

TOP בריאות מושלמת

פוליסה לכיסוי הוצאות רפואיות בארץ ובעולם

מבוא

מוסכם ומוצהר בזאת כי תמורת תשלום דמי ביטוח, כמפורט ברשימה, ובכפופות לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן בכל פרק מפרקי הביטוח ובהתאם להצהרות המבוטח, ישפה המבטח את המבוטח ו/או ישלם ישירות לספקי השירות ו/או יפצה את המבוטח - הכל בהתאם למחויבויות המבטח על פי כל אחד מפרקי הביטוח.

1. הגדרות
בפוליסה זו, אם לא נאמר במפורש אחרת -

- 1.1.1. **המבטח:** מנורה חברה לביטוח בע"מ.
- 1.1.2. **המבוטח:** אשר שמו נקוב ברשימה.
- 1.1.3. **בעל הפוליסה:** האדם, חבר בני האדם או התאגיד, המתקשר עם המבטח על פי פוליסה זו, ואשר שמו נקוב ברשימה ו/או בהצעה כבעל הפוליסה.
- 1.1.4. **משפחה:** בן/בת זוג של המבוטח ו/או ילדיהם אשר טרם מלאו להם 18 שנה במועד תחילת הביטוח.
- 1.1.5. **הצעת הביטוח:** טופס ההצעה המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו כשהוא מלא על כל פרטיו וחתום על ידי המבוטח ו/או על ידי בן/בת זוגו בשמו ובשם כל אחד מיחיד משפחתו. ההצעה תכלול גם את הצהרת הבריאות שמולאה ונחתמה ע"י המבוטח וכן את הוראת הקבע הבנקאית ו/או הוראת תשלום אחרת, כולל כרטיס/י אשראי, לתשלום דמי הביטוח.
- 1.1.6. **הרשימה:** דף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה והמהווה חלק בלתי נפרד ממנה. הרשימה כוללת את מספר הפוליסה, פרטים אישיים של בעל הפוליסה, המבוטח/ים, מועד תחילת הביטוח, דמי הביטוח וכיוצא בזה.
- 1.1.7. **הנספח:** נספח תגמולי הביטוח וההשתתפויות העצמיות.
- 1.1.8. **דמי הביטוח:** הסכום שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטח, על פי תנאי הפוליסה, כמפורט ברשימה.
- 1.1.9. **מקרה ביטוח:** אירוע כמוגדר בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפי העניין, בגינו זכאי המבוטח לקבל מאת המבטח תגמולי ביטוח, הכל בכפוף לתנאים, לחריגים ולסייגים בפוליסה.
- 1.1.10. **ניתוח:** כל פעולה פולשנית - חודרנית (Invasive Procedure), כולל באמצעות לייזר, אשר מטרתה ריפוי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות לאבחון - טיפול שהן: הראיית אברים פנימית (Endoscopy למיניהן), צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה. למען הסר ספק ומבלי לגרוע מהאמור לא יכלול 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: M.R.I., C.T.).
- 1.1.11. **ניתוח אלקטיבי:** ניתוח אליו הופנה המבוטח ע"י רופא מומחה ממרפאה, לרבות מרפאת חוץ של בית החולים, כאשר קבלתו לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות חדר המיון כמקרה דחוף.
- 1.1.12. **חברה קשורה:** קבוצת בתי חולים, רופאים, ונותני שירותים רפואיים אחרים החתומים על חוזים עם המבטח או עם

- 1.1.13. **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום.
- 1.1.14. **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 ע"י הרשויות המוסמכות.
- 1.1.15. **בית חולים מוסכם:** בית חולים כמוגדר בסעיף 1.13 או בסעיף 1.14 הקשור בהסכם עם המבטח ו/או עם חברה קשורה.
- 1.1.16. **ישראל:** מדינת ישראל לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.1.17. **חו"ל:** כל מדינה מחוץ לישראל למעט מדינות אויב.
- 1.1.18. **מנתח הסכם:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שהסכים לקבל ישירות מאת המבטח ו/או מאת חברה קשורה שכר שהוסכם עמו עבור ניתוח שביצע במבוטח.
- 1.1.19. **מנתח אחר:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, אשר אינו בהסכם עם המבטח ו/או עם חברה קשורה.
- 1.2.0. **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.
- 1.2.1. **אחות / אח פרטי:** אחות או אח פרטי בעלי תעודת הסמכה בישראל או בחו"ל.
- 1.2.2. **תותבת:** למעט תותבת שיניים להוצאה ושתל דנטלי - כל אביזר, איבר טבעי או מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה בביטוח זה (כגון: עדשה, פרק ירך וכו').
- 1.2.3. **יום אשפוז:** משך הזמן המוגדר כיום אשפוז על פי המקובל בבתי חולים בארץ.
- 1.2.4. **מדד:** 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 עפ"י אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו.
2. **תוקף הפוליסה:**
 - 2.1. הפוליסה נכנסת לתוקפה החל מהתחלת הביטוח כמצוין ברשימה אך לא לפני תשלום הפרמיה הראשונה, בתנאי שמיום הבדיקה הרפואית או מיום חתימת המבוטח על הצהרת בריאות ועד ליום שבו החליט המבטח על הסכמתו לעריכת הפוליסה לא חל שינוי בבריאותו של המבוטח.
 - 2.2. שולמו למבטח כספים על חשבון פרמיות 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.

נספח 962

ניתוחי Gastroplasty (קיצור קיבה); ניתוחי ברית מילה; ניתוחי שיניים, ניתוחי חניכיים, ניתוחי פה ולסת, ניתוחי השתלת שתלים דנטליים וכל ניתוח המבוצע ע"י 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 המבטח את שכר המנתח, חדר לידה, הרדמה ואת עלות האשפוז הנוסף עקב היות הלידה בניתוח קיסרי, בתנאי מפורש כי בטרם הצטרפה לתוכנית הביטוח או בטרם חלוף תקופת האכשרה לא עברה ניתוח קיסרי כלשהו.

- 4.1.1.5 מקרה הביטוח נגרם מתאונת עבודה.
- 4.1.1.6 מקרה הביטוח נגרם משירות צבאי (חובה, קבע או מילואים).
- 4.1.1.7 מקרה הביטוח נגרם מתאונת דרכים. על אף האמור לעיל, אם מקרה הביטוח הינו כמפורט בפרקים א'-ח' לפוליסה, ובעת קרות תאונת הדרכים לא נהג המבוטח באופנוע או במונית – לא יחול חריג זה, והמבוטח יהיה זכאי לכיסוי לפי פרקים א'-ח'.
- 4.1.1.8 מקרה הביטוח נגרם עקב ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית מכוונת, אלכוהוליזם או שימוש באלכוהול, שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראות רופא, שלא לצורך גמילה, במקרה של נטילת אדולן, בין לפי אישור רפואי ובין אם לא.
- 4.1.1.9 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש AIDS (איידיס) ובמחלות: HUMAN T-CELL LYMPHADENOPATHY ASSOCIATED (HTLV) ו-LYMPHADENOPATHY ASSOCIATED (LAV) VIRUS (LAV) ו/או מחלות או מצבים שהם מוטציות או וריאציות למחלת האידיס או כל מחלה או תסמונת דומה אחרת יהא שמה אשר יהא. חריג זה לא יחול על הכיסוי לפי פרק ו'.
- 4.1.1.10 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.
- 4.1.1.11 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 רשיון להובלת נוסעים.

"פעילות ספורטיבית מקצוענית" - פעילות ספורט אשר שכר כספי לצידה.

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 המבטח עובדות הנוגעות בעניין מהותי לעניינים אלה, אשר אילו הובאו לידיעתו לא היה המבטח מתקשר על פי פוליסה זו, יחולו ההוראות הבאות:

- 3.1.1 נודע הדבר למבטח בטרם קרה מקרה הביטוח, יהא המבטח רשאי לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ו/או למבוטח, ויחולו הוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 בנדון.
- 3.1.2 נודע הדבר למבטח לאחר שקרה מקרה הביטוח, יהא המבטח חייב בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, ויהיה פטור מכל אחריות על פי פוליסה זו אם היתה כוונת מרמה, או אם מבטח סביר לא מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו.
- 3.1.3 האמור לעיל לא יגרע מכל תרופה לה זכאי המבטח על פי כל דין.

4. חריגים:

- 4.1.1 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:
4.1.1.1 מצב בריאות, תופעה, מחלה, מום או נכות או תוצאות מחלה או תאונה קיימים או שהיו קיימים אצל המבוטח לפני מועד תחילת הביטוח ו/או במהלך תקופת האכשרה.
4.1.1.2 על אף האמור בסעיף 4.1.1 לעיל, אם הצהיר המבוטח על מצב בריאות קיים והמציא למבטח את המידע הנוגע למצבו הרפואי לא יחול סעיף 4.1.1 לעיל, אלא אם הוחרג במפורש על ידי המבטח.
4.1.1.3 מקרה הביטוח אירע 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 כיסוי הפוליסה (למעט הכיסויים המצויינים 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'), המתחילה לגבי כל מבטח במועד בו החל לראשונה הביטוח או במועד חתימת המבוטח על הצעת הביטוח או במועד מתן הסכמת המבטח לקבל את המועמד לביטוח - המאוחר מביניהם, ומסיומה זכאי הוא לקבל תגמולי ביטוח לפי הפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבטח פעם אחת בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף מבטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות.
4.1.1.4 מומים מולדים; ניתוחים קוסמטיים או אסתטיים; ניתוחי עיניים לתיקון קוצר ראייה באמצעות לייזר;

נספח 962

7.5. למען הסר ספק, המבטח לא יהיה אחראי עפ"י ביטוח זה במידה ושולמה פרמיה עבור בן משפחה בגין תקופה שלאחר הפסקת הכיסוי הביטוחי עפ"י סעיף 7.4 לעיל. פרמיה ששולמה כאמור לעיל תוחזר לבעל הפוליסה.

8. הוכחת הגיל

על המבוטח להוכיח את תאריך לידתו ע"י 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.

9. תביעות ותגמולי ביטוח

9.1. הודעה על כל אירוע שהוא מקרה ביטוח תימסר למבטח בכתב 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. במקרי חירום התביעה תוסדר על - ידי פניה טלפונית בין ישירות אל פקידות המבטח ו/או באמצעות מוקד החירום בשעות בהן משרדי המבטח סגורים.

9.2. על המבוטח למסור למבטח, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדרושים לברור החבות, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטח, ככל שיוכל, להשיגם, ובכלל זה לחתום על כתב יתור על סודיות רפואית ואף להבדק, על פי דרישת המבטח, ע"י רופא או רופאים מטעם המבטח ועל חשבון המבטח.

9.3. המבטח יהא רשאי, לפי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות למי שסיפק למבטח את השירות הרפואי, או לשלם למבטח כנגד קבלות מקוריות.

9.4. תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.

9.5. 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.

9.6. החזר תשלומים יבוצע על-ידי המבטח בזמן סביר, אך לא יאוחר מהקבוע על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.

9.7. נפטר המבוטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח אשר לא שולמו לפני מועד הפטירה למי שהתחייב לשלם ובהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם המבטח היתרה ליורשיו החוקיים של המבוטח.

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

9.9. **מבוטח הזכאי לשיפוי לפי פרק ד' לא יהיה זכאי לשיפוי בגין אותו מקרה ביטוח לפי פרק א' ו/או פרק ב'.**

9.10. היתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מיד לאחר ששילם למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילם ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מהצד

4.1.12. פעילויות מסוכנות ו/או תחביבים מסוכנים,

לרבות צלילה תת מימית, סקי חורף, רכיבה על סוסים, סקי מים, דאיה, גלישה, צניחה, סנפלינג, טיפוס הרים, בנג'י, נהיגה בטרקטורונים, צייד.

4.2. 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 וכי המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח כתוצאה מטיפול או שירות המכוסה על ידי פוליסה זו.

5. תשלום הפרמיות

5.1. זמן הפירעון של פרמיה הוא האחד בחודש בו נקבע תשלומה.

5.2. במקרה של תשלום הפרמיות ע"י הוראת קבע לבנק לתשלום פרמיות (שירות שיקים) יראה המבטח את זיכוי חשבונו בבנק כתשלום הפרמיה.

5.3. לפרמיות שלא שולמו במועדן, תווסף במועד תשלומן, בנוסף להפרשי הצמדה כאמור בסעיף 10, ריבית כפי שתהיה נהוגה באותה עת, מיום היווצר הפיגור ועד לפירעונן בפועל על-ידי המבטח, ובלבד ששיעור הריבית לא יעלה על שיעור הריבית המרבי בהתאם לחוק הריבית, התשי"ז - 1957.

6. שינוי פרמיה ותנאים

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

6.2. בנוסף לאמור בסעיף קטן 6.1 לעיל יהיה המבטח זכאי לשנות את הפרמיה והתנאים של ביטוח זה לכלל המבוטחים בביטוח זה, אך לא לפני 1.1.2003. 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.

7. ביטול הפוליסה וחדושה

7.1. המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבטח והביטול ייכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי המבטח.

7.2. לא שולמה פרמיה במועדה כאמור בסעיף 5 לעיל, לאחר ששולמה הפרמיה הראשונה, יהא המבטח זכאי לבטל את הפוליסה בכפיפות להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.

7.3. היה יחולו שינויים בסל שירותי הבריאות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994 (להלן: "חוק ביטוח בריאות ממלכתי"), יערכו בפוליסה השינויים המתבקשים מכך בכפוף לאישור מראש של המפקח על הביטוח.

7.4. מבוטח שבמועד תחילת הביטוח עדין לא מלאו לו 18 שנה יפקע תוקף הביטוח שלו בהגיעו לגיל 21. הודעה על כך תימסר על ידי המבטח 90 יום מראש ובה יצוין למבוטח על זכאותו לחדש את הפוליסה ללא כל צורך בחיתום מחדש. ביקש המבוטח בהגיעו לגיל 21 להמשיך להיות מבוטח בביטוח זה, ינפיק לו המבטח פוליסה חדשה בהתאם לתנאים כפי שיהיו במועד הבקשה, ללא צורך בבדיקות רפואיות.

נספח 962

- 13.1 . הודעה של המבטח לבעל הפוליסה ו/או למבוטח ו/או למוטב, לפי העניין, תינתן לפי מענם האחרון שנמסר בכתב למבטח.
- בעל הפוליסה מתחייב להודיע למבטח בכתב על כל שינוי בכתובתו.
- 13.2 . 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.

14 . 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.

15 . נספחי הפוליסה

הוראות פוליסה זו יחולו גם על נספחיה, בשינויים המחויבים.

16 . מקום השיפוט

מקום השיפוט הבלעדי בכל הקשור בפוליסה הוא בתל אביב.

פרק א' - ניתוח פרטי בארץ

1 . **מקרה ביטוח:** מקרה הביטוח על פי פרק זה הינו ניתוח שעבר המבוטח בישראל, במהלך תקופת הביטוח.

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

2.1 . שכר מנתח בבי"ח פרטי:

2.1.1 . שכר מנתח הסכם ישולם במלואו ישירות למנתח ההסכם.

2.1.2 . שכר מנתח אחר - התשלום למבוטח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ע"י מנתח אחר יהיה בגובה הסכום ששולם על ידו בפועל, עד לתקרת הסכום הקבוע למנתחי הסכם של המבטח, עבור הניתוח שבוצע.

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

2.3 . **כיסוי הוצאות אשפוז בבית חולים פרטי במקרה ניתוח:** המבטח יכסה הוצאות אשפוז בבית חולים מוסכם או יחזיר למבוטח 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.

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

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

השלישי שיפוי מעל תגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור. בהתייחס לפרק ד' בלבד: "צד שלישי" - לרבות קופות החולים.

9.11 . בוטחו מקרי הביטוח 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 עליו.

היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות על פי ביטוח זה מאת מבטח/ים אחר/ים, יהא המבטח זכאי להתנות את תשלום תגמולי הביטוח בהמחאת זכויותיו של המבוטח על פי הפוליסות האחרות למבטח לגבי סכום תגמולי הביטוח העולים על חלקו היחסי של המבטח בהוצאות שהוצאו בפועל.

9.12 . המבוטח לא יהא זכאי לתגמולי ביטוח נוספים מסוג שיפוי בשל פוליסות אחרות, דומות או זהות, אצל המבטח, בשל אותו מקרה ביטוח או אותו מצב או ליקוי בריאותי או בשל טיפול רפואי או חלק ממנו.

ערך המבטח למבוטח פוליסות נוספות כאמור, יחזיר לו את דמי הביטוח עבור הפוליסות הנוספות מהמועד בו נתגלה כפל הביטוח.

9.13 . **ערך המבטח למבוטח, לפי בקשתו, פוליסה הכוללת השתתפות עצמית של המבוטח, ינוכה מתגמולי הביטוח, בעד כל תביעה לפי פרק א' ו/או פרק ב', סכום ההשתתפות העצמית הקבוע ברשימה בש"ח, לפי השער היציג ביום התשלום.**

10 . תנאי הצמדה

10.1 . תגמולי הביטוח והפרמיה יהיו צמודים למדד.

10.2 . המדד היסודי הינו המדד האחרון הידוע בתחילת הביטוח.

10.3 . המונח "היום הקובע" הוא:

10.3.1 . **לגבי תשלום הפרמיה** - יום תשלומה בפועל למבטח.

10.3.2 . **לגבי תשלום בגין טיפול רפואי כלשהו** - יום התשלום על ידי המבטח.

10.4 . המדד הקובע - המדד האחרון שפורסם לפני היום הקובע.

10.5 . תגמולי הביטוח והפרמיה יוצמדו לשיעורי עלית המדד, מן המדד היסודי ועד המדד הקובע.

11 . מסים והיטלים

בעל הפוליסה, המבוטח או המוטב - לפי העניין - חייב לשלם למבטח את דמי הפוליסה ואת המסים הממשלתיים והאחרים החלים על הפוליסה או המוטלים על הפרמיות, על סכומי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהמבטח מחויב לשלם לפי הפוליסה, בין אם המסים האלה קיימים ביום עריכת הפוליסה ובין אם הם יוטלו במועד שלאחר מכן.

12 . התיישנות

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

13 . הודעות

נספח 962

- המבטח בעלות התובת הנ"ל עד לתקרת הסכום הנקוב בנספח.
- 2.7. **שכר אחות פרטית/אח פרטי בעת ניתוח:** המבטח יחזיר הוצאות אלה למבוטח 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 למבוטח את הוצאותיו בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי החולים.
- 2.9. בנוסף לכיסוי ההוצאות הרשומות לעיל, ישתתף המבטח בהוצאות הרשומות להלן ובלבד שהניתוח שעבר המבוטח עונה על אחד התנאים הבאים: הניתוח הינו ניתוח לב פתוח (לא כולל ניתוחי מעקפים) ו/או ניתוח מח ו/או ניתוח שאינו ניתן לביצוע בארץ ואשר זמן ההמתנה לניתוח בארץ מסכן את חיי המבוטח:
- 2.9.1. הוצאות בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל למבוטח בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד, ועד לתקרת הסכום הנקוב בנספח.
- 2.9.2. הוצאות בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל למלווה אחד בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד, וכן בגין הוצאות שהיית המלווה בחו"ל, ועד לתקרת הסכום הנקוב בנספח.
- 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 בי"ח אשר לחברה או לחברה קשורה יש הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי פוליסה זו.

3. השתתפות עצמית

בקרות מקרה הביטוח המכוסה על פי פרק זה, ינוכה מתגמולי הביטוח המגיעים למבוטח סכום ההשתתפות העצמית הנקוב ברשימה, במידה ונקוב.

4. **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.**

5. **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:** התייעצות לפני ניתוח שקיים המבוטח, עם רופא שהינו מומחה מנתח (להלן: "הרופא 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 במשך תקופה של 12 חודשים.

2. **התייעצות שלא לפני ניתוח**

2.6. **תותבת אביזר מושתל:** בוצע במבוטח בבית חולים פרטי ניתוח, ובמהלך הניתוח הושתלה במבוטח תותבת כלשהי, ישתתף המבטח בעלות התובת הנ"ל עד לתקרת הסכום הנקוב בנספח.

2.7. **שכר אחות פרטית/אח פרטי בעת ניתוח:** המבטח יחזיר הוצאות אלה למבוטח עד לתקרת הסכום הנקוב בנספח בגין כל יום אשפוז ולתקופה שלא תעלה על 8 ימי אשפוז.

2.8. **שירותי אמבולנס בין בתי חולים בישראל:** המבטח יחזיר למבוטח את הוצאותיו בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי החולים. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים אותה עת בשירותי מגן דוד אדום.

2.9. תגמולי ביטוח מיוחדים:

2.9.1. 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 2.1-2.8 לעיל, כולם או מקצתם), ישלם המבטח למבוטח סכום השווה למחצית ערכו של הטופס, ובלבד שהניתוח שבוצע הינו ניתוח אלקטיבי.

2.9.2. המציא המבוטח לביה"ח טופס 17 מטעם קופת החולים בה הוא חבר, לכיסוי הוצאות הניתוח המבוצע בבית החולים, והמבטח **השתתף** במימון הניתוח (כאמור בסעיפים 2.1-2.8 לעיל, כולם או מקצתם), ישלם המבטח למבוטח סכום השווה לרבע ערכו של הטופס, ובלבד שהניתוח שבוצע הינו ניתוח אלקטיבי.

3. השתתפות עצמית

בקרות מקרה הביטוח המכוסה על פי פרק זה, ינוכה מתגמולי הביטוח המגיעים למבוטח סכום ההשתתפות העצמית הנקוב ברשימה, במידה ונקוב.

פרק ב' - ניתוח פרטי בחו"ל

1. **מקרה הביטוח:** מקרה הביטוח על פי פרק זה הינו ניתוח אלקטיבי שעבר המבוטח 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. **תותבת אביזר מושתל:** בוצע במבוטח בבית חולים ניתוח, ובמהלך הניתוח הושתלה במבוטח תותבת כלשהי, ישתתף

נספח 962

- 2.1 בסעיף זה: **רופא מומחה**: רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחום.
- 2.2 **מקרה הביטוח**: התייעצות שלא לפני ניתוח שקיים 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 במשך תקופה של 12 חודשים.

התייעצות בחו"ל

3. התייעצות בחו"ל לפני ניתוח

- 3.1 **בסעיף זה: חברת טל-רפואה (TELEMEDICINE)**: חברה המספקת שרותי TELEMEDICINE וקשורה בהסכמים עם מרכזים רפואיים בחו"ל.
- 3.2 **מקרה הביטוח**: התייעצות לפני ניתוח שקיים המבוטח, בכפוף לאישור מראש של המבטח 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 ליעץ לו כאמור, ורופא המבטח אישר את קביעתו - המבוטח טס לחו"ל.
- 3.3 המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בגין התייעצות, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח.
- בנוסף, בכפוף לאישור זכאות, ישפה המבטח את המבוטח 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 במשך תקופה של 12 חודשים.

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

1. מקרה הביטוח

- 1.1 **השתלה**: כריתה כירורגית של לב, לב - ריאה, ריאה, כליה, לבלב, כבד או דיכוי של מח עצמות בגופו של המבוטח עקב הפסקת תפקודו והשתלת איבר אחר במקומו אשר נלקח מגופו של אדם אחר, 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**: ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר בחו"ל שמתקיימים בו כל התנאים המצטברים הבאים:
 - 1.2.1 לא ניתן לבצעו מבחינה רפואית בישראל ואין לו טיפול חליפי בישראל.
 - 1.2.2 ביצוע הטיפול המיוחד נדרש על פי אמות מידה רפואיות מקובלות ומניעתו מהווה סכנה ממשית לחייו של המבוטח.
 - 1.2.3 הטיפול המיוחד אינו נסיוני והוא מאושר ע"י ועדת הליניקי.
 - 1.2.4 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, 1.2.2 ו- 1.2.3 לעיל.

- 2 **סכום הביטוח**
 - 2.1 עבור השתלה - הסכום המרבי לשיפוי הינו כמפורט בנספח אך לא יותר משיעור ממנו, ובלבד שלא יעלה על תקרת הפיצוי 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 הפיצוי 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 על הסך המפורט בנספח, ועבור טיפול מיוחד כמפורט בסעיף 3.2 להלן לא יעלה 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 בסעיף 9.10 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.**
 - להלן פירוט התשלומים להשתלה ולטיפול מיוחד:
 - 3.1 **תשלום בגין השתלה**
 - 3.1.1 תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה רפואית של המבוטח הנובעות ממקרה הביטוח.
 - 3.1.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל.
 - 3.1.3 תשלום עבור ביצוע ניתוח לצורך הוצאת האיבר המיועד להשתלה בגוף המבוטח, שימור האיבר והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.
 - 3.1.4 תשלום לצוות הרפואי עבור השירותים הרפואיים שינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה.
 - 3.1.5 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.
 - 3.1.6 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה.
 - 3.1.7 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.
 - 3.1.8 תשלום עבור טיפולי המשך הנובעים מביצוע ההשתלה.
 - 3.1.9 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה.
 - 3.1.10 **גמלת החלמה**: בכל מקרה של ביצוע השתלה המכוסה על פי פרק זה, למבוטח שהינו מבוטח בביטוח השתלות גם מכח החוק ו/או ע"י אחת מקופות החולים בישראל ו/או זכאי לכיסוי בגין השתלה גם מחברת ביטוח אחרת, ישלם המבטח למבוטח בחייו גמלה נוספת

1. בפרק זה:
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.
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 יאה 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' - תרופות מיוחדות

1. הגדרות
 1.1. **"מבוטח"** על פי פרק זה: אשר שמו נקוב ברשימה ואשר מבוטח בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
 1.2. **"השתתפות עצמית"**: סכום מירבי בסך הנקוב בנספח, שינכה המבטח מסכום ההוצאה למרשם שניתן לכל מבוטח. ניתנו מספר מרשמים לאותה תרופה המכסים תקופת טיפול של חודש – תנוכה ההשתתפות העצמית רק פעם אחת. ניתן מרשם לאותה תרופה לתקופת טיפול של מעל חודש – תנוכה ההשתתפות העצמית פעם בגין כל חודש.
 1.3. **"תרופה"**: חומר כימי (על פי השם הגנרי) מרפא אשר הוכחה יעילותו ואושר שימוש ע"י הרשויות המוסמכות בישראל.
 רשימת התרופות המאושרות הינה רשימת התרופות כפי שמופיעה בפרסום רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל, הנכונה ליום 1.4.99 ואשר תעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
 1.4. **"רופא מומחה"**: רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
 1.5. **"טיפולי"**: נטילת תרופה בצורה חד פעמית או מתמשכת שלא במהלך ניתוח ו/או אשפוז בבית החולים.
 1.6. **"ישראל"**: מדינת ישראל לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
 1.7. **"חול"ל"**: כל מדינה מחוץ לישראל.

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:

1. 3.1.10. גמלה חודשית בגובה הסכום הנקוב בנספח למשך תקופה של עד 24 חודשים.
 2. 3.1.10. אם המבוטח הינו מתחת לגיל 18 תהא הגמלה בשיעור 50% מהסכום הקבוע בסעיף 3.1.10.1.

3.2. תשלום בגין טיפול מיוחד

3.2.1. תשלומים כמפורט בסעיפים קטנים 3.1.1, 3.1.2, 3.1.4, 3.1.5, 3.1.6, 3.1.7, ו- 3.1.9. הנ"ל בשינויים כדלהלן:
 3.2.1.1. בכל מקום בו מופיעה המילה "השתלה", יש לקרוא "טיפול מיוחד".
 3.2.1.2. 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:** שהיה רצופה בבית חולים בישראל במשך ארבעה ימים לפחות מחמת מחלת המבוטח וכתוצאה ישירה ובלעדית ממנה.

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

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

4. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בגין עד עשרים וחמישה ימים במהלך תקופה של 12 חודשים.

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 4.1.7 בפרק המבוא לעיל, מבוטח אשר קרה לו מקרה הביטוח יאה זכאי למענק חד פעמי בגובה הסכום המפורט בנספח, ובלבד שהמציא אישור מאת בית החולים כי הידבקו באיידס אירעה במהלך ניתוח שבוצע בבית החולים.

פרק ז' - פיצויים חודשיים בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס B

נספח 962

3.3 תגמולי הביטוח שישלם המבטח לא יעלו על סכום השיפוי המירבי.

4. חריגים

- 4.1 כל התנאים הכלליים, הסייגים והחריגים החלים על הפוליסה יחולו גם על פרק זה.
- 4.2 המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על פי פרק זה, בכל הנוגע במישרין או בעקיפין מאחד המקרים הבאים:
 - 4.2.1 מקרה הביטוח ארע כתוצאה ממהלכה של מחלה או סיבוכיה של מחלה אשר המבטח לקה בה ולא הצהיר עליה לפני תחילת הביטוח או אשר המבטח לקה בה במהלך תקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח.
 - 4.2.2 מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.
 - 4.2.3 תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה או במהלך אשפוז בבית חולים או במוסד סיעודי.
 - 4.2.4 תרופה נסיונית אשר לא אושרה ע"י הרשות המאשרת.
 - 4.2.5 תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.
 - 4.2.6 תרופה לטיפול במחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים.
 - 4.2.7 תרופה לטיפולי שיניים, תרופה לטיפול בהשמנת יתר.
 - 4.2.8 מקרה ביטוח הנובע ו/או הקשור לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות, טיפולים נגד עקרות ואין אונות.
 - 4.2.9 טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים.
 - 4.2.10 טיפול ו/או שירות רפואי הנדרש עקב מום ו/או מחלה מלידה לרבות מחלות תורשתיות.
 - 4.2.11 נשיאת נוגדנים למחלת הכשל החיסוני הנרכש או צהבת לסוגיה השונים.

5. תביעות

- המבטח ישפה את המבטח בגין התחייבויותיו או יעביר ישירות את ההוצאות לנותן השירות בכפוף לתנאים שלהלן:
 - 5.1 בכל מקרה של תביעה, ימסור המבטח למבטח את המסמכים הסבירים והאחרים שהמבטח ידרוש לביורור חבותו על פי פרק זה, לרבות הודעה חתומה על ידי רופא מומחה על המחלה שגרמה לדעתו לזכאות לקבלת התרופה.
 - 5.2 כל ההוצאות ימסרו למבטח אך ורק כנגד קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד.
 - 5.3 המבטח ישפה בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא ינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.
 - 5.4 כמו כן לא ישולמו תגמולי ביטוח בגין התקופה שלפני מסירת הודעה למבטח על הצורך בקבלת התרופה. במקרה של הפסקת הזכאות לתגמולי ביטוח, על המבטח להודיע על כך למבטח במכתב רשום. תשלומים שקיבל מבטוח שלא כדיון, יוחזרו למבטח.
- 6. **ביטול הכיסוי על פי פרק זה**

תוקף הכיסוי על פי פרק זה יפוג, ולא יהיה בר תוקף מיום הביטול,

- 1.8 "חוק ביטוח בריאות ממלכתי": חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994 או כל חוק אשר יחליף אותו.
- 1.9 "סל שירותי הבריאות": מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה במסגרת ומכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבטחיה.
- 1.10 "בית מרקחת": מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השירות").
- 1.11 "מרשם": מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש.
- 1.12 "סכום השיפוי המירבי": סכום השווה לסך הנקוב בנספח המהווה גובה תגמולי הביטוח המירביים שתשלם החברה לכל מבטח על פי פרק זה, בכל תקופת הביטוח.
- 1.13 "מחיר מירבי מאושר": הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה לגביה בגין תרופה והמשתנה מעת לעת.
- לא נקבע לתרופה מחיר מירבי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע המחיר המירבי על פי הסכום המירבי המאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב.
- לא נקבע לתרופה מחיר מירבי מאושר בהולנד, יקבע המחיר המירבי על פי הסכום המירבי המאושר לאותה תרופה באנגליה במחירי דולר ארה"ב.
- חישוב מחירי דולר ארה"ב יעשה על פי שער המכירה (העברות והמחאות) של דולר ארה"ב שיהיה נהוג בבנק לאומי לישראל ביום הכנת התשלום על-ידי המבטח בתוספת היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום כזה.

2. מקרה הביטוח

- טיפול תרופתי במבטח באמצעות תרופה אשר אינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אינה ממומנת על ידי קופת החולים בה הוא חבר, בתנאי כי התקיימו כל התנאים המצטברים הבאים:
 - 2.1 רופא מומחה מטעם המבטח קבע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים כי התרופה נדרשת לטיפול במחלתו של המבטח ו/או לצורך החלמתו.
 - 2.2 אין בנמצא טיפול תרופתי חלופי או טיפול בתרופה בעלת הרכב גנרי דומה הנותן תוצאות דומות, הכלול בסל שירותי הבריאות.

למען הסר ספק מובהר בזאת כי השיפוי יהיה אך ורק בגין עלות התרופה, ולא יחול על השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה.

3. הכיסוי הביטוחי

- המבטח ישלם למבטח או ישירות לנותן השירות את עלות התרופה, בכפוף לתנאים כמפורט להלן:
 - 3.1 המבטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם.
 - למען הסר ספק, מובהר כי המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי הביטוח אם לא אישר מראש את רכישת התרופה.
 - 3.2 חבות המבטח עפ"י פרק זה תהיה אך ורק להוצאות שהוצאו בפועל לאחר ניכוי סכום ההשתתפות העצמית למרשם ולא יותר מהמחיר המירבי המאושר לאותה תרופה.

נספח 962

קביעת מוטבים – ליורשי המבוטח על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח על פי אחד הפרקים המפורטים לעיל, פיצוי נוסף בגובה הסכום הנקוב בנספח, ובלבד שהניתוח בוצע בתוך תקופת הביטוח.

במועד בו קיבל המבוטח את סכום השיפוי המירבי על פי פרק זה.

2. כיסוי זה יהיה בתוקף עבור מבוטחים, שבעת ביצוע הניתוח מלאו להם 21 שנה.

פרק ט' - פיצוי במקרה של מוות בניתוח

1. נפטר המבוטח כתוצאה מניתוח אלקטיבי המכוסה על פי פרק א' או פרק ב' או פרק ד', במהלך הניתוח או תוך 7 ימים (יום הניתוח ועוד 6 ימים), ישלם המבטח למוטבים על פי פוליסה זו, ובהיעדר

נספח תגמולי הביטוח וההשתתפויות העצמיות לפרקים א' - ט'

הסכומים הנקובים בש"ח הינם צמודי מדד ונכונים למדד הידוע ביום 1.1.01, העומד על 9330 נקודות. הסכומים הנקובים בדולר ארה"ב יחושבו עפ"י האמור בפרק המבוא בסעיף 9.

סעיף הזכאות בפוליסה	תגמולי הביטוח
פרק א' - ניתוח פרטי בארץ	
סעיף 2.3	1,588 ש"ח ליום
סעיף 2.6	13,623 ש"ח
סעיף 2.7	453 ש"ח ליום
פרק ב' - ניתוח פרטי בחו"ל	
סעיף 2.6	4,000 דולר ארה"ב
סעיף 2.7	125 דולר ארה"ב ליום
סעיף 2.9.1	2,000 דולר ארה"ב
סעיף 2.9.2	1,500 דולר ארה"ב
פרק ג' - התייעצות עם רופאים מומחים	
סעיף 1.2	453 ש"ח
סעיף 2.3	340 ש"ח
סעיף 3.3	התייעצות - 800 דולר ארה"ב כרטיס טיסה - 800 דולר ארה"ב
פרק ד' - השתלות בישראל ו בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל	
סעיף 2.1	1,000,000 דולר ארה"ב
סעיף 2.2	100,000 דולר ארה"ב
סעיף 3.1	סכום מרבי להשתלה - 1,000,000 דולר ארה"ב
סעיף 3.2	סכום מרבי לטיפול מיוחד - 100,000 דולר ארה"ב
סעיף הזכאות בפוליסה	
סעיף 3.1.7	60 דולר ארה"ב לאדם ליום
סעיף 3.1.10.1	5,675 ש"ח
סעיף 3.2.2	45,406 ש"ח
פרק ה' - אשפוז כתוצאה ממחלה	
סעיף 2	453 ש"ח ליום
פרק ו' - מענק חד פעמי לפיצוי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS	
סעיף 2	397,311 ש"ח
פרק ז' - קצבה חודשית לפיצוי בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס B	
סעיף 2	4,540 ש"ח לחודש
פרק ח' - תרופות מיוחדות	
סעיף 1.2	השתתפות עצמית - 500 ש"ח
סעיף 1.13	500,000 ש"ח
פרק ט' - פיצוי במקרה של מוות בניתוח	
סעיף 1	76,076 ש"ח

כתב שירות - שירות רפואי בבית המבוטח

מומחה אחר, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

2.2.7. הפנית החולה לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

2.2.8. מתן תעודה רפואית.

2.2.9. פינוי חנים 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. השירות הרפואי על פי כתב שירות זה יינתן במשך כל 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 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 חשבונו 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.**

3.5. עם תום הביקור יחתום 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.

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.

המבוטח יהיה זכאי לקבל שירות כמפורט להלן באמצעות מוקד רפואי המפעיל רופאי הסכם. השירות יינתן 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 בצידיהם.

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 רשיון 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 יופנה 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

נספח 962

- 6.1.1.2. ביטול הקריאה לקבלת השירות הרפואי ע"י הודעת המבוטח למוקד השירות.
- 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.
- 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 במחוז תל-אביב-יפו.

נספח לכתב השירות:

הסכומים הינם צמודי מדד ונכונים למדד הידוע ביום 1.1.01, העומד על 9330 נקודות. הסכומים כוללים מע"מ בשיעור של 17%. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו הסכומים בהתאם.

הסכום	סעיף הזכאות בכתב השירות
152 ש"ח	סעיף 3.8
41 ש"ח	סעיף 5

- 3.9. בחר המבוטח לקבל את השירות במוקד הרפואי, יגיע המבוטח למוקד הרפואי בכוחות עצמו ועל חשבונו.
4. **ביטול כתב השירות**
- 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.

כתב שירות - שירותי בדיקה תקופתית

- 1.1.7. **מוקד השירות** - מוקד טלפוני ארצי בקו ירוק שמספרו **1 800 35 1100** (רב קווי), המאפשר שיחת טלפון בחינם.
- 1.1.8. **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.
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:

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 בידיים.
- 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 רישיון מטעם משרד הבריאות לעסוק ברפואה.
- 1.6. **רופא הסכם או מבצע השירות** - רופא אשר התקשר עם ביקורופא בהסכם למתן טיפול למבוטחים.

נספח 962

3.9. עם תום הביקור יחתום המבוטח, על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי רופא ההסכם ביצע את הבדיקה התקופתית.

3.10. 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.

3.11. 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.

4. ביטול כתב השירות

4. תוקף כתב שירות זה יפוג בקרות אחת המקרים דלהלן, הקודם מביניהם:

- 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. השתתפות עצמית

5. 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. 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.

6. אחריות

6.1. מחויבותה של החברה כלפי המבוטח בטיפול בקריאה של מבוטח לקבלת שירותי הבדיקה התקופתית תסתיים במוקדם או בהתרחש אחד משני האירועים שלהלן:

- 6.1.1. הגעת רופא ההסכם לבית המבוטח בכפוף לאמור בסעיפים 3.4 ו-3.8 לעיל.
- 6.1.2. ביטול הקריאה לקבלת שירותי הבדיקה התקופתית ע"י הודעת המבוטח למוקד השירות.
- 6.2. האחריות בגין איכות שירותי הבדיקה התקופתית נשואת כתב שירות זה ו/או בגין רשלנות רפואית או אחרת, תחול על רופא ההסכם הרלוונטי ועל המעבדה בלבד לפי הענין, והחברה ו/או המבטח לא יהיו אחראיים בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
 - 6.2.1. איכות שירותי הבדיקה התקופתית נשואת כתב שירות זה.
 - 6.2.2. רשלנות רפואית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למבוטח ו/או לכל אדם אחר בקשר עם שירותי הבדיקה התקופתית נשואת כתב שירות זה.
 - 6.2.3. הוצאות שהוציא המבוטח עבור טיפול, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.

- 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.
 - 2.2.4.2. דיפרנציאל לפי 5 פרמטרים.
 - 2.2.4.3. שתן כללית לפי 20 פרמטרים.
- 2.2.5. מתן דו"ח מסכם.
- 2.3. הזכות לקבלת שירות רפואי עפ"י כתב שירות זה הינה אישית, ואין המבוטח רשאי להעבירה לאחר.

3. כללי

- 3.1. 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 ההסכם, תפקע זכותם לקבלת שירותי הבדיקה התקופתית באותה שנת ביטוח.
- 3.2. 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).
- 3.3. שירותי הבדיקה התקופתית ינתנו במועד שיתואם עם המבוטח.
- 3.4. שירותי הבדיקה התקופתית לא ינתנו לילדים מתחת לגיל 14.
- 3.5. 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.
- 3.6. מובהר בזאת במפורש, כי שירותי הבדיקה התקופתית אינם כוללים איבחון ו/או גילוי מחלות תורשתיות ו/או מחלות שבאופן סביר לא ניתן לגלותן במסגרת בדיקות המפורטות בסעיף 2.2 לעיל.
- 3.7. השירות ינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.
- 3.8. השירותים ניתנים בלבד בכל מקום ישוב בישראל בכפוף לאמור להלן: מבוטח הנמצא במקום ישוב ביהודה, שומרון, חבל עזה או רמת הגולן, ינתן השירות אצל רופאי ההסכם במעלה אדומים, אריאל, אורנית, שערי תקווה, 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 ישוב ביהודה, שומרון, חבל עזה או רמת הגולן לא ינתן שירות אלא בישוים אלה.

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 במחוז תל-אביב-יפו.

נספח לכתב השירות:

הסכום הינן צמוד מדד ונכון למדד הידוע ביום 1.1.01, העומד על 9330 נקודות. הסכום כולל מע"מ בשיעור של 17%. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו הסכומים בהתאם.

סעיף	הסכום
סעיף 3.7	152 ש"ח

- וערבי חג בין השעות 08:00 עד 13:00 (ובתנאי שהמבוטח 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 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. מוקד השירות יפנה את המבוטח לקבלת השירות הרפואי במרפאת השיניים הקרובה ביותר למקום הימצאו.
- 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.
- 3.7. 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.
- 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 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

כתב שירות – מוקד מושלמת בשידור

- 1.4. פוליסת הביטוח או הפוליסה - פוליסה לביטוח בריאות "בריאות מושלמת" ^{TOP}, שכתב שירות זה הינו חלק בלתי נפרד ממנה.
- 1.5. המבוטח - אשר שמו נקוב ברשימה ואשר הפוליסה שבידו תקפה.
- 1.6. מנוי - המבוטח וכן בן/בת זוגו (לרבות ידועה/ה בציבור כבן/בת זוג) וילדיהם עד גיל 18 הגרים עימם (להלן: "מבוטחים נוספים") ובלבד שבוטחו באמצעות הפוליסה כמבוטחים נוספים.
- 1.7. מטופל - מנוי בתקופת הזכאות לשירות, אשר פנה לחברה לצורך קבלת השירות, והותקנה אצלו ערכה ביתית.

- המבוטח יהיה זכאי לקבל שירות כמפורט להלן באמצעות נותני השירותים והיצוד של חברת סקונד אופיניון ישראל (1995) בע"מ.
1. הגדרות
- בכתב שירות זה למונחים הבאים תהא המשמעות המובאת בצידם:
- 1.1. המבטח - מנורה חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2. החברה - סקונד אופיניון ישראל (1995) בע"מ.
- 1.3. השירות - פנייה באמצעות הערכה הביתית למוקד החברה, המאויש באחיות מוסמכות, בבעיה רפואית הקשורה לאירוע או נובעת ממנו.

נספח 962

וכל שירות חורג או נוסף ינתן תמורת דמי שירות כמפורט בסעיף 4.2 להלן. מובהר כי אין החברה נוטלת על עצמה בכתב שירות זה חובה כלשהי ליצור מיוזמתה קשר עם המטופל.

2.2. אם יבקש זאת המטופל, או במקרה שנתן השירות יגיע - עפ"י שקול דעתו - למסקנה כי מצבו של המטופל, או נושא השיחה, מצריכים ביקור רופא בבית המטופל, עפ"י בקשתו של המטופל ובכפוף להסכמתו מראש של המטופל לשלם את דמי השירות (כאמור בסעיף 4 להלן), תתאם האחות ביקור רופא בבית המטופל.

מובהר בזאת כי החברה אינה מספקת בעצמה את שירות ביקור הרופא בבית המטופל, והאחריות בהקשר לשירות זה חלה על הרופא שנשלח ו/או על החברה המעסיקה אותו.

2.3. מובהר ומודגש כי השירות איננו שירות חירום וכי המוקד אינו מוקד מסוג של מוקד לקריאות חירום ו/או להזעקת עזרה מכל סוג שהוא, והחברה אינה נוטלת על עצמה כל התחייבות וכל אחריות בהקשר זה. עם זאת, במקרה שנתן השירות יגיע במהלך קיומו של קשר עם המטופל - עפ"י שקול דעתו - למסקנה כי מצבו של המטופל מצריך הפנייתו לחדר מיון ו/או הפנית אמבולנס או רופא אל המטופל, הוא יביא זאת לידיעת המטופל ועל פי בקשת המטופל המוקד יפעל כדי להזעיק טלפונית את מי מהגורמים הנ"ל, מבלי להתחייב בדרך כלשהי כי נסיון האזעקה יצליח ומבלי ליטול אחריות כלשהי לטיב לטיפול ו/או הצלחתו. למען הסר ספק מובהר כי מקל וחומר אם סירב המטופל לקבל את הצעת נותן השירות כי המוקד יפנה אותו לחדר מיון ו/או יפנה אליו אמבולנס או רופא, לא תהא לו כל טענה, תביעה או דרישה כלפי החברה או כל מי מטעמה.

2.4. החברה מתחייבת כי במהלך 24 שעות ביממה (למעט הזמן שמערב יום כיפור בשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום, ולמעט ליל הסדר וערב ראש השנה מן השעה 16:00 ועד שעתיים לאחר צאת החג), יאויש המוקד באחיות דוברות עברית ויהיה בפיקוחו של רופא. בין השעות 08:00 עד 17:00 בימים א' - ה' ישהה במוקד מנהל רפואי ו/או רופא ממונה, ובשעות הלילה ובסופי שבוע יהיה רופא ממונה כונן הזמין להתייעצות טלפונית.

3. נוהל קבלת השירות

3.1. עבר המטופל אירוע וחזר לביתו לאחר אישפוז, יתקשר טלפונית למוקד החברה בטלפון מספר **03-5769282** או כל מספר אחר עליו תודיע החברה מעת לעת, ויזדהה בשמו, כתובתו, מס' הטלפון של דירת מגוריו, שם חברת הביטוח מכוחה הוא מנוי ומספר הפוליסה.

3.2. הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי או המטופל רשאי להעבירה לאחר.

3.3. באחריות כל מנוי ליידע את המבטח בכתב בדבר כל שינוי בכתובתו ו/או מספר טלפון שלו.

3.4. באחריות כל מטופל ליידע בכתב את החברה ואת המבטח בדבר כל שינוי בכתובתו ו/או מספר טלפון שלו.

3.5. זמי קבלת פניות במוקד ממנו המבקש להפוך למטופל הינם בין השעות 09:00 ל - 17:30 בימים א'-ה' שאינם ימי חג או ערבי חג.

3.6. לכל המאוחר ביום העבודה השני שלאחר היום בו פנה המנוי למוקד בהתאם לסעיף 3.4 לעיל, יפנה אליו נציג מטעם החברה אשר יתאם עימו מועד להתקנת הערכה הביתית. בעת ההתקנה בבית המנוי המבקש להפוך למטופל ידריך נציג מטעם המוקד את המנוי בשימוש בערכה הביתית, לרבות לגבי אופן יצירת הקשר עם המוקד, והם יבצעו יחדיו את ההתקשרות הראשונה למוקד.

1.8. **אירוע** - ניתוח אשר עבר המנוי בבית חולים ו/או במוסד רפואי אחר המוכר על ידי המבטח ומכוסה במסגרת הפוליסה.

1.9. **בקשה לקבלת השירות** - בקשתו של מנוי שעבר אירוע להפוך למטופל בנוהל הקבוע בסעיף 3 לכתב שירות זה, אשר תוגש לא יאוחר מאשר 15 יום מהיום בו חזר המנוי מבית החולים לביתו לאחר האירוע.

1.10. **תקופת הזכאות לשירות** - 14 יום החל מיום התקנת הערכה הביתית בבית המטופל.

1.11. **תיק רפואי** - תיק ובו פרטים אישיים אודות המנוי, והאירוע אשר בגינו הפך המנוי למטופל, לרבות אך לא רק, תולדות המחלה וההיסטוריה הרפואית של המטופל, הכל כפי שימסר על ידי המטופל.

1.12. **זכאות חינם** - מספר שעות השירות ללא תשלום, להם זכאי המטופל במסגרת תקופת הזכאות לשירות.

1.13. **דמי התקנה** - דמי התקנת הערכה הביתית בבית המטופל, ופירוקה בסיום תקופת הזכאות לשירות.

1.14. **דמי שירות** - דמי שירות אשר משולמים על ידי המטופל עבור כל זמן שירות מעבר לזכאות חינם - כמפורט בסעיף 4.

1.15. **ערכה ביתית** - ציוד טל - רפואה, הכולל בין השאר מערכת וידאו קונפרנס, המותקן בבית המטופל ומאפשר חיבור אודיו ו/או ויזואלי עם מוקד החברה, ו/או כל ציוד מדידה רפואי אחר ו/או ציוד תקשורת אחר.

1.16. **מוקד** - הציוד וכח האדם במשרדי החברה הדרושים לצורך מתן השירות למטופלים בהתאם לכתב שירות זה.

1.17. **אחות** - אחות מוסמכת אשר מונתה והוסמכה על ידי המנהל הרפואי של החברה למתן השירות כהגדרתו בכתב השירות.

1.18. **המנהל הרפואי של החברה** - רופא בעל רישיון לעסוק ברפואה במדינת ישראל אשר מועסק על ידי החברה כמנהל רפואי לצרכים האמורים בכתב השירות.

1.19. **רופא ממונה** - רופא בעל רישיון לעסוק ברפואה במדינת ישראל אשר מונה ע"י החברה, באישור המנהל הרפואי, לנהל מקצועית את המוקד לצורך מתן השירותים למטופלים בהתאם לכתב השירות.

1.20. **נותן השירות** - האחיות ו/או המנהל הרפואי ו/או הרופא הממונה.

1.21. **מקרה המחייב ביקור בית של רופא** - מקרה, אשר לפי שיקול דעתו של המטופל או של נותן השירות, מצדיק ביקור של רופא בבית המטופל.

1.22. **רופא לביקורי בית** - רופא בעל רישיון לעסוק ברפואה במדינת ישראל, אשר מועסק ע"י אחת החברות איתן התקשרה החברה, ואשר עוסקת בהפניית רופאים לביקורי בית.

מונחים הנגזרים מן ההגדרות דלעיל יפורשו בהתאמה להם.

הפניה לסעיפים או נספחים הינה לסעיפים ונספחים בכתב שירות זה אלא אם כן נאמר אחרת.

מילים או ביטויים בלשון יחיד כוללים גם לשון רבים וההיפך. התייחסות לאנשים תכלול גם התייחסות לגופים, תאגידים או גופים לא מאוגדים. מילות זכר או נקבה יתייחסו לכל המינים או למין סתמי, לפי העניין. שימוש בכותרות והדגשות בכתב השירות הינם לצורך הנוחיות בלבד ולא ישפיעו על מבנה כתב השירות.

2. השירות

2.1. המטופל יהא זכאי בתקופת הזכאות לשירות לפנות ביוזמתו ולבקש להתחבר למוקד באמצעות הערכה הביתית לשם קבלת השירות. במסגרת זכאות החינם כאמור בסעיף 4.1 להלן ינתן השירות עצמו ללא תשלום,



נספח 962

- 4.2. יבקש המטופל להסתייע בשירות בהיקף העולה על הזכאות חנים, יחויב חשבונו, בגין הזמן העודף (בכל שבוע ושבוע) בדמי שירות בסך 2 ש"ח + מע"מ עבור כל דקה נוספת. דמי השירות יהיו צמודים לשיעור עלייתו של מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן - "המדד") ממדד חודש דצמבר 1999 שפורסם ביום 15.1.2000 ועד למדד הידוע במועד כל תשלום בפועל (להלן - "התעריף הממודד"). מובהר כי במקרה של פרסום מדד שלילי או במקרה של מדד בשיעור אפס, לא יופחת התעריף.
- 4.3. יבקש המטופל שישלח לביתו רופא, או הציעה זאת האחות והמטופל קיבל את עצתה, אזי:
- 4.3.1. במידה והמטופל זכאי לביקור רופא בביתו כתב השירות של המבטח 'שירות רפואי בבית המבטח', יחויב חשבונו של המטופל בסך ההשתתפות העצמית בגין הביקור כנקוב בכתב השירות.
- 4.3.2. במידה והמטופל אינו זכאי לביקור רופא בביתו כמפורט בסעיף 4.3.1, יחויב חשבונו של המטופל בסך 150 ש"ח פלוס מע"מ.
- 4.4. בחר המטופל להמשיך את התקשרותו עם החברה לצורך קבלת השירות לתקופה העולה על תקופת הזכאות, יוכל לעשות זאת בתנאי שהודיע על כל לחברה לפחות 7 ימים מראש, והביע את נכונותו לחיוב חשבונו בסכום דמי השירות לפי מחירון החברה למנויים פרטיים.
- 4.5. עם חיבור המטופל למוקד, הוא ימסור לנציג החברה שיתקין בביתו את הערכה הביתית המחאה ע"ס 975 ש"ח (ערוכה לפקודת החברה). מתוך סכום המחאה ישמשו כפיקדון בסך 900 ש"ח להבטחת השבתה של הערכה הביתית במצב תקין לאחר תקופת הזכאות (או לאחר התקופה הנוספת בה בחר מרצונו ועל חשבונו להיות מנוי, המאוחר מבין השניים), ואילו הסכום של 75 ש"ח ישמש לתשלום עבור דמי ההתקנה (וסכום זה לא יוחזר).
- עם תום התקופה, ובלבד שיוחזר הציוד במצב תקין, יוחזרו למטופל 900 ש"ח ששילם כפיקדון.
- 4.6. מובהר בזאת שדמי השירות וכל התשלומים הנוספים משולמים לחברה על ידי המנוי בנוסף לדמי המנוי המשולמים לחברה ע"י המבטח. במידה וההסכם בין המבטח לחברה, ביחס למתן השירות למבוטחים לפי תנאי כתב השירות, יבוטל או לא יכובד על ידי המבטח, המטופל לא יהיה זכאי עוד להנות מהשירות.
- 4.7. דמי השירות וכל התשלומים האחרים המשולמים לחברה ע"י המטופל יהיו צמודים לשיעור עלייתו של מדד המחירים לצרכן, המתפרסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן: "המדד"), ממדד חודש דצמבר 1999 שפורסם ביום 15.1.2000 ועד למדד הידוע במועד כל תשלום בפועל (להלן: "התעריף הממודד"). מובהר כי במקרה של פרסום מדד שלילי או במקרה של מדד בשיעור אפס, לא יופחת התעריף.

- 3.7. במהלך התקשרות הראשונה עם המוקד יבוצע תהליך של פתיחת תיק רפואי עבור המנוי. באחריות המנוי, טרם היותו מטופל וכתנאי לכך, להעביר את כל הפרטים הרלוונטיים לארוע לשביעות רצון החברה.
- 3.8. העברת התיק הרפואי לשביעות רצון המנהל הרפואי של החברה ו/או המנהל הממונה, מהווים תנאי בסיסי למתן השירות ולהפיכת המנוי למטופל.
- 3.9. בראשית הפגישה עם נציג החברה כאמור לעיל, וכתנאי להתקנת הערכה הביתית, החיבור למוקד ולמתן השירות, יחתום המנוי על כתב שחרור למבטח בנוסח המצורף לכתב שירות זה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו. כמו כן, יחתום המנוי במהלך הפגישה על הוראת קבע בנקאית או על הרשאה לחיוב בכרטיס האשראי שלו בגין דמי השירות ו/או שירותים הניתנים תמורת תשלום (דוגמת הזמנת רופא לביקור בית), בגין כל תשלום עבור זמן שירות החורג מזכאות החינם, ובגין דמי התקנה.
- 3.10. בראשית ההתקשרות הראשונה למוקד בנוכחות נציג החברה, וכתנאי להמשך קיומה, יציג המנוי תעודת זהות שלו, ובמקרה שהפונה הוא מבטח נוסף בפוליסה, יתבקש המנוי הפונה להציג תעודת זהות שלו, המציינת את הקירבה האמורה (במקרה שהינו קטין שאין לו תעודת זהות, את תעודת הזהות של הבגיר אצלו הוא רשום). לא נכלל מי שהציג עצמו כמנוי על פי הפוליסה ברישומות שהעביר המבטח לחברה, תפנה החברה למבטח בשעות העבודה המקובלות של המבטח על מנת שזו יודא כי הפונה הינו אכן בגדר מנוי על פי הפוליסה.
- 3.11. רק לאחר השלמת הפעולות המצוינות בסעיפים 3.6 - 3.10 יתפוך המנוי למטופל ויהיה זכאי לקבלת השירות.
- 3.12. השימוש בערכה הביתית
- 3.12.1. המטופל מתחייב להשתמש בערכה הביתית שימוש זהיר בהתאם להוראות השימוש.
- 3.12.2. המטופל מתחייב להעמיד קו טלפון תקין וזמין (שלא באמצעות מרכזת) לשם קבלת השירות.
- 3.12.3. בכפוף לאמור לעיל ולהלן ולכח עליון, החברה אחראית לפעולתה התקינה של הערכה הביתית במובן זה שהחברה תהא אחראית לתיקון הערכה הביתית ו/או העמדת ערכה ביתית חלופית בתוך שני ימי עבודה מהמועד שנדרש לכך על ידי המטופל.
- החברה לא תהא אחראית לכל פגם או קלקול שהינו תוצאה פגיעה מכוונת, נפילה, קריעת חיווט, הפעלה שלא על פי הוראות השימוש.
- 3.13. החברה רשאית להקליט באופן חלקי או מלא את כל ההתקשרויות בין המוקד למטופל, והחברה ו/או המבטח יהיו רשאים לעשות כל שימוש בהקלטות אלה במסגרת הליכים שיפוטיים ו/או משמעתיים ו/או מעין שיפוטיים ו/או בוועדות חקירה ו/או בכל הליך של בירור מקצועי או ביטוחי, מכל סוג ומין, ולמטרות אלה בלבד, והמטופל מוותר על כל טענה או דרישה, לרבות כל טענה הנובעת מחוק הגנת הפרטיות ו/או חוק איסור האזנת סתר ו/או כל דין אחר שיתווסף עליהם ו/או יבוא במקומם.

5. כח עליון

היה והחברה לא תוכל לספק את השירות כתוצאה מאירוע של כח עליון (לרבות אך לא רק: מלחמה, אש, פרוצות, כוחות טבע, רעידת אדמה, כח עליון, שיבושים בתקשורת ו/או נפילת מערכות ו/או תשתיות תקשורת מכל סוג ומין ולרבות תקשורת וידאו קונפרנס, שביטות וסכסוכי עבודה), או נסיבות אשר הינן מעבר לשליטתה הסבירה לא ייחשב הדבר להפרה של התחייבותיה על פי ההסכם וכתב השירות, ולמטופל לא תהא כל זכות תביעה נגד החברה בקשר לכך.

6. אחריות

4. דמי שירות ותשלומים נוספים

- 4.1. הזכאות חנים אשר לה זכאי המטופל הינה עבור דקות חיבור למוקד באמצעות הערכה הביתית בהיקף של 30 דקות לשבוע במשך תקופת הזכאות לשירות, ללא הגבלה על מספר הפניות במשך השבוע (לדוגמה - רשאי המטופל לקיים מול המוקד 30 פניות של דקה או 2 פניות של 15 דקות). מובהר כי החישוב הינו לכל שבוע בנפרד וכי ניתן לצבור דקות עודפות ולהעביר משבוע לשבוע.

נספח 962

לתקלות ושיבושים - כאמור בסעיף 6.7, ולפיכך המטופל מוותר על כל תביעה, דרישה או טענה נגד החברה, עובדיה, שלוחיה וכל מי מטעמה, הן מכח כל עילה שבניזקין והן על פי כתב שירות זה, בגין כך שלא הצליח ליצור קשר באמצעות הערכה הביתית עם המוקד ו/או בגין זאת שקריאתו לא נקלטה ו/או נקלטה באופן חלקי או משובש ו/או בגין כל שינוי בהיקף השירות ולרבות הפסקתו עקב אילוצים שבדין.

6.9 המטופל מסכים בחתימתו על כתב שירות זה, שלא לתבוע את המבטח או כל אדם או גוף אחר הקשורים בדרך כלשהי למבטח, וכי לא תהא לו כל תביעה לגבי מצג מצד המבטח בקשר עם השירות, וכי זכויותיו יהיו מוגבלות להגשת תביעה כנגד החברה בנושאים אשר החברה קיבלה על עצמה במפורש את האחריות גביהם על פי כתב שירות זה.

7. ביטול כתב השירות

7. תוקף כתב שירות זה יפוג בקרות אחת המקרים דלהלן, הקודם מביניהם:

7.1 כאשר הפוליסה תבטל בהתאם לאמור בתנאיה.

7.2 כאשר המבטח סיים את התקשרותו עם החברה. במקרה דנן ימסור המבטח הודעה על כך לכלל המבוטחים בכתב 90 יום מראש.

8. בורות

- 8.1 מוסכם בזאת, כי כל סכסוכים וחילוקי דעות, מכל מן וסוג שהוא, שיתגלעו בין הצדדים בקשר להסכם זה או בכל ענין הנובע ממנו, יובאו להכרעתו של בורר בישראל שזהותו תקבע על ידי ראש לשכת עוה"ד בישראל לפי פניית מי מהצדדים אליו.
- 8.2 הבורר יהיה כפוף לדין המהותי במדינת ישראל אך הוא לא יהיה כפוף לדיני הראיות ולסדרי הדין.
- 8.3 הבורר יהא רשאי ליתן החלטות ביניים, צווים זמניים ופסקי - דין חלקיים (להלן - "החלטות").
- 8.4 הבורר ינמק את החלטותיו.
- 8.5 הבורר יהא רשאי להכריע גם בשאלת סמכותו על פי הסכם זה.
- 8.6 שכר טרחת הבורר והוצאותיו ישולמו בהתאם להחלטת הבורר.
- 8.7 חתימת הצדדים על הסכם זה מהווה אף חתימה על הסכם בורות לצורך חוק הבוררות, תשכ"ח - 1968.

נחתם על ידי החברה: (בהתאם להוראות סעיף 4.5)

ע"י (שם מלא): _____
המאשר קבלת הסך של _____ ש"ח בהמחאה שפרטיה הינם _____, מהמטופל דלהלן ביום _____.

הצהרת המני וכתב שחרור (בהתאם להוראות סעיף 3.8)

אני הח"מ _____ (ת.ז. _____) מרח' _____ (מצהיר, מאשר ומתחייב בזאת, כי קראתי בעיון את כל כתב השירות דלעיל של שירותי סקונד אופניון ישראל (1995) בע"מ (להלן - "סקונד אופניון") בתחום השירות כהגדרתו בכתב שירות זה והבנתי את תוכנו, ובהסתמך על כך ומתוך שיקול דעת עצמאי ומלא שניתן לי, אני מסכים ללא הסתייגות שכל האמור בכתב השירות יחול עלי ויחייב אותי. ידוע לי שסקונד אופניון אינה אחראית לכל מעשה או מחדל שנעשו על ידי הצדדים השלישיים (למעט נותני השירות שיעסקו במוקד) בין אם נעשו ברשלנות, בתום לב או במתכוון.

כמו כן, ידוע לי וברור לי ואני מסכים לכך מתוך בחירה חופשית, כי המבטח לא יהיה אחראי בכל דרך וצורה שהיא, בין במישרין ובין בעקיפין, לטיב ואיכות השירות שאקבל מסקונד אופניון וכן לא יהיה אחראי בגין כל מעשה או מחדל, שנעשו ע"י סקונד אופניון, בין אם נעשו ברשלנות, בתום לב או במתכוון.

6.1

6.1.1. האחריות בגין מתן השירות או בגין אי נתינתו ו/או בגין רשלנות מקצועית או אחרת של נותן השירות תחול על נותן השירות ו/או על החברה (בכפוף לאמור בסעיף 6.1.3 להלן) עפ"י כל דין, ובכל מקרה לא תחול על המבטח.

6.1.1.2. לעניין יחסי החברה ונותן השירות ומבלי לגרוע מהאמור בסיפא של סעיף 6.1.1 לעניין המבטח, מובהר כי אין לראות באמור בסעיף 6.1.1 משום הסכם לטובת צד ג' (נותן השירות) לפיו משחררת אותו החברה מאחריות כלשהי ו/או מתחייבת (בין בעצמה ובין בשם כל מבטח מטעמה) שלא לפנות או לחזור בתביעות כלפי נותן השירות.

6.1.1.3. אחריותה של החברה הינה עד ובגדר חבותה החוקית על פי כל דין.

6.2. החברה מקבלת על עצמה את האחריות כלפי המטופל למתן השירות, ולשם כך תהא אחראית לקיום המערך הארגוני במדינת ישראל הדרוש למתן השירות, לרבות העסקת האחיות ו/או המנהל הרפואי ו/או הממונה, ולקיום יתר התחייבויותיה כאמור בכתב השירות.

6.3. מובהר, כי החברה אינה קשורה בדרך כלשהי עם מד"א ו/או כל מוקד חירום אחר, וכי אינה נוטלת על עצמה כלפי המטופל כל התחייבות להזעיק במקרים כלשהם את מד"א או את כל מוקד חירום אחר, וכי אם וככל שתעשה כן היא לא תהא אחראית בשום אופן לטיב הטיפול ו/או לכל מעשה או מחדל של רופאי ו/או אנשי מד"א או כל מוקד חירום אחר.

6.4. מובהר בזאת כי החברה אינה מספקת בעצמה את השירות של ביקור רופא בבית המטופל, ועל כן במקרה של הפניית רופא לביקורי בית תצא החברה ידי חובתה עם מסירת הפנייה לחברה שעיסוקה בהפניית רופאים לביקורי בית. בכל מקרה, החברה לא תהא אחראית בשום אופן לטיב הטיפול ו/או לכל מעשה או מחדל של רופא ביקורי הבית, לרבות, אך לא רק, לגבי זמן הגעתו לביתו של המטופל, והאחריות בהקשר לשירות זה חלה על הרופא שנשלח ו/או על החברה המעסיקה אותו.

6.5. החברה לא תהיה אחראית לטיב השירות הניתן על ידי צדדים שלישיים מכל סוג ומין (לרבות ו/או רופא הנשלח לערוך ביקור בית אצל המטופל, ו/או שירותי אמבולנס וצוותו) (להלן - "הצדדים השלישיים"), וזאת בין אם הצדדים השלישיים נשלחו לבית המטופל על פי בקשת המטופל ובין אם נשלחו לשם בהמלצת המוקד.

6.6. מובהר כי אחריותה של החברה כלפי המטופל בהתאם לכתב השירות לא תעלה בשום מקרה על חבותה החוקית על פי כל דין.

6.7. המטופל מצהיר כי הינו מודע לכך שקיימת אפשרות לשתק, לנטרל, לשבש או להוציא מכלל פעולה את הערכה הביתית ואת ציוד הוידאו קונפרנס - ו/או את ציוד הטלרפואה ו/או את פעולת המוקד, וכן כי קיימת אפשרות כי הקשר בין הערכה הביתית לבין המוקד ישובש או יפגע במזיד או שלא במזיד, בין היתר כתוצאה מפגעי טבע ומזג האוויר, תקלות בשירותי תקשורת מכל סוג ומין, וכל תופעת טבע או סיבה אשר לחברה אין שליטה עליהם. לפיכך, המטופל פוטר את החברה מכל אחריות לכל נזק במקרים שפורטו לעיל, ומכל אחריות לנזק שנגרם לו כתוצאה מקלקול או תקלה בפעילות המוקד ו/או הערכה הביתית ו/או כל ציוד אחר המקשר ביניהם.

6.8. מבלי לגרוע מכלליות האמור בסעיף 6.7 לעיל, המני מצהיר כי ידוע לו כי התחום של התייעצות סיעודית ו/או פרה-רפואית ו/או רפואית, באמצעות טלרפואה, הינו תחום חדש הנמצא בתהליך התפתחות טכנולוגית וחוקית, וככזה כפוף לשינויים במסגרת החוקית המסדירה אותו, רגיש

TOP בריאות מושלמת
פוליסה לכיסוי הוצאות רפואיות בארץ ובעולם

כל הסכמים המצוינים להלן צמודים למדד המחירים לצרכן המתפרסם מידי חודש ונכונים למדד הידוע ביום 1/9/2001 (9462 בנקודות)

- גיל כניסה מקסימלי - 69 שנה.

מבנה הפרמיה

פרמיה משתנה: הפרמיה תיקבע אחת לשנה בהתאם לגילו של המבוטח בהתייחס לפרמיה הנגבית מקבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח. החל מגיל 70 הפרמיה תוותר קבועה.

תנאי ביטול
תנאי ביטול הפוליסה על-ידי המבוטח

המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב והביטול ייכנס לתוקפו עם 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 במועדם.
 2. המבוטח העלים מ"מנורה" עובדה מהותית.
 3. המבוטח הגיש ל"מנורה" תביעה כוזבת או תביעת מרמה לתשלום תגמולי הביטוח.
- בכל אחד מהמקרים שלעיל, הביטול יעשה בכפיפות להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.

חריגים
החרגה בגין מצב רפואי קיים

מצב רפואי קיים משמעו, מצב בריאות, תופעה, מחלה, מום או נכות או תוצאות מחלה או תאונה קיימים או שהיו קיימים אצל המבוטח לפני מועד תחילת הביטוח ו/או במהלך תקופת האכשרה. 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 ממצב רפואי קיים.

על אף האמור לעיל, אם הצהיר המבוטח על מצב בריאות קיים והמציא למבטח את המידע הנוגע למצבו הרפואי לא יחול האמור לעיל, אלא אם הוחרג במפורש על ידי המבטח.

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

סייגים לחבות "מנורה"

ראה פירוט החריגים בסעיף 4 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, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות.

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, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, מוות כתוצאה מניתוח.

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

משך תקופת הביטוח

כל החיים.

תנאים לחידוש אוטומטי

מבוטח שבמועד תחילת הביטוח עדין לא מלאו לו 18 שנה, יפקע תוקף הביטוח שלו בהגיעו לגיל 21. הודעה על כך תימסר על ידי "מנורה" 90 יום מראש ובה יצוין למבוטח על זכאותו לחדש את הפוליסה ללא כל צורך בחיתום מחדש. ביקש המבוטח בהגיעו לגיל 21 להמשיך להיות מבוטח בביטוח זה, תנפיק "מנורה" עבורו פוליסה חדשה בהתאם לתנאים כפי שיהיו במועד הבקשה, ללא צורך בחיתום מחדש.

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 ג' – התייעצות עם רופאים מומחים, בפרק ח' – תרופות מיוחדות, ובעת 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 1.1.2003. 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

כמפורט בדף הרשימה.

הערות:

 - ילדים שיצטרפו לאחר גיל 18, תגבה מהם פרמיה של בוגר (גיל 21-29) ותופק עבורם פוליסה אישית.
 - ילד רביעי ואילך עד גיל 18 - חינם.

פירוט הכיסויים:

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס / שב"ן	צורך באישור מראש של "מנורה" והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	השתתפות עצמית	תיאור הכיסוי	ניתוח פרטי בארץ (כיסוי לכל סוגי הניתוחים)
יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי	-	שיפוי	-	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, תותבת עד 13,815 ש"ח, אחות פרטית 460 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).	
יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה	מוסף	השיפוי המלא מותנה באישור מראש של "מנורה", אחרת ישולם החזר בגובה הסכום שהיה משולם לנותני שירותים שבהסכם.	שיפוי	-	שיפוי מלא בבתי חולים בחו"ל. במקרים המוגדרים בפוליסה, יכוסה גם כרטיס טיסה למבטח עד \$ 2,000 וכרטיס טיסה והוצאות למלווה עד \$ 1,500.	ניתוח פרטי בחו"ל (כיסוי לכל סוגי הניתוחים)
יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי	אישור רופא מומחה בדרגת מנהל/סגן מנהל מחלקה	שיפוי	-	עד \$ 1,000,000, כולל הוצאות נלוות כמפורט בפוליסה.	השתלות בישראל ובחו"ל ללא צורך באישור משרד הבריאות
יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה	מוסף	-	פיצוי	-	גמלת החלמה לאחר השתלה: 5,756 ש"ח למשך 24 חודשים (למבטח עד גיל 18 – מחצית הסכום).	
יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי	אישור רופא מומחה בישראל בדרגת מנהל מחלקה/ סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש וכן אישור רופא מטעם "מנורה"	שיפוי	-	עד \$ 100,000, כולל הוצאות נלוות כמפורט בפוליסה.	טיפולים מיוחדים בחו"ל ללא צורך באישור משרד הבריאות
יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי בארץ ומוסף בחו"ל	בהתייעצות בחו"ל נדרש אישור מטעם רופא "מנורה" לנסיעה לחו"ל לצורך קבלת חוות דעת שלא באמצעות תקשורת נתונים	שיפוי	יש	התייעצות לפני ניתוח: בארץ – 3 התייעצויות בשנה, החזר 80% ועד 460 ש"ח. בחו"ל – התייעצות אחת בשנה, 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 בשנה, החזר 75% ועד 345 ש"ח.	התייעצות עם רופאים מומחים
אין קיצוז	מוסף	-	פיצוי	-	פיצוי על אשפוז ממחלה - 460 ש"ח ליום, החל מהיום הרביעי לאשפוז ועד היום השביעי.	אשפוז כתוצאה ממחלה
אין קיצוז	מוסף	-	פיצוי	-	פיצוי בגובה 402,932 ש"ח בעקבות מחלת המבטח ב-AIDS בהתאם לתנאי הפוליסה.	מענק חד פעמי לפיצוי בגין הדבקות במחלת ה-AIDS
אין קיצוז	מוסף	-	פיצוי	-	פיצוי חודשי בסך 4,604 ש"ח לחודש לתקופה של עד שנה, במקרה אי כושר מוחלט בעקבות הידבקות, בגיל 21 ומעלה. תקופת המתנה: 3 חודשים.	פיצויים חודשיים בגין הדבקות בנגיף הפטיטיס B

נספח 962

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס / שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי	עד 507,074 ש"ח.	507 ש"ח לחודש	שיפוי	אישור מראש של "מנורה" לרכישת התרופה	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
מוות כתוצאה מניתוח	פיצוי בסך 77,153 ש"ח במקרה מות המבוטח כתוצאה מניתוח.	-	פיצוי	-	אין קיזוז
שירות רפואי בבית המבוטח	ביקורי רופא במשך כל שעות היממה, בכל ימות השנה (למעט יום כיפור). לקבלת השירות חייג: 1 800 35 1100	40 ש"ח למבוטח	-	-	אין קיזוז
שירותי בדיקה תקופתית	אחת לשנה בבית המבוטח (למבוטחים מעל גיל 14). לקבלת השירות חייג: 1 800 35 1100	90 ש"ח למבוטח	-	-	אין קיזוז
שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים	טיפול עזרה ראשונה כמפורט בכתב שירות, 24 שעות ביממה ברשת מרפאות הסדר בפריסה ארצית לקבלת השירות חייג: 1 800 35 1100	-	-	-	אין קיזוז
מוקד מושלמת בשידור	המוקד יספק שירותים הבאים באמצעות מקלט הטלוויזיה: מעקב רפואי מאת רופא ואחיות 24 שעות ביממה, ייעוץ תזונתי, בנוסף לילדים המחלימים מניתוח: שיעורים פרטיים. לקבלת השירות חייג: 03 5769282	-	-	-	אין קיזוז

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

ביטוח משלים - ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או 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.