

תנאים כלליים לביטוח "כמו גדולים" TOP בריאות מושלמת לילדים שתלווה אותם כל החיים

- 1.8. **הנספח:** נספח תגמולי הביטוח.
- 1.9. **דמי הביטוח:** הסכום שעל ההורים ו/או מי שהגיש את הצעת הביטוח ו/או המבוטח לשלם למבטח, על פי תנאי הפוליסה, כמפורט ברשימה.
- 1.10. **ישראל:** מדינת ישראל לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.11. **חו"ל:** כל מדינה מחוץ לישראל למעט מדינות אויב.

1.12. **חברת EUROCROSS INTERNATIONAL:** חברת הסיוע הרפואי הבינלאומית EUROCROSS INTERNATIONAL איתה קשור המבטח בהסכם.

1.13. **רשת EUROCROSS INTERNATIONAL:** קבוצת בתי חולים, רופאים, ונותני שירותים רפואיים אחרים החתומים על חוזים עם המבטח או עם חברת EUROCROSS INTERNATIONAL למתן שירותים רפואיים למבוטחים ברחבי העולם ו/או כל חברה בינלאומית אחרת שתערוך עם המבטח הסכם דומה בנוסף או במקום החוזים האמורים.

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.

2. תוקף הפוליסה:

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 המבוטח.

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.

3. חובת גילוי:

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 ישירות או באמצעות הוריו ו/או ישלם ישירות לספקי השירות ו/או יפצה את המבוטח ישירות או באמצעות הוריו - הכל בהתאם למחויבויות המבטח על פי כל אחד מפרקי הביטוח.

1. הגדרות

יחולו על כל פרקי הביטוח.

בפוליסה זו, אם לא נאמר במפורש אחרת: -

- 1.1. **המבטח:** מנורה חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2. **המבוטח:** ילד או ילדה, נער או נערה, אשר בעת ההצטרפות לביטוח טרם מלאו להם 18 שנה, ואשר שמו/ם נכתב ברשימה.
- 1.3. **הורים:** אבא או אמא או שניהם יחדיו, שהינם האפוטרופסים הטבעיים של המבוטח ו/או מי שימונה על ידי בית המשפט להיות אחראי על המבוטח.
- 1.4. **המוטב:** המבוטח או המבוטח באמצעות הוריו (אם גילו נמוך מ-18 שנה).
- 1.5. **הצעת הביטוח:** הבקשה שהגישו ההורה/ים או הסבא/הסבתא, בה ביקשו לצרף את ילדם או ילדתם ו/או נכדם או נכדתם כמבוטח 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.
- 1.6. **מקרה ביטוח:** ארוע כמוגדר בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפי הענין, בגינו זכאי המבוטח לקבל מאת המבטח תגמולי ביטוח, הכל בכפוף לתנאים, לחריגים ולסייגים בפוליסה.
- 1.7. **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.

נספח 935

בתשלום דמי הביטוח.
במקרה מות ההורה המשלם הפוליסה תבוטל אלא אם
בן משפחה אחר יקח על עצמו את תשלום דמי
הביטוח.

5. תנאי הצמדה

- 5.1. תגמולי הביטוח ודמי הביטוח יהיו צמודים למדד.
5.2. המדד היסודי הינו המדד האחרון הידוע בתחילת
הביטוח.
5.3. המונח "היום הקובע" הוא:
5.3.1. **לגבי תשלום דמי הביטוח** - יום תשלום
בפועל למבטח.
5.3.2. **לגבי תשלום תגמולי ביטוח** - יום התשלום על
ידי המבטח.
5.4. המדד הקובע - המדד האחרון שפורסם לפני היום
הקובע.
5.5. תגמולי הביטוח ודמי הביטוח יוצמדו לשיעורי עלית
המדד, מן המדד היסודי ועד המדד הקובע.

6. ביטול הפוליסה וחידושה

- 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 עם קבלת ההודעה על
ידי המבטח.
6.2. המבטח יהיה רשאי להודיע למבטוח על ביטול הביטוח
בכל אחד מהמקרים הבאים:
6.2.1. המבטוח אינו משלם או לא שולמו בגינו דמי
הביטוח במועדם כאמור בסעיף 4 לעיל
(הביטול יעשה בכפיפות להוראות חוק חוזה
הביטוח, התשמ"א - 1981).
6.2.2. המבטוח העלים מהמבטח עובדה מהותית.
6.2.3. המבטוח הגיש למבטח תביעה כוזבת או
תביעת מרמה לתשלום תגמולי הביטוח.
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, יהיו ההורים או מי שהגיש
את הצעת הביטוח זכאים להעביר את הבעלות על

ניתנו על ידי ההורים בשם המבטוח תשובות או הצהרות שאינן
מלאות וכנות לשאלות הנוגעות למצב בריאותו ועיסוקיו של
המבטוח, או שלא הובאו לידיעת המבטח עובדות הנוגעות
בענין מהותי לעניינים אלה, אשר אילו הובאו לידיעתו לא היה
המבטח מתקשר על פי פוליסה זו, יחולו ההוראות הבאות:

- 3.1. נודע הדבר למבטח בטרם קרה מקרה הביטוח, יהא
המבטח רשאי לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב
להורים ו/או למבטח, והמבטח יחזיר במקרה כזה את
דמי הביטוח ששולמו בתוספת הפרשי הצמדה וריבית
כדין.
3.2. נודע הדבר למבטח לאחר שקרה מקרה הביטוח, יהא
המבטח חייב בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי,
כחס 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.
3.3. האמור לעיל לא יגרע מכל תרופה לה זכאי המבטח על
פי כל דין.

4. דמי הביטוח ודרך תשלומם

- 4.1. דמי הביטוח ישולמו למבטח על ידי ההורים ו/או על ידי
מי שהגיש את הצעת הביטוח ו/או על ידי המבטח.
4.2. זמן הפירעון של דמי הביטוח הוא האחד בחודש בו
נקבע תשלומם.
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.
4.4. לדמי ביטוח שלא שולמו במועדם, 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
שיעור הריבית לא יעלה על שיעור הריבית המרבי
בהתאם לחוק הריבית, התשי"ז - 1957.
4.5. המבטח יהיה זכאי לשנות את דמי הביטוח והתנאים
של ביטוח זה לכלל המבוטחים בביטוח זה, אך לא
לפני 1.1.2001. שינוי כזה יהא תקף בתנאי שהמפקח
על הביטוח אישר את השינוי, ולאחר 30 יום מהיום
שבו הודיע המבטח בכתב למבטוח על כך. שונו דמי
הביטוח כאמור, יחושבו דמי הביטוח החדשים ללא
התחשבות בשינוי שחל במצב בריאותו של המבטוח
במשך התקופה שקדמה לשינוי כאמור.
4.6. במקרה מוות של שני ההורים של המבטוח תוך
תקופת הביטוח וטרם הגיע המבטוח לגיל 21 שנה,
תשורר הפוליסה מתשלום דמי הביטוח עד הגיע
המבטוח לגיל 21. החל ממועד זה יהיה המבטוח חייב

נספח 935

7.8. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצויינים בכל פרק לפי הענין.

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

7.10. היתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבוטח מיד לאחר ששילם למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילם ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מהצד השלישי שיפוי מעל תגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבוטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבוטח ישירות או באמצעות ההורים (אם גילו נמוך מ-18 שנה). עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבוטח, עליו לפצותו בשל כך ישירות או באמצעות ההורים (אם גילו נמוך מ-18 שנה). המבוטח, ישירות או באמצעות ההורים (אם גילו נמוך מ-18 שנה) מתחייב לשתף פעולה ככל שידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבוטח כאמור.

בהתייחס לפרק ד' בלבד: "צד שלישי" - לרבות קופות החולים.

7.11. בוטחו מקרי הביטוח כולם או מקצתם אצל יותר ממבוטח אחד לתקופות חופפות, על המוטב 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 מבטחים אחרים, יהא המבוטח זכאי להתנות את תשלום תגמולי הביטוח בהמחאת זכויותיו של המבוטח על פי הפוליסות האחרות למבוטח לגבי סכום תגמולי הביטוח העולים על חלקו היחסי של המבוטח בהוצאות שהוצאו בפועל.

7.12. המבוטח לא יהא זכאי לתגמולי ביטוח נוספים **מסוג שיפוי** בשל פוליסות אחרות, דומות או זהות, אצל המבוטח, בשל אותו מקרה ביטוח או אותו מצב או ליקוי בריאותי או בשל טיפול רפואי או חלק ממנו. ערך המבוטח למבוטח פוליסות נוספות כאמור, יחזיר לו ישירות או באמצעות ההורים (אם גילו נמוך מ-18 שנה) את דמי הביטוח עבור הפוליסות הנוספות מהמועד בו נתגלה כפל הביטוח.

8. חריגים:

8.1. חריגים כלליים:

המבוטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על פי אחד או יותר מפרקי

הפוליסה למבוטח, זאת על ידי משלוח הודעה מתאימה למבוטח וע"י המרת הוראת הקבע הבנקאית ו/או הוראת תשלום אחרת (כולל כרטיס אשראי) לתשלום דמי הביטוח בהוראה דומה חתומה על ידי המבוטח.

7. תביעות ותגמולי ביטוח

7.1. הודעה על כל אירוע שהוא מקרה ביטוח תימסר למבוטח בכתב ע"י המוטב בזמן סביר, מהר ומוקדם ככל שניתן. להודעה יצורפו כל הפרטים אודות התביעה וימואל טופס תביעה שהמבוטח 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 המבוטח ו/או באמצעות מוקד החירום בשעות בהן משרדי המבוטח סגורים.

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

7.3. המבוטח יהא רשאי, לפי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלמם למוטב כנגד קבלות מקוריות.

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

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 המבוטח בתוספת היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום כזה.

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

7.7. נפטר המבוטח, ישלם המבוטח 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 המבוטח היתרה ליורשיו החוקיים של המבוטח.

נספח 935

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.

8.1.6. מקרה הביטוח נגרם כתוצאה מתאונת עבודה ו/או כתוצאה מתאונה הנובעת משירות צבאי (חובה, קבע או מילואים) ו/או מתאונת דרכים המכוסה על פי חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה - 1976. חריג זה לא יחול על הכיסוי לפי פרק ט'.

8.1.7. 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.

8.1.8. תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (אידס) ובמחלות: HUMAN T-CELL LYMPHATROPIC VIRUS TYPE III (HTLV) ASSOCIATED VIRUS (LAV) ו/או מחלות או מצבים שהם מוטציות או וריאציות למחלת האידס 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 חורף, רכיבה

הפוליסה, בכל הנובע במישרין או בעקיפין מאחד המקרים הבאים:

8.1.1. 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.

8.1.2. על אף האמור בסעיף 8.1.1. לעיל, אם הצהיר המבוטח באמצעות ההורים על מצב בריאות קיים והמציא באמצעות ההורים למבטח את המידע הנוגע למצבו הרפואי לא יחול סעיף 8.1.1 לעיל, אלא אם הוחרג במפורש על ידי המבטח.

8.1.3. 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 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 המבטח לקבל את המועמד לביטוח - המאוחר מביניהם, ומסיימה זכאי הוא לקבל תגמולי ביטוח לפי הפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בתקופת ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף מבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות.

8.1.4. על אף האמור בסעיף 8.1.3 לעיל, לא תהיה תקופת אכשרה למקרה של תאונה כהגדרתה בפרק ט'.

8.1.5. מומים מולדים; ניתוחים קוסמטיים או אסתטיים; ניתוחי עיניים לתיקון קוצר ראייה באמצעות לייזר; ניתוחי Gastroplasty; ניתוחי ברית מילה; ניתוחי שיניים, ניתוחי חניכיים, ניתוחי פה ולסת, ניתוחי השתלת שתלים דנטליים וכל ניתוח המבוצע על ידי רופא שיניים; ניתוחים הקשורים בפוריות או בעקרות, פעולות ניתוחיות הקשורות בהריון, הפסקת הריון, לידה למעט לידה בניתוח

נספח 935

3 לעיל ובמקרה של מתן תשובה שאינה מלאה וכנה או העלמת עובדה בקשר לכך יחולו הוראות סעיף 3 לעיל.

10. 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 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.

11. התיישנות

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

12. הודעות

12.1. הודעה של המבטח להורים ו/או ו/או למגיש הצעת הביטוח ו/או למבוטח, לפי העניין, תינתן לפי מענם האחרון שנמסר בכתב למבטח. ההורים ו/או מי שהגיש את הצעת הביטוח ו/או המבוטח מתחייב להודיע למבטח בכתב על כל שינוי בכתובתו.

12.2. 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.

13. 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.

14. נספחי הפוליסה

הוראות פוליסה זו יחולו גם על נספחיה, בשינויים המחויבים.

15. מקום השיפוט

מקום השיפוט הבלעדי בכל הקשור בפוליסה הוא בתל אביב.

פרק א' - ניתוח פרטי בארץ

על סוסים, סקי מים, דאיה, גלישה, צניחה, סנפלינג, טיפוס הרים, בנג'י, נהיגה בטרקטורים, צייד.

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 בסעיף 8.1.6 לעיל יגבר האמור בסעיף 8.1.6.

8.1.12.3. סיכון עצמי במתכוון, פרט להגנה עצמית והצלת נפשות. במקרה של סתירה בין האמור בסעיף זה לבין האמור בסעיף 8.1.6 לעיל יגבר האמור בסעיף 8.1.6.

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. המבטח אינו אחראי לטיפול ולתוצאותיו:

למען הסר ספק מובהר ומוסכם בזאת כי בחירת הרופא המטפל על פי הסכם זה והטיפול 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. 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

נספח 935

1.10. **תותבת:** למעט תותבת שיניים או שתל 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').

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

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

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

3.1. **שכר מנתח בבי"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 ההוצאות 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. **תותבת אביזר מושתל:** בוצע במבוטח בבית חולים פרטי ניתוח, ובמהלך הניתוח הושתלה במבוטח

1. הגדרות:

1.1. **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 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: M.R.I., C.T.).

1.2. **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.

1.3. **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 חברת EUROCROSS INTERNATIONAL.

1.6. **מנתח הסכם:** רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שהסכים לקבל ישירות מאת המבטח ו/או מאת חברת EUROCROSS INTERNATIONAL 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 חברת EUROCROSS INTERNATIONAL.

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.

נספח 935

- 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 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.
- 2.2. **שכר רופא מרדים בבית חולים פרטי:** המבטח ישלם ישירות את הוצאות הרופא המרדים בגין הרדמה שבוצעה במבטח בעת ניתוח או יחזיר הוצאות אלה למוטב 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 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.
- 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 למוטב 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 למוטב על פי תעריף המבטח לסוג הניתוח שבוצע.
- 2.6. **תותבת אביזר מושלל:** בוצע במבטח בבית חולים מוסכם ניתוח, ובמהלך הניתוח הושללה במבטח תותבת כלשהי, ישתתף המבטח בעלות התותבת הנ"ל עד לתקרת הסכום הנקוב בנספח.
- 2.7. **שכר אחות פרטית/אח פרטי בעת ניתוח:** המבטח יחזיר הוצאות אלה למוטב 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 המבטח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי החולים.

- תותבת כלשהי, ישתתף המבטח בעלות התותבת הנ"ל עד לתקרת הסכום הנקוב בנספח.
- 3.7. **שכר אחות פרטית/אח פרטי בעת ניתוח:** המבטח יחזיר הוצאות אלה למוטב 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 המבטח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי החולים. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים אותה עת בשירותי מגן דוד אדום.
- 3.9. **תגמולי ביטוח מיוחדים:**

3.9.1. המציא המבטח 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 למוטב סכום השווה למחצית ערכו של הטופס בביה"ח בו בוצע הניתוח במידה והניתוח בוצע בבי"ח ציבורי או למחצית הסכום בגינו זוכה המבטח במידה והניתוח בוצע בבי"ח פרטי, ובלבד שהניתוח שבוצע הינו ניתוח אלקטיבי.

3.9.2. המציא המבטח 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 למבטח סכום השווה לרבע ערכו של הטופס בביה"ח בו בוצע הניתוח במידה והניתוח בוצע בבי"ח ציבורי או לרבע הסכום בגינו זוכה המבטח במידה והניתוח בוצע בבי"ח פרטי, ובלבד שהניתוח שבוצע הינו ניתוח אלקטיבי.

פרק ב' - ניתוח פרטי בחו"ל

1. **מקרה הביטוח:** מקרה הביטוח על פי פרק זה הינו ניתוח אלקטיבי שעבר המבטח בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח. **תנאי מוקדם לתשלום ההוצאות הקשורות במקרה הביטוח הינו כי המבטח עבר את הניתוח בתיאום עם המבטח.**
2. **המבטח מתחייב לשאת בהוצאות הקשורות במקרה הביטוח כדלקמן:**

נספח 935

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. **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 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 המבוטח אישר את קביעתו - המבוטח טל לחו"ל.

3.3. המבוטח ישלם למוטב תגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בגין התייעצות, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח. בנוסף, בכפוף לאישור זכאות, ישפה המבוטח 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 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 העצמות 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:

2.9. בנוסף לכיסוי ההוצאות הרשומות לעיל, ישתתף המבוטח 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.

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. המבוטח 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**

2.1. **רופא מומחה:** רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחומו.

2.2. **מקרה הביטוח:** התייעצות שלא לפני ניתוח שקיים המבוטח עם רופא מומחה.

2.3. המבוטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 75% מההוצאות שהוציא המבוטח בגין התייעצות, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח.

נספח 935

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

3.1.2. תשלום עבור אשפוז המבוטח 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 הסטה 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 הפוליסה, 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 המבוטח למבוטח בחייו גמלה נוספת שתיקרא "גמלת החלמה" (להלן: "הגמלה") כדלהלן ובלבד שסך כל התשלומים שישלם המבוטח על פי סעיף 3.1 לא יעלה ביחד על הסך הנקוב בנספח בגין השתלה:

1.2.1. לא ניתן לבצעו מבחינה רפואית בישראל ואין לו טיפול חליפי בישראל.

1.2.2. ביצוע הטיפול המיוחד מקובל 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 הלסינקי.

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 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. מוצהר 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 בסעיף 7.10 בפרק המבוא.

מובהר כי השתלה ו/או טיפול מיוחד חוזר/ים 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

נספח 935

במהלך ניתוח שבוצע בבית חולים במהלך תקופת הביטוח.

2. **תגמולי הביטוח:** על אף האמור בסעיף 8.1.8 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 הידבקו באיידס אירעה במהלך ניתוח שבוצע בבית החולים.

פרק ז' - פיצויים חודשיים בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס B

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 ומוצרו 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 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:

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

3.1.10.2. 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:** 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' 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 ומוצרו אשר ניתנו לו

נספח 935

(שתי הידיים, שתי הרגליים או יד ורגל) עקב שיתוק כתוצאה ממחלה חריפה.

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 המבטוח 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. **תקף הביטוח על פי פרק זה יפוג בהגיע המבטוח לגיל 21.**

פרק ט' - פיצוי במקרה של נכות שארעה עקב תאונה

1. הגדרות בפרק זה:

1.1.1. **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

תאונה שגרמה למבטוח נכות צמיתה בתקופת הביטוח.

3. תגמולי הביטוח

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

איבר הגוף	איבר הגוף	ימין	שמאל
עין אחת	30% זרוע	75%	65%
שתי עיניים	100% אמה	65%	55%
אוזן אחת	20% כף יד	60%	50%
שתי אוזניים	50% בוחן יד	25%	20%
רגל (מעל הברך)	60% אצבע יד	15%	12%
ירך	70% אמת יד	12%	10%
כף רגל	50% קמיצת יד	10%	8%
בוחן רגל	5% זרת יד	12%	10%
אצבע רגל אחת	3%		

1.1. **סרטן** - המבטוח ייחשב כחולה אשר נתגלתה בו מחלת סרטן ממארת, אם נקבע כי קיים בגופו (ברקמה ו/או ברקמות גופו ו/או במערכת הלימפטית שלו ו/או במערכת הדם שלו) גידול ממאיר המאופיין על ידי גידול בלתי מבוקר ומפושט של תאים ממאירים. סרטן במשמעותו לעיל כולל בתוכו את מחלות הוצ'קין ולוקמיה.

אין מחלת הסרטן במשמעות ביטוח זה כוללת:

1.1.1. גידולי עור ו/או סרטן מסוג Basal cell carcinoma, למעט מלנומה.

1.1.2. מצבים טרום סרטניים (מצב מוקדם לסרטן).

1.1.3. סרטן שקדמה להופעתו מחלת האיידס או מוטציות שלה.

גילוי סרטן כמוגדר לעיל ייחשב רק אם הוא מבוסס על אבחנה חד משמעית של רופא פתולוג מוסמך, כאשר החלטתו מבוססת על קריטריון של קיום מצב מוחלט של ממאירות, וכאשר זו נתמכת בהוכחה מיקרוסקופית של בדיקת הרקמות על ידי ביופסיה ו/או של בדיקת דגימות הדם הנוגעות בדבר (כאשר מדובר בסרטן הדם).

1.2. **אי ספיקת כליות כרונית** - המבטוח ייחשב כחולה אשר נתגלתה אצלו אי ספיקת כליות כרונית, אם הוא סובל מחוסר תפקוד כלייתי כרוני בלתי הפיך המחייב חיבור להמודיאליזה או דיאליזה פרטונלית (תוך צפקית) לצמיתות.

1.3. **טרשת נפוצה** - המבטוח ייחשב כחולה אשר נתגלתה בו מחלת טרשת נפוצה, אם הגילוי מבוסס על אבחנה חד משמעית של נירולוג מומחה, כאשר אבחנתו נתמכת בהוכחה של הסימפטומים האופייניים של דימייאליניזציה עם הפרעות נירולוגיות קבועות והפרעה בתפקוד, כגון הפרעות בראיה או בשמיעה. ההבחנה חייבת להיות מבוססת באמצעות בירור נירולוגי כגון: ניקור מוח השדרה המותני, מוכחת ב-MRI על ידי מוקדים אופייניים במערכת העצבים המרכזית.

1.4. **עיוורון** - המבטוח ייחשב כעיוור אם איבד, באופן מוחלט, קבוע ובלתי הפיך, את ראייתו בשתי העיניים, כתוצאה ממחלה חריפה.

גילוי העיוורון כמוגדר לעיל ייחשב רק אם אובחן ותועד בבדיקה קלינית על ידי רופא עיניים מומחה.

1.5. **שיתוק** - המבטוח ייחשב למשותק, אם איבד באופן מוחלט ותמידי את כושר הפעולה של שתיים מגפיו

נספח 935

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

4. תוספת לאחריות המבטח

על אף האמור בסעיף 8.1.11 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 המבטוח לגיל 21.**

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

1. הגדרות בפרק זה:

תאונה - כהגדרתה בפרק ט'.

2. מקרה הביטוח

מבטח שעבר תאונה ואשר בעקבותיה נדרש לאביזרים/מכשירים רפואיים על פי הוראת רופא - ישא המבטח 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 המבטח

על אף האמור בסעיף 8.1.11 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 המבטוח לגיל 21.**

פרק י"ב - טיפולים לאחר אירוע קשה

1. הגדרות בפרק זה:

פרק באצבע יחושב כשליש מן האחוז המצוין 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 המבטח 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.

4. תוספת לאחריות המבטח

על אף האמור בסעיף 8.1.11 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 המבטוח לגיל 21.**

פרק י' - טיפולים פיזיותרפיים לטיפול בפגיעה כתוצאה מתאונה

1. הגדרות בפרק זה:

תאונה - כהגדרתה בפרק ט'.

2. מקרה הביטוח

מבטח שעבר תאונה ואשר בעקבותיה נדרש לטיפולים פיזיותרפיים על פי הוראת רופא - ישא המבטח בהוצאות הטיפולים.

3. תגמולי ביטוח

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

נספח 935

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 הטיפול/ים שינתנו ע"י פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג: עד 75% מעלות הטיפול/ים, אך בסך הכל לא יותר מהסכום הנקוב בנספח עבור כל הטיפול/ים למשך תקופת הביטוח.

4. **תוקף הביטוח על פי פרק זה יפוג בהגיע המבוטח לגיל 18.**

פרק ט"ו - תרופות מיוחדות

1. **הגדרות**

1.1. **"מבוטח"** על פי פרק זה - אשר שמו נקוב ברשימה, ואשר מבוטח בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

1.2. **"תרופה"** - חומר כימי (על פי השם הגנרי) מרפא אשר אושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל ונרשם בפנקס התכשירים במשרד הבריאות.

בן משפחה קרוב - אב, אם, אח, אחות.

2. **מקרה הביטוח**

מבוטח שעבר אירוע מוות של בן משפחה קרוב - ישא המבטח בהוצאות טיפולים פסיכולוגיים ו/או פסיכיאטרים.

3. **תגמולי ביטוח**

3.1. 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 המבטח כאמור בסעיף 3.1 לא יעלה על 30 טיפולים בגין אירוע אחד, למשך כל תקופת הביטוח.

4. **הגבלת אחריות המבטח 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'.

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:

נספח 935

- 1.11. **"סכום השיפוי המרבי"** - הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה לגביה בגין תרופה והמשתנה מעת לעת. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המירבי בדולר ארה"ב המאושר בהולנד, 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. במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום השיפוי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה, 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.
- 1.12. **"תקופת המתנה"** - תקופה המתחילה ביום קרות מקרה הביטוח, שבה לא ישלם המבטח תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח כקבוע בתנאי פרק זה.
2. **מקרה הביטוח**
- טיפול באמצעות **תרופה מאושרת** אשר אינה כלולה בסל שירותי הבריאות במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.
3. **חבות המבטח ותגמולי הביטוח**
- לאחר תום תקופת המתנה, ישלם המבטח למבוטח או ישירות לנותן השירות את תגמולי הביטוח ובכפוף לתנאים המצטברים כמפורט להלן:
- 3.1. המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם.
מובהר כי המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי הביטוח אם לא אישר מראש את זכאותו של המבוטח.
- 3.2. המבטח ישפה את המבוטח כנגד **קבלות מקוריות בלבד**, ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה, לכיסוי המימון החודשי הנדרש בכל פעם. **למען הסר ספק מודגש כי צילומים או העתקים גם אם אושרו כתואמים למקור, לא יוכרו לצורך תשלום תגמולי הביטוח.**
למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה ינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם יועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.
- 1.3. **"סרטן"** - המבוטח ייחשב כחולה אשר נתגלתה בו מחלת סרטן ממארת, אם נקבע כי קיים בגופו (ברקמה ו/או ברקמות גופו ו/או במערכת הלימפטית שלו ו/או במערכת הדם שלו) גידול ממאיר המאופיין על ידי גידול בלתי מבוקר ומפושט של תאים ממאירים. סרטן במשמעותו לעיל כולל בתוכו את מחלות הוצ'קין ולוקמיה.
- אין מחלת הסרטן במשמעות ביטוח זה כוללת:
1.3.1. גידולי עור ו/או סרטן מסוג Basal cell carcinoma, למעט מלנומה.
1.3.2. מצבים טרום סרטניים (מצב מוקדם לסרטן).
1.3.3. סרטן שקדמה להופעתו מחלת האיידס או מוטציות שלה.
- גילוי סרטן כמוגדר לעיל ייחשב רק אם הוא מבוסס על אבחנה חד משמעית של רופא פתולוג מוסמך, כאשר החלטתו מבוססת על קריטריון של קיום מצב מוחלט של ממאירות, וכאשר זו נתמכת בהוכחה מיקרוסקופית של בדיקת הרקמות על ידי ביופסיה ו/או של בדיקת דגימות הדם הנוגעות בדבר (כאשר מדובר בסרטן הדם).**
- 1.4. **"תרופה מאושרת"** - תרופה המיועדת לטיפול במבוטח אשר נתגלתה בו מחלת סרטן ממארת ו/או תרופה, אשר נשקפת סכנה מיידית לחייו של המבוטח אם לא ייטול אותה, אשר אינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אין לה תרופה שוות ערך אחרת בארץ.
- 1.5. **"רופא מומחה"** - רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
- 1.6. **"טיפול"** - נטילת תרופה בישראל, כתוצאה ממחלה, בצורה חד פעמית או מתמשכת שלא במהלך ניתוח ו/או אשפוז בבית החולים.
- 1.7. **"חוק ביטוח בריאות ממלכתי"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994 או כל חוק אשר יחליף אותו.
- 1.8. **"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 מבוטחיה.
- 1.9. **"בית מרקחת"** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השירות").
- 1.10. **"מרשם"** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי וקבע את אופן השימוש בתרופה, המימון ומשך זמן הטיפול הנדרש.

נספח 935

5.6. לא ינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

6. הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל
המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח עבור טיפול שניתן למבוטח בזמן היותו מחוץ לגבולות מדינת ישראל.

7. ביטול הכיסוי על פי פרק זה
תוקף הכיסוי על פי פרק זה יפוג, ולא יהיה בר תוקף מיום הביטול, כאשר מוצתה הזכאות על פי פרק זה במלואה.

8. סתירה בין תנאי הפרק לתנאי הפוליסה
במקרה של סתירה בין האמור בפרק זה לבין האמור בתנאים הכלליים של הפוליסה, יחייב לענין פרק זה, האמור בו.

פרק ט"ז - פיצוי במקרה של מוות בנייתוח

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 ליורשיו על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח על פי אחד הפרקים המפורטים לעיל, פיצוי נוסף בגובה הסכום הנקוב בנספח, ובלבד שהניתוח בוצע בתוך תקופת הביטוח.

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

נספח תגמולי הביטוח לפרקים א' - ט"ז

הסכומים הנקובים בש"ח הינם צמודי מדד ונכונים למדד הידוע ביום 1.2.99, העומד על 9198 נקודות.
הסכומים הנקובים בדולר ארה"ב יחושבו על פי האמור בפרק המבוא בסעיף 7.

תגמולי הביטוח	סעיף הזכאות בפוליסה
פרק א' - ניתוח פרטי בארץ	
סעיף 3.3	1,566 ש"ח ליום
סעיף 3.6	13,430 ש"ח
סעיף 3.7	447 ש"ח ליום
פרק ב' - ניתוח פרטי בחו"ל	
סעיף 2.3	400 דולר ארה"ב
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

3.3. חבות המבטח עפ"י פרק זה תהיה אך ורק ל- 80% מההוצאות שהוצאו בפועל או ל- 80% מסכום השיפוי המרבי, הנמוך מביניהם, ובכל מקרה לא יותר מהסך הנקוב בנספח לחודש.

3.4. תקופת השיפוי תהיה עד 25 חודש בגין טיפול תרופתי מסוג כלשהו, בין ברצף אחד ובין בתקופות שונות, בכפוף לתקופת המתנה בראשית התקופה.

3.5. סכום הביטוח המרבי שישלם המבטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה עד הסכום הנקוב בנספח לסך כל מקרי הביטוח על פי פרק זה.

4. תקופת אכשרה והמתנה

4.1. תקופת האכשרה היא בת 90 יום.

4.2. תקופת ההמתנה היא בת 90 יום.

5. חריגים מיוחדים לפרק זה

5.1. כל התנאים הכלליים, הסייגים והחריגים החלים על הפוליסה יחולו גם על פרק זה, אלא אם צוין אחרת.

5.2. מובהר בזה, כי המבטח לא יהיה אחראי לתשלום תגמולי הביטוח, אם מקרה הביטוח ארע כתוצאה ממחלה של מחלה או סיבוכיה של מחלה אשר המבוטח לקה בה ולא הצהיר עליה לפני תחילת הביטוח או אשר המבוטח לקה בה במהלך תקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח.

5.3. המבטח לא יהא אחראי לתשלום תגמולי הביטוח אם המבוטח נושא או ישא נוגדנים למחלת הכשל החיסוני הנרכש או צהבת לסוגיה השונים.

5.4. מקרה ביטוח אליו נקלע המבוטח בעקבות ו/או בקשר עם אחד מאלה:

5.4.1. תרופה הנדרשת במהלך ניתוח ו/או במהלך

אשפוז בבית חולים או במוסד סיעודי.

5.4.2. תרופה נסיונית אשר לא אושרה ע"י הרשות המאשרת בישראל.

5.5. מובהר ומודגש בזאת כי השיפוי יהיה אך ורק בגין עלות התרופה, להבדיל מהשירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה.

1,500 דולר ארה"ב	סעיף 2.9.2
תגמולי הביטוח	סעיף הזכאות בפוליסה
פרק ג' - התייעצות עם רופאים מומחים	
447 ש"ח	סעיף 1.2
335 ש"ח	סעיף 2.3
התייעצות- 800 דולר ארה"ב כרטיס טיסה- 800 דולר ארה"ב	סעיף 3.3
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
60 דולר ארה"ב לאדם ליום	סעיף 3.1.7
5,595 ש"ח	סעיף 3.1.10.1
44,764 ש"ח	סעיף 3.2.2
פרק ה' - אשפוז כתוצאה ממחלה	
447 ש"ח ליום	סעיף 2
פרק ו' - מענק חד פעמי לפיצוי בגין הידבקות במחלת ה- AIDS	
391,690 ש"ח	סעיף 2
פרק ז' - פיצויים חודשיים בגין הידבקות בנגיף הפטיסיס B	
4,476 ש"ח לחודש	סעיף 2
פרק ח' - פיצוי במקרה של גילוי מחלה קשה	
55,955 ש"ח	סעיף 2.1
פרק ט' - פיצוי במקרה של נכות שארעה עקב תאונה	
111,911 ש"ח	סעיף 3
פרק י' - טיפולים פיזיותרפיים לטיפול בפגיעה עקב תאונה	
2,797 ש"ח	סעיף 3.1
פרק י"א - אביזרים רפואיים הנדרשים לטיפול בפגיעה כתוצאה מתאונה	
5,595 ש"ח	סעיף 3
פרק י"ב - טיפולים לאחר אירוע קשה	
167 ש"ח	סעיף 3.1
פרק י"ג - אובדן כושר הלימודים	
134 ש"ח ליום	סעיף 3.1
134 ש"ח ליום	סעיף 3.2
פרק י"ד - טיפולי מומחים בבעיות התפתחות	
2,238 ש"ח	סעיף 3
פרק ט"ו - תרופות מיוחדות	
4,000 דולר ארה"ב לחודש	סעיף 3.3
100,000 דולר ארה"ב	סעיף 3.5
פרק ט"ז - פיצוי במקרה של מוות בניתוח	
75,000 ש"ח	סעיף 1

כתב שירות - שירות רפואי לילי בבית המבוטח

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.

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 חינום באמבולנס - במקרה שרופא ההסכם, שבדק את החולה בעקבות קריאתו לקבלת השירות, יחליט על פינויו 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 כל ימות

השנה מהשעה 20:00 עד 07:00 למחרת. בימי ו' וערבי חג השירות הרפואי ינתן ברציפות מהשעה 20:00 ביום ו' / ערב החג ועד השעה 07:00 ביום א' / היום שלמחרת החג. כל קריאה לקבלת השירות צריכה להיות מופנית למוקד השירות לא לפני השעה 20:00 ולא יאוחר מהשעה 06:00. המוקדים הרפואיים יופעלו בין השעות 20:00 עד 24:00 ובשבתות וחגים גם בין השעות 10:00 עד 14:00.

השירות הרפואי לא יינתן בערב יום כיפור וביום

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 בצידם.

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).

- 4. ביטול כתב השירות**
- תוקף כתב שירות זה יפוג בקרות אחת המקרים דלהלן, הקודם מבניהם:
- 4.1. כאשר הפוליסה תבטול 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 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.
- 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.
- 3.2.** נזקק המבוטח לשירות רפואי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפנית 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 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 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.
- 3.9.** בחר המבוטח לקבל את השירות במוקד הרפואי, יגיע המבוטח למוקד הרפואי בכוחות עצמו ועל חשבונו.

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 1.2.99, העומד על 9198 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	150 ש"ח
סעיף 5	40 ש"ח

כתב שירות - שירותי בדיקה תקופתית

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 הסכם.

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 הסכם, תפקע זכותם לקבלת שירותי הבדיקה התקופתית באותה שנת ביטוח.

3.2 ביקש המבוטח לקבל את שירותי הבדיקה התקופתית כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפוני 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).

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 ביצידם.

- 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 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

נספח 935

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

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 דגן ימסור המבטח הודעה על כך לכלל המבוטחים בכתב 90 יום מראש.

5. השתתפות עצמית

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 הסכם 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:

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 מיושמים 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 הבדיקות המפורטות בסעיף 2.2 לעיל.

3.7. השירות ינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.

3.8. 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 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 בישובים אלה.

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.

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.

6.2.4. הוצאות שהוציא המבוטח עבור טיפולים או שירותים על ידי רופא אחר שאינו רופא הסכם.

6.3. בכל מקרה לא תהא אחריות לאי תקינות תוצאות א.ק.ג. עקב שיבושים הנובעים ממכשירים חשמליים, הנמצאים באיזור בדיקה.

7. סמכות השיפוט

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

נספח לכתב השירות

הסכום הינו צמוד מדד ונכון למדד הידוע ביום 1.7.99, העומד על 9138 נקודות.

הסכום יעודכן אחת ל- 12 חודשים בלבד ולראשונה ב- 1.1.2000.

הסכום כולל מע"מ בשיעור של 17%. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכן הסכום בהתאם.

סעיף הזכאות בכתב השירות	הסכום
סעיף 5	88 ש"ח

כתב שירות - שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים

המעודכנת נמצאת במוקד השירות, וניתן לקבלה בשיחת חנים 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 חנים למספר הטלפון הרשום בסעיף 1.8 לעיל.

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

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

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

שירותים נוספים

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

המבוטח 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. **המבוטח** - 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 המבוטח ואשר המבוטח על פיה זכאי לקבל את השירותים על פי כתב שירות זה.
- 1.4. **החברה** - חברה המפעילה רופאי שיניים, הקשורה בהסכם עם המבוטח למתן השירות הרפואי נשוא כתב שירות זה.
- 1.5. **רופא שיניים** - רופא שיניים שהוסמך ואושר ע"י השלטונות בישראל ובעל רישיון 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. המבוטח יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט בסעיף 2.2 להלן ע"י אחת ממרפאות השיניים שבהסכם, הכל לפי בחירת המבוטח (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

נספח 935

הנמצאת במרחק סביר ממקום הימצאו של המבוטח, ובכפוף לאישור מוקד השירות, יהיה המבוטח זכאי לקבל את השירות הרפואי בתשלום אצל רופא שניים 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 תבטל 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 חוזר 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.

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 במועדים כדלקמן:

3.1.1. בימי חול בין השעות 08:00 עד 20:00 (ובתנאי שהמבוטח יגיע למרפאה עד השעה 19:00 ובימי ו' 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 טלפנית 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

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 1.2.99, העומד על 9198 נקודות. הסכום כולל מע"מ בשיעור של 17%. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו הסכומים בהתאם.

סעיף	הסכום
סעיף 3.7	150 ש"ח

כתב שירות - Tele Home Nursing

שירות זה, אשר תוגש לא יאוחר מאשר 15 יום מהיום בו חזר המנוי מבית החולים לביתו לאחר הארוע.

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

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

1.12. **זכאות חינום -** 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 חינום - 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 רשיון לעסוק ברפואה במדינת ישראל אשר מועסק על ידי החברה כמנהל רפואי לצרכים האמורים בכתב השירות.

1.19. **רופא ממונה -** רופא בעל רשיון 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.

המבוטח יהיה זכאי לקבל שירות כמפורט להלן באמצעות נותני השירותים והציוד 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.

1.4. **פוליסת הביטוח או הפוליסה -** פוליסה לביטוח בריאות "כמו גדולים"^{TOP}, שכתב שירות זה הינו חלק בלתי נפרד ממנה, שתופק על ידי המבטח ושתחילת תוקפה הינו החל מ- 1.2.2000 ועד תום תקופת ההסכם שבין החברה לבין המבטח בענין כתב שירות זה (פוליסה חדשה או מחודשת), ו/או פוליסה לביטוח רפואי שהופקה על ידי המבטח עובר ל- 1.2.2000, והמבטח לפי שיקול דעתו ועל פי קריטריון אובייקטיבי שהוסכם מראש עם החברה, בחר לצרף את המבוטח/ים בה כמנוי/ים על השירות.

1.5. **המבוטח -** אשר שמו נקוב ברשימה ואשר הפוליסה שבידו תקפה.

1.6. **מנוי -** המבוטח וכן בן/בת זוגו (לרבות ידועה/בציבור כבן/בת זוג) וילדיהם עד גיל 18 הגרים עימם (להלן: "מבוטחים נוספים") ובלבד שבטוחו באמצעות הפוליסה כמבוטחים נוספים.

1.7. **מטופל -** מנוי בתקופת הזכאות לשירות, אשר פנה לחברה לצורך קבלת השירות, והותקנה אצלו ערכה ביתית.

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

נספח 935

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), יאוייש 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 להתיעצות 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 זמני קבלת פניות במוקד ממנוי 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.

1.21 **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, 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 שנותן 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 שנותן 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

נספח 935

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 משמעותיים 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.

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 (לדוגמא - 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 ולהעבירן משבוע לשבוע.

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 הממועד"). מובהר כי במקרה של פרסום מדד שלילי או במקרה של מדד בשיעור אפס, לא יופחת התעריף.

4.3. ביקש המטופל שישלח לביתו רופא, או הציעה זאת האחות והמטופל קיבל את עצתה, אזי:

4.3.1. במידה והמטופל זכאי לביקור רופא בביתו על פי כתב השירות של המבטח 'שירות רפואי לילי בבית המבוטח', 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

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 החנים, 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 ברשימות שהעביר המבטח לחברה, תפנה החברה למבטח בשעות העבודה המקובלות של המבטח על מנת שזו יוודא כי הפונה הינו אכן בגדר מנוי על פי הפוליסה.

3.11. רק לאחר השלמת הפעולות המצוינות בסעיפים 3.6 - 3.10 יהפוך 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 תוצאת פגיעה מכוונת, נפילה, קריעת חיווט, הפעלה שלא על פי הוראות השימוש.

נספח 935

6.1.2. 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.

6.1.3. 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 הידאו קונפרנס - ו/או את ציוד הטלרפואה ו/או את פעולת המוקד, וכן כי קיימת אפשרות כי הקשר בין הערכה הביתית לבין המוקד

לחיוב חשבוננו 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 ההמחאה ישמשו כפיקדון בסך 900 ש"ח להבטחת השבתה של הערכה הביתית במצב תקין לאחר תקופת הזכאות (או לאחר התקופה הנוספת בה בחר מרצונו ועל חשבוננו 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.

5. כח עליון

היה והחברה לא תוכל לספק את השירות כתוצאה מאירוע של כח עליון (לרבות אך לא רק: מלחמה, אש, פרעות, כוחות טבע, רעידת אדמה, כח עליון, שיבושים בתקשורת ו/או נפילת מערכות ו/או תשתיות תקשורת מכל סוג ומין ולרבות תקשורת וידאו קונפרנס, שביתות 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

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.

נספח 935

- 8.2. הבורר יהיה כפוף לדין המהותי במדינת ישראל אך הוא לא יהיה כפוף לדין 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 בוררות לצורך חוק הבוררות, תשכ"ח - 1968.

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, המנוי 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 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 שבנזיקין 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 עליהם על פי כתב שירות זה.

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 המנוי וכתב שחרור (בהתאם להוראות סעיף 3.8)

אני הח"מ _____ (ת.ז.) _____ מר' _____

מצהיר, מאשר ומתחייב בזאת, כי קראתי בעיון את כל כתב השירות דלעיל של שירותי סקונד אופיניון ישראל (1995) בע"מ (להלן - "סקונד אופיניון") 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 אופיניון אינה אחראית לכל מעשה או מחדל שנעשו על ידי הצדדים השלישיים (למעט נותני השירות שיועסקו במוקד) בין אם נעשו ברשלנות, בתום לב או במתכוון.

7. ביטול כתב השירות

תוקף כתב שירות זה יפוג בקרות אחת המקרים דלהלן, הקודם מבניהם:

7.1. כאשר הפוליסה תבוטל 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. בוררות

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.

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.

נחתם ע"י המטופל

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