחוזים מסכום הביטוח המרבי הנ"ל, שיקבע רופא המבוטח ולפי הטבלה הבאה:

איבר הגוף	איבר הגוף	ימין	שמאל
עין אחת	זרוע	75%	65%
שתי עיניים	אמה	65%	55%
אוזן אחת	כף יד	60%	50%
שתי אוזניים	בוהן יד	25%	20%
רגל (מעל הברך)	אצבע יד	15%	12%
ירך	אמת יד	12%	10%
כף רגל	קמיצת יד	10%	8%
בוהן רגל	זרת יד	12%	10%
אצבע רגל אחת			3%

פרק באצבע יחושב כשליש מן האחוז המצויין בטבלה לעיל עבור אותה אצבע.

3.1. האחוזים המצוינים בטבלה מתייחסים ל- 100% נכות צמיתה של אותו איבר.

3.2. מידת נכות צמיתה אשר לא צוינה בטבלה - תיקבע תוך השוואה עם הטבלה לעיל.

3.3. אם המבוטח איטר יד ימין יש לנהוג לגבי יד שמאל לפי אותם האחוזים הנקובים ביד ימין ובפגיעה ביד ימין לפי אחוזי יד שמאל.

3.4. נכות שהייתה קיימת לפני תחילת תקופת הביטוח תילקח בחשבון בעת קביעת גובה הנכות בכל מקרה של תביעה על פי פרק זה בפוליסה.

3.5. בכל תביעה לתגמולי ביטוח ישולמו אחוזים כמפורט לעיל מסכום הביטוח המרבי, בכפוף לכך שהתשלום על פי פרק זה לא יעלה אף פעם על סכום הביטוח המרבי שנקבע בו.

תוספת לאחריות המבוטח

4. על אף האמור בסעיף 8 בפרק המבוא בפוליסה זו, פרק זה יכסה מקרה ביטוח הנגרם כתוצאה מ: **סקי חורף, רכיבה על סוסים, סקי מים, גלישת גלים, גלישת אוויר, סנפלינג, טיפוס הרים, בנג'י, רכיבה על אופנוע ונהיגה בטרקטורונים, בתנאי שלנוהג יש רשיון נהיגה מתאים.**

5. **תוקף הביטוח על פי פרק זה יפוג בהגיע המבוטח לגיל 21.**

פרק י' - טיפולים פיזיותרפיים לטיפול בפגיעה כתוצאה מתאונה

1. **הגדרות בפרק זה:**
תאונה - כהגדרתה בפרק ט'.

2. **מקרה הביטוח**
מבוטח שעבר תאונה ואשר בעקבותיה נדרש לטיפולים פיזיותרפיים על פי הוראת רופא - ישא המבוטח בהוצאות הטיפולים.

3. **תגמולי ביטוח**
עבור הטיפולים: עד 75% מעלות הטיפול, אך לא יותר מהסכום הנקוב בנספח למשך תקופה של שנה.

3.2. מספר הטיפולים המרבי עבורם ישלם המבוטח כאמור בסעיף 3.1 לא יעלה על 15 טיפולים בגין מקרה אחד במשך תקופה של שנה.

4. **תוספת לאחריות המבוטח**
על אף האמור בסעיף 8 בפרק המבוא בפוליסה זו, פרק זה יכסה מקרה ביטוח הנגרם כתוצאה מ: **סקי חורף, רכיבה על סוסים, סקי מים, גלישת גלים, גלישת אוויר, סנפלינג, טיפוס הרים, בנג'י, רכיבה על אופנוע ונהיגה בטרקטורונים, בתנאי שלנוהג יש רשיון נהיגה מתאים.**

2. **מקרה הביטוח:** העדרות מבוטח שגילו עד 18 שנה מלימודיו בבית הספר עקב מחלה או תאונה.
3. **תגמולי הביטוח:**
אם תוך תקופת הביטוח ולאחר גמר תקופת האכשרה ובתוך שנת הלימודים (ולא בחופשות) יעדר המבוטח, אשר לפני אירוע המחלה או התאונה שאירעה לו למד בביה"ס ולא נעדר מלימודיו, ישפה המבטח את המבוטח באמצעות ההורים בגין הוצאות בעבור שיעורי עזר פרטיים והחזר חומר לימודים כדלקמן:
- 3.1. אם המבוטח אושפז בבית חולים - עד לסך הנקוב בנספח בגין כל יום אשפוז, החל מהיום ה- 8 לאשפוז ולא יותר מ-180 יום.
- 3.2. אם המבוטח שוכב בביתו - עד לסך הנקוב בנספח בעבור כל יום שהיה בבית, החל מהיום ה- 31 למשכבו של המבוטח בביתו ולא יותר מ-180 יום.
4. **תוקף הביטוח על פי פרק זה יפוג בהגיע המבוטח לגיל 18.**

פרק י"ד - טיפולי מומחים בבעיות התפתחות

1. **בעיות התפתחות:** פגיעה במערכת העצבים המרכזית או ההיקפית הגורמת לאיחור משמעותי בתפקוד הפונקציונלי של המערכת המוטורית ו/או הסנסורית ו/או הקוגניטיבית או מומים בינוניים או קשים של השלד ו/או המפרקים הגורמים לתפקוד פגום כנ"ל.
2. **מקרה הביטוח:** בעיות התפתחות אשר התגלו ואובחנו אצל המבוטח, במהלך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה, על-ידי רופא מומחה במכון ציבורי להתפתחות הילד, והמחייבות טיפול אצל כל אחד מאלה:
פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג.
3. **תגמולי הביטוח:**
עבור הטיפולים שינתנו ע"י פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג: עד 75% מעלות הטיפולים, אך בסך הכל לא יותר מהסכום הנקוב בנספח עבור כל הטיפולים למשך תקופת הביטוח.
4. **תוקף הביטוח על פי פרק זה יפוג בהגיע המבוטח לגיל 18.**

נספח תגמולי הביטוח לפרקים א' - י"ד

הסכומים הנקובים בש"ח הינם צמודי מדד ונכונים למדד הידוע ביום 1.2.05, העומד על 9996 נקודות. הסכומים הנקובים בדולר ארה"ב יחושבו על פי האמור בפרק המבוא בסעיף 7.

תגמולי הביטוח	סעיף הזכאות בפוליסה
פרק א' - ניתוח פרטי בארץ	
1,701 ש"ח ליום	סעיף 3.3
19,960 ש"ח	סעיף 3.6
485 ש"ח ליום	סעיף 3.7
פרק ב' - ניתוח פרטי בחו"ל	
10,000 דולר ארה"ב	סעיף 2.6
125 דולר ארה"ב ליום	סעיף 2.7
10,000 דולר ארה"ב	סעיף 2.9.1
120 דולר ארה"ב ליום	סעיף 2.9.2
פרק ג' - התייעצות עם רופאים מומחים	
485 ש"ח	סעיף 1.2
364 ש"ח	סעיף 2.3
התייעצות- 800 דולר ארה"ב	סעיף 3.3
כרטיס טיסה- 800 דולר ארה"ב	
פרק ד' - השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל	
1,000,000 דולר ארה"ב	סעיף 2.1
100,000 דולר ארה"ב	סעיף 2.2
סכום מרבי להשתלה - 1,000,000 דולר ארה"ב	סעיף 3.1
סכום מרבי לטיפול מיוחד - 100,000 דולר ארה"ב	סעיף 3.2
99,799 ש"ח	סעיף 3.1.1.3
תגמולי הביטוח	
סעיף הזכאות בפוליסה	
60 דולר ארה"ב לאדם ליום	סעיף 3.1.1.7
6,080 ש"ח	סעיף 3.1.1.10.1
50,000 דולר ארה"ב	סעיף 3.1.2
48,647 ש"ח	סעיף 3.2.2
פרק ה' - אשפוז כתוצאה ממחלה	
485 ש"ח ליום	סעיף 2
פרק ו' - מענק חד פעמי לפיצוי בגין הידבקות במחלת ה- AIDS	
425,672 ש"ח	סעיף 2
פרק ז' - פיצויים חודשיים בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס B	
4,864 ש"ח לחודש	סעיף 2
פרק ח' - פיצוי במקרה של גילוי מחלה קשה	
60,810 ש"ח	סעיף 2.1
פרק ט' - פיצוי במקרה של נכות שארעה עקב תאונה	
121,620 ש"ח	סעיף 3
פרק י' - טיפולים פיזיותרפיים לטיפול בפגיעה עקב תאונה	
3,040 ש"ח	סעיף 3.1
פרק י"א - אביזרים רפואיים הנדרשים לטיפול בפגיעה כתוצאה מתאונה	
6,080 ש"ח	סעיף 3
פרק י"ב - טיפולים לאחר אירוע קשה	
181 ש"ח	סעיף 3.1
פרק י"ג - אובדן כושר הלימודים	
146 ש"ח ליום	סעיף 3.1
146 ש"ח ליום	סעיף 3.2
פרק י"ד - טיפולי מומחים בבעיות התפתחות	
2,432 ש"ח	סעיף 3

כתב שירות - שירות רפואי בבית המבוטח

- 2.2.7 הפנית החולה לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם. מתן תעודה רפואית.
- 2.2.8 פינוי חינום באמבולנס - במקרה שרופא ההסכם, שבדק את החולה בעקבות קריאתו לקבלת השירות, יחליט על פינוי באמבולנס, תשלם החברה לחולה את סכום הפינוי באמבולנס ששולם על ידו וזאת תוך 30 ימים ממועד מסירת הקבלה על התשלום הנ"ל **במקור בלבד** לחברה, ובתנאי שהחולה אינו זכאי להחזר מקופת החולים בה הוא מבוטח.
- 2.3 הזכות לקבלת שירות רפואי עפ"י כתב שירות זה הינה אישית, ואין המבוטח רשאי להעבירה לאחר.
3. כללי
- 3.1 שעות היממה בכל ימות השנה, **למעט בערב יום כיפור וביום כיפור עד שעתיים לאחר תום הצום**.
- 3.2 נזק המבוטח לשירות רפואי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצויין לעיל, יזדהה בשמו, ימסור את מס' תעודת הזהות שלו ויודיע על מקום הימצאו.
- 3.3 השירות הרפואי ינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.
- 3.4 השירותים ניתנים בכל מקום **ישוּב ישראל בכפוף לאמור להלן: מבוטח הנמצא במקום ישוּב ביהודה, שומרון, חבל עזה או רמת הגולן, ינתן השירות אצל רופאי הסכם במעלה אדומים, אריאל, אורנית, שערי תקוה, בית אריה וקצרין, כאשר המבוטח הנזקק לשירות הרפואי יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל רופא ההסכם לפי כתובת שתמסר לו על ידי מוקד השירות. להסרת ספק מובהר כי במקומות ישוּב ביהודה, שומרון, חבל עזה או רמת הגולן לא ינתן שירות אלא בישובים אלה.**
- 3.5 עם תום הביקור יחזרו המבוטח או בן משפחתו על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי רופא ההסכם ערך את ביקור הבית בבית המבוטח החולה או נתן את השירות הרפואי במוקד הרפואי.
- 3.6 המבוטח יודיע למוקד השירות על כל שינוי בכתובתו ובמספר הטלפון של ביתו.
- 3.7 במקרה שהמבוטח יבקש לבטל את קריאתו לקבלת השירות הרפואי, יודיע על כך המבוטח למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המבוטח להודיע למוקד השירות על ביטול קריאתו, גם אם מסר על ביטול הקריאה לרופא ההסכם שיצר עמו קשר טלפוני.
- 3.8 על אף האמור בכתב שירות זה, החברה לא תהא מחויבת ליתן את השירות במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מחסור כללי ברופאים באזור הרלוונטי ו/או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש או שאין באפשרות החברה למונעו.
- 3.9 במקרים המתוארים לעיל, אם נבצר ממוקד השירות לשלוח רופא תוך זמן סביר אל המבוטח **ובכפוף לאישור מוקד השירות**, יהיה המבוטח זכאי לקבל את השירות הרפואי בתשלום אצל רופא פרטי או בתחנת מגן דוד אדום או אצל כל גורם אחר. החברה תשפה את המבוטח תוך 30 יום ממועד מסירת הקבלה על התשלום הנ"ל **במקור בלבד** עד לסך הנקוב בנספח לכתב השירות, בניכוי דמי ההשתתפות העצמית כאמור בסעיף 5.
- 3.9 בחר המבוטח לקבל את השירות במוקד הרפואי, יגיע המבוטח למוקד הרפואי בכוחות עצמו ועל חשבונו.
4. ביטול כתב השירות
- המבוטח יהיה זכאי לקבל שירות כמפורט להלן באמצעות מוקד רפואי המפעיל רופאי הסכם. השירות ינתן בביתו של המבוטח או בכל מקום ישוב אחר בו ימצא המבוטח הנזקק לשירות על פי הפניית המוקד, בבית המבוטח או במרפאה או בכל מקום ישוב אחר בו ימצא מבוטח הנזקק לשירות זה.
1. הגדרות
- בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בידיים.
- 1.1 **המבטח** - מנורה חברה לביטוח בע"מ
- 1.2 **המבוטח** - אשר שמו נקוב ברשימה ואשר הפוליסה שבידו תקפה.
- 1.3 **פוליסת הביטוח** - פוליסת ביטוח שהוצאה ע"י המבטח ואשר המבוטח על פיה זכאי לקבל את השירותים על פי כתב שירות זה.
- 1.4 **החברה** - מוקד רפואי המפעיל רופאי הסכם, הקשור עם המבטח בהסכם למתן השירות כמפורט בכתב זה.
- 1.5 **רופא** - רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות בישראל ובעל רישיון מטעם משרד הבריאות לעסוק ברפואה.
- 1.6 **רופא הסכם או מבצע השירות** - רופא אשר התקשר עם החברה בהסכם למתן טיפול למבוטחים.
- 1.7 **מוקד השירות** - מוקד טלפוני ארצי בקו ירוק שמספרו **1 800 35 1100** (רב קווי), המאפשר שיחת טלפון בחינם.
- 1.8 **המדד** - מדד המחירים הידוע בשם מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יורכב על פי אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו.
- 1.9 **חג** - מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.
2. השירות
- 2.1 המבוטח יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט בסעיף 2.2 להלן ע"י אחד מרופאי ההסכם. השירות ינתן בביתו של המבוטח או בכל מקום ישוב אחר בו ימצא המבוטח הנזקק לשירות או שהמבוטח הנזקק לשירות יפנה לקבלת השירות הרפואי באחד ממוקדי השירות הרפואי המופעלים על ידי החברה, הנמצא בסמוך למקום הימצאו (להלן - "**המוקד הרפואי**"), וזאת ללא כל תוספת מחיר לדמי ההשתתפות העצמית 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 שירות רפואי כמפורט להלן:
- 2.2.1 מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמבוטח החולה (להלן: "**החולה**").
- 2.2.2 בדיקה גופנית של החולה לרבות שימוש במכשירי עזר המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוחצי 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, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.
- 2.2.5 קבלת מרשם לתרופות, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.
- 2.2.6 הפניה להמשך טיפול לרופא משפחה/ רופא ילדים, המטפל בחולה באופן שוטף, ו/או לרופא מומחה אחר, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

נספח 813

- 6.2. האחריות בגין איכות השירות הרפואי נשוא כתב שירות זה ו/או בגין רשלנות רפואית או אחרת, תחול על רופא ההסכם הרלוונטי בלבד, והחברה לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- 6.2.1. איכות השירות הרפואי נשוא כתב שירות זה.
 - 6.2.2. רשלנות רפואית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות הרפואי נשוא כתב שירות זה, לרבות אך לא רק עקב אי מתן השירות הרפואי תוך זמן סביר.
 - 6.2.3. הוצאות שהוציא המבוטח עבור טיפול החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.
 - 6.2.4. בכפוף לאמור בסעיף 3.8 לעיל, הוצאות שהוציא המבוטח עבור טיפולים או שירותים על יד רופא אחר שאינו רופא הסכם.
7. **סמכות שיפוט**
 בכל מחלוקת שתתגלע בין הצדדים בקשר עם כתב שירות זה יהא מוסמך לדון אך ורק בית המשפט המוסמך עניינית לדון במחלוקת בישראל.

נספח לכתב השירות:

הסכומים הינם צמודי מדד ונכונים למדד הידוע ביום 1.2.05, העומד על 9996 נקודות. הסכומים כוללים מע"מ בשיעור של 17%. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו הסכומים בהתאם.

סעיף הזכאות בכתב השירות	הסכום
סעיף 3.8	163 ש"ח
סעיף 5	44 ש"ח

- תוקף כתב שירות זה יפוג בקרות אחת המקרים דלהלן, הקודם מביניהם:
- 4.1. כאשר הפוליסה תבוטל בהתאם לאמור בתנאיה.
 - 4.2. כאשר המבוטח סיים את התקשרותו עם החברה. במקרה דנן ימסור המבוטח הודעה על כך לכלל המבוטחים בכתב 90 יום מראש.
5. **השתתפות עצמית ותשלומים נוספים**
 המבוטח ישלם ישירות לרופא ההסכם, שביצע את השירות הרפואי, דמי השתתפות עצמית בסך הנקוב בנספח לכתב השירות בגין כל מבוטח שניתן לו השירות הרפואי במסגרת אותו ביקור, בין ביקור בית ובין ביקור במוקד הרפואי.
 במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המבוטח, תהא החברה רשאית להפסיק ליתן את השירותים למבוטח לאחר שנתנה לו הודעה בכתב על כך.
 המבוטח ישלם ישירות לרופא ההסכם תמורה בגין תרופה בבקבוקים או תרופה באמפולות או זריקות, במידה ותרופות כאמור ניתנו לו על ידי רופא ההסכם. להסרת ספק המבוטח לא ישלם כל תשלום בתמורה לתרופות הניתנות על פי סעיף 2.2.4.
6. **אחריות**
- 6.1. מחויבותה של החברה כלפי המבוטח בטיפול בקריאה של מבוטח לקבלת השירות הרפואי תסתיים במוקדם או בהתרחש אחד משני האירועים שמפורטים להלן:
 - 6.1.1. הגעת רופא ההסכם לבית המבוטח או הפנית המבוטח למוקד הרפואי הסמוך למקום המצאו, בכפוף לאמור בסעיפים 3.4 ו-3.8 לעיל.
 - 6.1.2. ביטול הקריאה לקבלת השירות הרפואי ע"י הודעת המבוטח למוקד השירות.

כתב שירות - שירותי בדיקה תקופתית

אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יורכב על פי אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו.

2. השירות

- 2.1. המבוטח יהא זכאי לקבל שירותי בדיקה תקופתית כמפורט בסעיף 2.2 להלן ע"י אחד מרופאי ההסכם. השירות יינתן בביתו של המבוטח או שהמבוטח שביקש את שירותי הבדיקה התקופתית יופנה לקבלתם לאחד ממוקדי השירות הרפואי המופעלים על ידי החברה, הנמצא בסמוך למקום הימצאו (להלן - "**המוקד הרפואי**"), וזאת ללא כל תוספת מחיר לדמי ההשתתפות העצמית האמורים להלן, הכל לפי בחירת המבוטח (ובכפוף לשעות הפעילות של המוקדים הרפואיים כאמור להלן).
- 2.2. המבוטח יהא זכאי לקבל שירותי בדיקה תקופתית כמפורט להלן:
 - 2.2.1. מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמבוטח לרופא ההסכם.
 - 2.2.2. בדיקה גופנית של המבוטח על ידי רופא ההסכם הכוללת: מדידת דופק, מדידת לחץ דם, מדידת גובה, מדידת משקל, מדידת השמנה (ביחידות BMI), בדיקת המראה הכללי, התרשמות כללית של הרופא מבדיקה חיצונית בלבד.
 - 2.2.3. בדיקת א.ק.ג. (עם תדפיס).
 - 2.2.4. בדיקות מעבדה המפורטות להלן:
 - 2.2.4.1. ספירת דם לפי 8 פרמטרים.

המבוטח יהיה זכאי לקבל שירות כמפורט להלן באמצעות מוקד רפואי המפעיל רופאי הסכם. השירות יינתן בביתו של המבוטח או שהמבוטח שביקש את שירותי הבדיקה התקופתית יופנה לקבלתם לאחד ממוקדי השירות הרפואי המופעלים על ידי החברה (כהגדרתה להלן), הנמצא בסמוך למקום הימצאו.

1. הגדרות

- בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידי.
- 1.1. **המבוטח** - מנורה חברה לביטוח בע"מ
 - 1.2. **המבוטח** - אשר שמו נקוב ברשימה בכפוף לסעיף 3.4 להלן, ואשר הפוליסה שבידו תקפה.
 - 1.3. **פוליסת ביטוח** - פוליסת ביטוח שהוצאה על ידי המבוטח, ואשר המבוטח על פיה זכאי לקבל את השירותים על פי כתב שירות זה.
 - 1.4. **החברה** - מוקד רפואי המפעיל רופאי הסכם, הקשור עם המבוטח בהסכם למתן השירות כמפורט בכתב זה.
 - 1.5. **רופא** - רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות בישראל ובעל רשיון מטעם משרד הבריאות לעסוק ברפואה.
 - 1.6. **רופא הסכם או מבצע השירות** - רופא אשר התקשר עם ביקורופא בהסכם למתן טיפול למבוטחים.
 - 1.7. **מוקד השירות** - מוקד טלפוני ארצי בקו ירוק שמספרו **1 800 35 1100** (רב קווי), המאפשר שיחת טלפון בחינם.
 - 1.8. **המדד** - מדד המחירים הידוע בשם מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי

על אף האמור בכתב שירות זה, החברה לא תהא מחוייבת ליתן את השירות במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מחסור כללי זמני ברופאים באזור הרלוונטי ו/או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש או שאין באפשרות החברה למונעו.	3.11	דיפרנציאל לפי 5 פרמטרים.	2.2.4.2
		שתן כללית לפי 20 פרמטרים.	2.2.4.3
		מתן דו"ח מסכם.	2.2.5
		הזכות לקבלת שירות רפואי עפ"י כתב שירות זה הינה אישית, ואין המבוטח רשאי להעבירה לאחר.	2.3
			3
ביטול כתב השירות	4	שירותי הבדיקה התקופתית על פי כתב שירות זה ינתנו פעם אחת בכל שנת ביטוח על פי פוליסת הביטוח. מובהר, כי כל המבוטחים על פי פוליסת הביטוח יהיו נוכחים בביקור אחד של רופא ההסכם. לא היו כל המבוטחים נוכחים באותו ביקור רופא הסכם, תפקע זכותם לקבלת שירותי הבדיקה התקופתית באותה שנת ביטוח.	3.1
תוקף כתב שירות זה יפוג בקרות אחת המקרים דלהלן, הקודם מביניהם:		ביקש המבוטח לקבל את שירותי הבדיקה התקופתית כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מס' תעודת הזהות שלו, שם בעל הפוליסה ומס' הטלפון של בית המגורים של בעל הפוליסה (המהווה את מספר המבוטח של המשפחה המבוטחת אצל החברה).	3.2
כאשר הפוליסה תבוטל בהתאם לאמור בתנאיה.	4.1	שירותי הבדיקה התקופתית ינתנו במועד שיתואם עם המבוטח.	3.3
כאשר המבוטח סיים את התקשרותו עם החברה. במקרה דנן ימסור המבוטח הודעה על כך לכלל המבוטחים בכתב 90 יום מראש.	4.2	שירותי הבדיקה התקופתית לא ינתנו לילדים מתחת לגיל 14.	3.4
		מובהר בזאת במפורש, כי הדו"ח המסכם יציין אך ורק האם נמצאו או לא נמצאו ממצאים פתולוגיים בזמן הבדיקה בלבד, וכי אין בו כדי להעיד שהאדם בריא, או כדי להחליף בדיקה אצל רופא במקום שהמבוטח מתלונן על מיחושים כלשהם.	3.5
השתתפות עצמית	5	מובהר בזאת במפורש, כי שירותי הבדיקה התקופתית אינם כוללים איבחון ו/או גילוי מחלות תורשתיות ו/או מחלות שבאופן סביר לא ניתן לגלותן במסגרת הבדיקות המפורטות בסעיף 2.2 לעיל.	3.6
המבוטח ישלם ישירות לרופא ההסכם, שביצע את השירות הרפואי, דמי השתתפות עצמית בסך הנקוב בנספח לכתב השירות בגין כל מבוטח שניתנו לו השירותים במסגרת אותו ביקור, וזאת בדרך של חיוב כרטיס האשראי של המבוטח.		השירות ינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.	3.7
במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המבוטח, תהא החברה רשאית להפסיק ליתן את השירותים למבוטח ו/או לבני משפחתו המבוטחים באותה פוליסת ביטוח, לאחר שנתנה לבעל הפוליסה הודעה בכתב על כך.		השירותים ניתנים בכל מקום ישוב בישראל בכפוף לאמור להלן: מבוטח הנמצא במקום ישוב ביהודה, שומרון, חבל עזה או רמת הגולן, ינתן השירות אצל רופאי הסכם במעלה אדומים, אריאל, אורנית, שערי תקוה, בית אריה וקצרין, כאשר המבוטח הנזקק לשירות הרפואי יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבוננו אל רופא ההסכם לפי כתובת שתמסר לו על ידי מוקד השירות. להסרת ספק מובהר כי במקומות ישוב ביהודה, שומרון, חבל עזה או רמת הגולן לא ינתן שירות אלא בישובים אלה.	3.8
		עם תום הביקור יחתום המבוטח, על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי רופא ההסכם ביצע את הבדיקה התקופתית.	3.9
		במקרה שהמבוטח יבקש לבטל את קריאתו לקבל שירותי הבדיקה התקופתית, יודיע על כך למוקד השירות לפחות 24 שעות מראש. לא הודיע המבוטח על ביטול קריאתו לפחות 24 שעות מראש, יחוייב המבוטח בדמי ההשתתפות העצמית כאמור בסעיף 5 להלן. למען הסר ספק מובהר, כי על המבוטח להודיע למוקד השירות על ביטול קריאתו, גם אם מסר על ביטול הקריאה לרופא ההסכם שיצר עמו קשר טלפוני.	3.10
			7
סמכות השיפוט	7		
בכל מחלוקת שתתגלע בין הצדדים בקשר עם כתב שירות זה יהא מוסמך לדון אך ורק ביהמ"ש המוסמך עניינית לדון במחלוקת בישראל.			

סעיף הזכאות בכתב השירות	הסכום
סעיף 5	96 ש"ח

הסכום הינו צמוד מדד ונכון למדד הידוע ביום 1.2.05, העומד על 9996 נקודות.

הסכום יעודכן אחת ל-12 חודשים בלבד ולראשונה ב-1.1.02. הסכום כולל מע"מ בשיעור של 17%. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכן הסכום בהתאם.

כתב שירות - שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים

2.2 המבטוח יהא זכאי לקבל במקרים המפורטים להלן שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים (להלן: "השירות הרפואי") כמפורט להלן:

השירות	הבעיה הרפואית
סתימה זמנית	עששת נרחבת
סתימה זמנית	חלל פתוח בשן
חומר למניעת רגישות	צואר שן חשוף
עקירת עצב או חומר חניטה	דלקת חריפה
ניקוז מורסה ו/או טיפול בסגר	מורסה ממקור שן
טיפול בחניכיים	דחיסת מזון
שטיפה ו/או טיפול תרופתי	דלקת סב כותרתית
הסרת אבנית מקומית ו/או טיפול תרופתי	דלקת חניכיים
שיכון כאבים	כאבים לאחר עקירה
ניקוי מכתשית ו/או טיפול תרופתי	מכתשית יבשה
	דימום לאחר עקירה או פרוצדורה כירורגית
עצירת דימום	פצע לחץ תחת תותבת קיימת
שחרור פצעי לחץ	נפילת כתרים
הדבקה זמנית	כל טיפול נוסף הנובע מכאב שיניים

שירותים נוספים

בדיקה וצילום השיניים הכואבות מתן מרשם מתאים לשיכון הכאב במידה ולא ניתן לטפל בשן באותה עת

2.3 הזכות לקבלת שירות רפואי ע"פ כתב שירות זה הינה אישית, ואין המבטוח רשאי להעבירה לאחר.

3. כללי

3.1 השירות הרפואי על פי כתב שירות זה יינתן במועדים כדלקמן:

3.1.1 בימי חול בין השעות 08:00 עד 20:00 (ובתנאי שהמבטוח יגיע למרפאה עד השעה 19:00 ובימי ו' וערבי חג בין השעות 08:00 עד 13:00 (ובתנאי שהמבטוח יגיע למרפאה עד שעה 12:00).

3.1.2 בין השעות 20:00 עד 08:00 למחרת, ובימי ו' ובערבי חג מהשעה 13:00 עד השעה 08:00 ביום א' או ביום הראשון שלאחר החג - ע"י רופא שיניים כונן אחד בכל אחת ממרפאות השיניים שבהסכם בערים באר שבע, חיפה, ירושלים ותל-אביב.

השירות הרפואי לא יינתן בערב יום כיפור מהשעה 14:00 וביום כיפור עד שעתיים לאחר תום הצום.

3.2 נזקק המבטוח לשירות רפואי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצויין לעיל, יזדהה בשמו, ימסור את מס' תעודת הזהות שלו ויודיע על מקום הימצאו. מוקד השירות יפנה את המבטוח לקבלת השירות הרפואי במרפאת השיניים הקרובה ביותר למקום הימצאו.

המבטוח יהיה זכאי לקבל שירות כמפורט להלן באמצעות רופאי שיניים במרפאות הקשורות בהסכם עם החברה (כמוגדר להלן).

1. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם.

1.1 **המבטוח** - מנורה חברה לביטוח בע"מ.

1.2 **המבטוח** - אשר שמו נקוב ברשימה, ואשר הפוליסה שבידו תקפה.

1.3 **פוליסת הביטוח** - פוליסת ביטוח שהוצאה ע"י המבטוח ואשר המבטוח על פיה זכאי לקבל את השירותים על פי כתב שירות זה.

1.4 **החברה** - חברה המפעילה רופאי שיניים, הקשורה בהסכם עם המבטוח למתן השירות הרפואי נשוא כתב שירות זה.

1.5 **רופא שיניים** - רופא שיניים שהוסמך ואושר ע"י השלטונות בישראל ובעל רשיון מטעם משרד הבריאות לעסוק ברפואת שיניים.

1.6 **מרפאת שיניים** - מרפאה בה הציוד והמכשור, שבהם ניתן לתת את כל השירותים של טיפול שיניים, הינם על פי תקני הציוד כפי שמקובלים במקצוע רפואת השיניים.

1.7 **מרפאת שיניים בהסכם** - מרפאת שיניים שהחברה התקשרה עמה בעבר או שתקשר עמה בעתיד, בין בעצמה ובין באמצעות אחרים, בהסכם למתן שירותי עזרה ראשונה ע"י רופאי שיניים.

1.8 **מוקד השירות** - מוקד טלפוני ארצי בקו ירוק שמספרו **1 800 35 1100** (רב קווי), המאפשר שיחת טלפון בחינם.

1.9 **המדד** - מדד המחירים הידוע בשם מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יורכב על פי אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו.

1.10 **חג** - מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.

2. השירות

2.1 המבטוח יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט בסעיף 2.2 להלן ע"י אחת ממרפאות השיניים שבהסכם, הכל לפי בחירת המבטוח (ובכפוף לשעות הפעילות של מרפאות השיניים כאמור להלן). האמור לעיל כפוף לסעיפים 3.4 ו-3.7 להלן.

2.1.1 השירות ינתן **בשעות היום** במרפאות השיניים שבהסכם עם החברה. רשימת המרפאות המעודכנת נמצאת במוקד השירות, וניתן לקבלה בשיחת חינם למספר הטלפון הרשום בסעיף 1.8 לעיל.

2.1.2 השירות ינתן **בשעות הלילה** במרפאות השיניים שבהסכם עם החברה. רשימת המרפאות המעודכנת נמצאת במוקד השירות, וניתן לקבלה בשיחת חינם למספר הטלפון הרשום בסעיף 1.8 לעיל.

2.1.3 החברה תהיה רשאית לשנות את פריסת המרפאות לפי שיקול דעתה.

נספח 813

הסכום הינן צמוד מדד ונכון למדד הידוע ביום 1.2.05, העומד על 9996 נקודות. הסכום כולל מע"מ בשיעור של 17%. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו הסכומים בהתאם.

סעיף	הסכום
סעיף 3.7	163 ש"ח

- 3.3. מבוטח הנזקק לשירות הרפואי יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל מרפאת השיניים שבהסכם לפי כתובת שתמסר לו על ידי מוקד השירות.
- 3.4. השירות הרפואי ינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.
- 3.5. עם תום מתן השירות יחתום המבוטח על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי קיבל את השירות הרפואי במרפאת השיניים שבהסכם.
- 3.6. במקרה שהמבוטח יבקש לבטל את קריאתו לקבלת השירות הרפואי, יודיע על כך המבוטח למוקד השירות. על אף האמור בכתב שירות זה, החברה לא תהא מחויבת ליתן את השירות במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מחסור כללי ברופאים באזור הרלוונטי ו/או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש או שאין באפשרות החברה למונעו.
- 3.7. במקרים המתוארים לעיל, אם נבצר ממוקד השירות לשלוח את המבוטח למרפאת שיניים שבהסכם הנמצאת במרחק סביר ממקום הימצאו של המבוטח, ובכפוף לאישור מוקד השירות, יהיה המבוטח זכאי לקבל את השירות הרפואי בתשלום אצל רופא שיניים פרטי או אצל כל גורם אחר. החברה תשפה את המבוטח תוך 30 יום ממועד מסירת הקבלה על התשלום הנ"ל במקור בלבד עד לסך הנקוב בנספח לכתב השירות.
4. **ביטול כתב השירות**
תוקף כתב שירות זה יפוג בקרות אחת המקרים דלהלן, הקודם מבניהם:
- 4.1. כאשר הפוליסה תבוטל בהתאם לאמור בתנאיה.
- 4.2. כאשר המבטח סיים את התקשרותו עם החברה. במקרה דנן ימסור המבטח הודעה על כך לכלל המבוטחים בכתב 90 יום מראש.
5. **אחריות**
- 5.1. מחויבותה של החברה כלפי המבוטח בטיפול בקריאה של מבוטח לקבלת השירות הרפואי תסתיים במוקדם או בהתרחש אחד משני האירועים שמפורטים להלן:
- 5.1.1. הפנית המבוטח למרפאת השיניים שבהסכם הסמוכה למקום המצאו, בכפוף לאמור בסעיפים 3.4 ו-3.7 לעיל.
- 5.1.2. ביטול הקריאה לקבלת השירות הרפואי ע"י הודעת המבוטח למוקד השירות.
- 5.2. האחריות בגין איכות השירות הרפואי נשוא כתב שירות זה ו/או בגין רשלנות רפואית או אחרת, תחול על מרפאת השיניים שבהסכם ו/או על רופאי השיניים הפועלים בה בלבד, והחברה לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- 5.2.1. איכות השירות הרפואי נשוא כתב שירות זה.
- 5.2.2. רשלנות רפואית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות הרפואי נשוא כתב שירות זה.
- 5.2.3. הוצאות שהוציא המבוטח עבור טיפול החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.
- 5.2.4. בכפוף לאמור בסעיף 3.7 לעיל, הוצאות שהוציא המבוטח עבור טיפולים או שירותים על יד רופא שיניים אחר שאינו פועל במרפאת שיניים שבהסכם.
6. **סמכות שיפוט**
בכל מחלוקת שתתגלע בין הצדדים בקשר עם כתב שירות זה יהא מוסמך לדון אך ורק בית המשפט המוסמך עניינית לדון במחלוקת בישראל.

נספח לכתב השירות:

גילוי נאות
כמו גדולים 2000
בריאות מושלמת לילדים שתלויה אותם כל החיים

כל הסכומים המצוינים להלן צמודים למדד המחירים לצרכן המתפרסם מידי חודש ונכונים למדד הידוע ביום 1/2/2005 (9996 בנקודות)

כמפורט בדף הרשימה.

הערות:

- גיל כניסה מקסימלי - 17 שנה.

מבנה הפרמיה

פרמיה משתנה: הפרמיה תיקבע אחת לשנה בהתאם לגילו של המבוטח בהתייחס לפרמיה הנגבית מקבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח. החל מגיל 75 הפרמיה תוותר קבועה.

תנאי ביטול
תנאי ביטול הפוליסה על-ידי המבוטח

המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב והביטול ייכנס לתוקפו לאחר 15 ימים מיום קבלת ההודעה במשרדי "מנורה".

תנאי ביטול הפוליסה על-ידי "מנורה"

"מנורה" תהיה רשאית להודיע למבוטח על ביטול הביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

1. המבוטח אינו משלם או לא שולמו בגינו דמי הביטוח במועד.
 2. המבוטח העלים מ"מנורה" עובדה מהותית או נתן תשובה שאינה מלאה וכנה לשאלה שנשאלה ע"י החברה או מי מטעמה.
 3. המבוטח הגיש ל"מנורה" תביעה כוזבת או תביעת מרמה לתשלום תגמולי הביטוח.
 4. כל עילה אחרת עפ"י חוק, המקנה ל"מנורה" זכות לבטל את הביטוח.
- בכל אחד מהמקרים שלעיל, הביטול יעשה בכפיפות להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981, וכל דין אחר.

חריגים
סייג בשל מצב רפואי קודם

כמפורט בסעיף 8.2 בפרק המבוא בפוליסה.

פירוט הכיסויים המוחזרים בגין מצב רפואי קיים: כמצוין בדף הרשימה.

סייגים לחבות "מנורה"

ראה פירוט החריגים בסעיף 8 בפרק המבוא בפוליסה.

תשומת לבך מופנית לכך, שפוליסה זו מכסה את מקרי הביטוח הבאים, שנגרמו כתוצאה מתאונת דרכים, אם בעת קרות תאונת הדרכים לא נהג המבוטח באופנוע או במונית:

ניתוח פרטי בארץ, ניתוח פרטי בחו"ל, השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, התייעצות עם רופאים מומחים, אשפוז כתוצאה ממחלה, מענק חד פעמי לפיצוי בגין הדבקות במחלת ה-AIDS, פיצויים חודשיים בגין הדבקות בנגיף הפטיטיס B.

הכיסויים בפוליסה
המבוטח זכאי לכיסויים הביטוחיים הבאים: ניתוח פרטי בארץ, ניתוח פרטי בחו"ל, השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, התייעצות עם רופאים מומחים, אשפוז כתוצאה ממחלה, מענק חד פעמי לפיצוי בגין הדבקות במחלת ה-AIDS, פיצויים חודשיים בגין הדבקות בנגיף הפטיטיס B, פיצוי במקרה של גילוי מחלה קשה, פיצוי במקרה של נכות שארעה עקב תאונה, טיפולים פיזיותרפיים לטיפול בפגיעה עקב תאונה, אביזרים רפואיים הנדרשים לטיפול בפגיעה עקב תאונה, טיפולים לאחר אירוע קשה, אובדן כושר הלימודים, טיפולי מומחים בבעיות התפתחות.

המבוטח זכאי לשירותים הרפואיים הבאים (להלן: "השירותים הרפואיים"): שירות רפואי בבית המבוטח, שירותי בדיקה תקופתית, שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים.

משך תקופת הביטוח

כל החיים.

תנאים לחידוש אוטומטי

בהגיע המבוטח לגיל 21 או בכל עת לאחר מכן, יהיו ההורים או מי שהגיש את הצעת הביטוח זכאים להעביר את הבעלות על הפוליסה למבוטח, זאת על ידי משלוח הודעה מתאימה ל"מנורה" וע"י המרת הוראת הקבע הבנקאית ו/או הוראת תשלום אחרת (כולל כרטיס אשראי) לתשלום דמי הביטוח בהוראה דומה חתומה על ידי המבוטח.

תקופת אכשרה

תקופה רצופה של 90 יום לגבי כיסויי הפוליסה (למעט הכיסויים המצוינים להלן) ותקופה רצופה של 270 יום לגבי לידה בניתוח קיסרי, לגבי התייעצויות עם רופאים מומחים הקשורות בהריון, הפסקת הריון ולידה ולגבי אשפוז כתוצאה מהריון (פרק ה'). אין תקופת אכשרה לגבי השירותים הרפואיים כהגדרתם לעיל.

תקופת המתנה

בפרק ז' - פיצויים חודשיים בגין הדבקות בנגיף הפטיטיס B - 3 חודשים.

ביתר פרקי הפוליסה אין תקופת המתנה.

השתתפות עצמית

המבוטח נדרש בתשלום השתתפות עצמית בפרק ב' - ניתוח פרטי בחו"ל, בפרק ג' - התייעצות עם רופאים מומחים, בפרק י' - טיפולים פיזיותרפיים לטיפול בפגיעה עקב תאונה, בפרק י"א - אביזרים רפואיים הנדרשים לטיפול בפגיעה עקב תאונה, בפרק י"ב - טיפולים לאחר אירוע קשה, בפרק י"ד - טיפולי מומחים בבעיות התפתחות. כמו כן המבוטח נדרש בתשלום השתתפות עצמית בעת קבלת השירותים הרפואיים: שירות רפואי בבית המבוטח, שירותי בדיקה תקופתית, שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים. לפירוט ההשתתפות העצמית, אנא ראה את פירוט הכיסויים.

שינוי הפרמיה ותנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח

"מנורה" זכאית לשנות את הפרמיה ואת תנאי הפוליסה לכלל המבוטחים בביטוח זה, אך לא לפני 1.3.2008. שינוי כזה יהא תקף בתנאי שהמפקח על הביטוח אישר את השינוי, ולאחר 30 יום מהיום שבו הודיעה "מנורה" בכתב למבוטח על כך.

במידה ויאושר שינוי הפרמיה, תחושב הפרמיה החדשה ללא התחשבות בשינוי שחל במצב בריאותו של המבוטח במשך התקופה שקדמה לשינוי כאמור.

השינוי יתכן במידה ויחולו שינויים משמעותיים בחוק הבריאות או בעלות השירותים הרפואיים, המשפיעים באופן ישיר על היקף הכיסוי ועל תעריפי הביטוח. חשוב לציין, כי עד עתה, לא נערכו שינויים בכיסויים ובתעריפים ולא הוגשו בקשות לשינויים למשרדי המפקח על הביטוח.

גובה הפרמיה החודשית בש"ח

פירוט הכיסויים:

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס / שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
ניתוח פרטי בארץ (כיסוי לכל סוגי הניתוחים) שיפוי מלא לנותני שירות שבהסכם. לנותני שירות שלא בהסכם, לרבות מנתח, שיפוי עד תקרת הסכום המשולם לנותני שירות שבהסכם. הכיסוי כולל: הוצאות אשפוז עד 30 יום, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, שתלים עד 19,960 ש"ח, אחות פרטית או פיזיותרפיסט פרטי 485 ש"ח ליום עד 8 ימים, אמבולנס. פיצוי במקרה ניתוח בבית חולים פרטי שמומן בחלקו ע"י המבטח: 25% מערך טופס 17 (בתנאי שהניתוח הינו אלקטיבי). פיצוי במקרה ניתוח בבית חולים ציבורי שלא מומן כלל ע"י המבטח: 50% מערך טופס 17 (בתנאי שהניתוח הינו אלקטיבי).	-	שיפוי	-	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
ניתוח פרטי בחו"ל (כיסוי לכל סוגי הניתוחים) שיפוי מלא בבתי חולים בחו"ל. בנוסף ינתן כיסוי להוצאות הטסה רפואית עד \$ 10,000, הוצאות שהיית מלווה במקרים המוגדרים בפוליסה \$ 120 ליום, והוצאות הטסת גופה במקרה שהמבוטח נפטר חו"ל.	הוצאות שהיית מלווה - 50%	שיפוי	השיפוי המלא מותנה באישור מראש של "מנורה", אחרת ישולם החזר בגובה הסכום שהיה משולם לנותני שירותים שבהסכם.	מוסף	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
השתלות בישראל ובחו"ל ללא צורך באישור משרד הבריאות עד \$ 1,000,000, כולל הוצאות נלוות כמפורט בפוליסה. גמלת החלמה לאחר השתלה: 6,080 ש"ח למשך 24 חודשים (למבוטח עד גיל 18 – מחצית הסכום). לחילופין: פיצוי חד פעמי בסך 50,000 \$, שישולם לאחר ביצוע ההשתלה בחו"ל.	-	שיפוי	אישור רופא מומחה בדרגת מנהל/סגן מנהל מחלקה	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
טיפולים מיוחדים בחו"ל ללא צורך באישור משרד הבריאות עד \$ 100,000, כולל הוצאות נלוות כמפורט בפוליסה.	-	שיפוי	אישור רופא מומחה בישראל בדרגת מנהל מחלקה/ סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש וכן אישור רופא מטעם "מנורה"	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
התייעצות עם רופאים מומחים התייעצות לפני ניתוח: בארץ – 3 התייעצויות בשנת ביטוח, החזר 80% ועד 485 ש"ח להתייעצות. בחו"ל – התייעצות אחת בשנת ביטוח, החזר 80% ועד 800 דולר ארה"ב, וכן תשלום עד 800 דולר ארה"ב בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל. התייעצות שלא לפני ניתוח: בארץ – 2 התייעצויות בשנת ביטוח, החזר 75% ועד 364 ש"ח להתייעצות.	יש	שיפוי	בהתייעצות בחו"ל נדרש אישור מטעם רופא "מנורה" לנסיעה לחו"ל לצורך קבלת חוות דעת שלא באמצעות תקשורת נתונים	תחליפי בארץ ומוסף בחו"ל	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
אשפוז כתוצאה ממחלה פיצוי על אשפוז ממחלה - 485 ש"ח ליום, החל מהיום הרביעי לאשפוז ועד היום השביעי.	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
מענק חד פעמי לפיצוי בגין הדבקות במחלת ה-AIDS	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז
פיצויים חודשיים בגין הדבקות בנגיף הפטיטיס B	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז
פיצוי מחלה קשה גילוי במקרה של	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז
פיצוי במקרה של נכות שארעה עקב תאונה	-	פיצוי	אחוזי הנכות יקבעו ע"י רופא "מנורה"	מוסף	אין קיזוז
טיפול פזיותרפיים לטיפול בפגיעה עקב תאונה	25%	שיפוי	-	תחליפי (מססה בחלק מהשלב)	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
אביזרים רפואיים הנדרשים לטיפול בפגיעה כתוצאה מתאונה	25%	שיפוי	-	תחליפי (מססה בחלק מהשלב)	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
טיפולים לאחר אירוע קשה	25%	שיפוי	-	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
אובדן כושר הלימודים	-	שיפוי	-	מוסף	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
טיפול מומחים בבעיות התפתחות	25%	שיפוי	-	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
ביקור רופא בבית המבוטח 24 שעות ביממה	44 ש"ח למבוטח	-	-	מוסף	אין קיזוז
שירותי בדיקה תקופתית	96 ש"ח למבוטח	-	-	מוסף	אין קיזוז
שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים	-	-	-	מוסף	אין קיזוז

ביטוח תחליפי - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון).

נספח 813

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

נספח "גילוי נאות" הוא למידע בלבד, ואינו מהווה חלק מהפוליסה. התנאים הקובעים הינם כמפורט בתנאי הפוליסה ובכל מקרה של סתירה, יגבר האמור בפוליסה.