

חבילת Top Plus

2	תנאים כלליים לתוכנית ביטוח בריאות (נספח מס' 546)
14	השתלות בישראל ובחו"ל, טיפולים מיוחדים בחו"ל (נספח מס' 550)
18	תרופות מיוחדות (נספח מס' 552)
22	ניתוחים בחו"ל (נספח מס' 551)
26	ניתוחים בישראל לבעלי שב"ן עם ברות ביטוח (נספח מס' 572)
32	ברות ביטוח (נספח מס' 572)
33	כתב שירות – שירותים רפואיים נוספים (נספח מס' 554)
38	גילוי נאות - Top Plus

תנאים כלליים לתוכנית ביטוח בריאות

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתחייבת בזה, על יסוד ההצעה לביטוח, ההודעות וההצהרות האחרות שנמסרו לה בכתב על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח, המהוות חלק בלתי נפרד מהפוליסה, לשפות את המבוטח ו/או לשלם ישירות לנותן השירות ו/או לפצות את המבוטח, בגין מקרי הביטוח כמוגדר וכמפורט בכל אחד מנספחי הפוליסה, וזאת לאחר שתוגש למנורה מבטחים ביטוח בע"מ הוכחה לשביעות רצונה על קרות מקרה הביטוח המזכה בתגמולי הביטוח, והכל בהתאם ובכפוף לאמור בהוראות הפוליסה וההסדר התחיקתי הרלוונטי.

פרק א'- מבוא, תנאים כלליים לכל נספחי הפוליסה

1. **הגדרות**
 - 1.1 **אחות/אח -** אחות או אח בעלי תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות במדינה בה מבוצע הטיפול.
 - 1.2 **בית חולים או** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי
 - בית חולים כללי-** בלבד ואשר אינו מוסד שיקומי ו/או מוסד לבריאות הנפש (כגון סנטריום) או בית החלמה או בית הבראה.
 - 1.3 **בית חולים מוסכם-** בית חולים או בית חולים פרטי, הקשורים בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
 - 1.4 **בית חולים פרטי-** בית חולים בישראל או בחו"ל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי 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 **בן/בת זוג-** מי שנשוי/אה למבוטח/ת, או ידוע/ה בציבור של המבוטח/ת החי עימו/ה חיי משפחה במשק בית משותף אך אינו/ה נשוי/אה לו/ה.
 - 1.6 **בעל הפוליסה-** האדם, חבר בני האדם או התאגיד, המתקשר עם המבטחת בפוליסה זו, ואשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח ו/או בהצעת הביטוח כבעל הפוליסה.
 - 1.7 **גיל המבוטח-** גיל המבוטח נקבע לפי יום הולדתו הקרוב ביותר ליום תחילת הביטוח, זה שקדם לו או הבא אחריו, והוא יחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. שישה חודשים ומעלה יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה. בתום כל שנה ממועד תחילת הביטוח ישתנה גיל המבוטח בשנה אחת.
 - 1.8 **דולר-** דולר של ארה"ב.
 - 1.9 **דמי הביטוח-** הפרמיה ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה לשלם למבטחת בהתאם לתנאי הפוליסה, לרבות כל תוספת שתקבע על ידי המבטחת, עקב מצב בריאותו של המבוטח או עקב סיכונים מיוחדים הקשורים במבוטח.
 - 1.10 **דף פרטי הביטוח-** דף המצורף לפוליסה, המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה, והכולל, בין היתר, את מספר הפוליסה, פרטי בעל הפוליסה, פרטי המבוטחים, מועד תחילת תקופת הביטוח ותקופת הביטוח לגבי כל מבוטח, דמי הביטוח וכיו"ב. **דף פרטי ביטוח זה מהווה את הסכמת המבטחת בכתב לבטח את המבוטחים שפרטיהם רשומים בו בכיסויים הביטוחיים הרשומים על שם, והכל בסייגים הרשומים בדף פרטי הביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.**
 - 1.11 **המבטחת-** מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.
 - 1.12 **המפקח-** המפקח על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

Top Plus

1.13	הסדר תחיקתי-	חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981, חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 וכן התקנות והצווים שהותקנו ו/או שיוקנו מכוח חוקים אלה והוראות המפקח, אשר יסדירו את התנאים החלים על בעל הפוליסה, המבוטח והמבטחת בהקשר לפוליסה זו.
1.14	הסכם-	הסכם כפי שיהיה קיים מעת לעת בין המבטחת או חברה קשורה לבין נותן שירות כלשהו בקשר עם הכיסויים הביטוחיים הנכללים בפוליסה.
1.15	הסכם עם ספק שירות ו/או נותן שירות-	הסכם בין המבטחת ו/או חברה קשורה לבין ספק השירות הרפואי הקיים במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח, למתן שירות רפואי לפיו, בין היתר, התמורה לה זכאי ספק השירות הרפואי תשלום ישירות על ידי המבטחת או החברה הקשורה.
1.16	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/ אשראי, לתשלום דמי הביטוח.
1.17	השתלה-	כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק ממנו אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מהמבוטח או מתורם אחר לגוף המבוטח, לרבות תאי גזע או תאי אב, שהופקו מדם טבורי, תאי גזע או תאי אב מדם היקפי או תאי גזע או תאי אב המופקים מעצמות האגן האחוריות של המבוטח או כל תורם אחר.
1.18	השתתפות עצמית-	השתלה תכלול גם השתלה מן האיברים המוזכרים לעיל, של איבר מלאכותי או של איבר מן החי (בעל חיים שאינו אדם), בשלב בו הפרוצדורות הפסיקו להיות מוגדרות כניסיוניות בישראל או באחת המדינות: ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או באחת המדינות החברות באיחוד האירופי.
1.19	חברה קשורה-	במקרה בו ישתל לב מלאכותי כפרוצדורה מוקדמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
1.20	חול"ל-	חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח כמפורט בכל אחד מנספחי הפוליסה להלן. במקרה בו נקבעה השתתפות עצמית, חבות המבטחת לתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה תהיה בתוקף רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית על ידי המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח מעבר להשתתפות עצמית זו.
1.21	חוק חוזה הביטוח-	חברה עמה קשורה המבטחת בהסכם למתן שירותים רפואיים למבוטחים ברחבי העולם, באמצעות בתי חולים, רופאים, ונותני שירותים רפואיים אחרים, החתומים על חוזה עם החברה.
1.22	חוק הבריאות-	כל מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
1.23	טיפול מיוחד -	חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981, או כל חוק אחר שיחליפו.
1.23.1	הבאים:	חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, או כל חוק אחר שיחליפו.
1.23.1.1	הטיפול חיוני להצלת חיים ומניעתו מהווה סכנה ממשית לחיי המבוטח.	אחד מאלה:
1.23.1.2	זמן המתנה ארוך מהסביר עלול לגרום להחמרה משמעותית, המסכנת את חיי המבוטח.	

Top Plus

1.23.1.3 סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים משמעותית מטיפולים שייעשו בישראל.

1.23.2 ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר בחו"ל המחויב מבחינה רפואית להצלחת חיים או להצלחת איבר או להצלחת השמיעה או הראייה והוא אינו בר ביצוע בישראל ואין לו טיפול חלופי בישראל הנותן תוצאות דומות.

לצורך הגדרה זו:

טיפול חלופי - טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של המבוטח הניתן לביצוע בישראל, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות יותר למטופל.

תוצאות גופניות חמורות יותר - תופעות לוואי חמורות יותר שעלולות להיווצר כתוצאה מהטיפול ברפואי, לרבות תופעות לוואי הפוגעות באיכות או בשגרת חייו של המבוטח.

משך הזמן המוגדר כיום אשפוז על פי המקובל בבתי חולים בישראל **ולא פחות מ - 24 שעות.**

1.24 **יום אשפוז -** 1.25 **יום/מועד תחילת הביטוח -**

התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כיום תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח. צורך לפוליסה נספח נוסף לאחר מועד תחילת הביטוח, יהיה מועד תחילת הביטוח של הנספח שהוסף כאמור, התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כיום תחילת הביטוח בגין אותו נספח שהוסף לפוליסה עבור המבוטח על פיו. ילדו של המבוטח, לרבות ילדו החורג וילד מאומץ.

1.26 **ילד -**

1.27 **ישראל -**

1.28 **המבוטח -**

1.29 **מדד -**

האדם, ששמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמבוטח בפוליסה זו. מדד המחירים לצרכן (כולל פרוט וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או כל מדד אחר המיוחד לשירותי הבריאות, שיבוא במקומו, בין שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס שבינו למדד המוחלף. המדד מותאם למדד הבסיסי של 100.0 נקודות מחודש ינואר 1959, כשהוא מחולק ל- 1000.

1.30 **מדד יסודי -**

המדד האחרון הידוע ב- 1 בחודש של מועד תחילת הביטוח. המדד האחרון הידוע ביום תשלום דמי הביטוח למבטחת או תשלום סכום הביטוח למבוטח או לנותני שירותים רפואיים למבוטח, בהתאם לתנאי הפוליסה.

1.31 **מדד קובע -**

רופא בישראל או בחו"ל אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות לכך במדינה בה מבוצע השירות הרפואי המכוסה בפוליסה כרופא מנתח.

1.32 **מנתח -**

מנתח אשר אינו קשור בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה לביצוע השירות הרפואי המכוסה על פי הפוליסה, במבוטח.

1.33 **מנתח אחר -**

מנתח אשר קשור בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה, **במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח**, לביצוע השירות הרפואי המכוסה על פי הפוליסה, במבוטח.

1.34 **מנתח הסכם -**

מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד תחילת הביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לענין זה "אובחנו במבוטח" משמעו, בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים ב-6 החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

1.35 **מצב רפואי קודם -**

בן/בת הזוג של המבוטח ו/או ילדיו.

1.36 **משפחה -**

Top Plus

מערך עובדתי ונסיבתי כמתואר בכל אחד מנספחי הפוליסה, אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לקבלת תגמולי ביטוח בכפוף לתנאים ולסייגים הקבועים בפוליסה.	מקרה הביטוח-	1.37
מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר המבטחת ו/או חברה קשורה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.	נותן שירות שבהסכם-	1.38
פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure), החודרת דרך רקמות, ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר או באמצעות M.R.T, לאבחון או לטיפול, הראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור או אנגיוגרפיה, וכן ריסוק אבני כלייה או מרה על ידי גלי קול.	ניתוח-	1.39
ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).	ניתוח אלקטיבי-	1.40
ניתוח פתאומי ובלתי צפוי שבוצע במבוטח, שאושפז לאחר ביקור בחדר מיון של בית חולים.	ניתוח חירום -	1.41
נספח המצורף לכל אחד מנספחי הפוליסה ובו מפורטים סכומי השיפוי ו/או הפיצוי המירביים הרלוונטים לכיסוי הביטוחי המפורט באותו נספח, לרבות סכומי ההשתתפויות העצמיות.	נספח תגמולי הביטוח-	1.42
הסכום המרבי הנקוב בנספח תגמולי הביטוח ו/או בכל נספח לפוליסה לרבות במסגרת דף פרטי הביטוח, שתשלם המבטחת למבוטח או לנותני שירותים רפואיים למבוטח כתגמולי ביטוח, בקרות למבוטח מקרה הביטוח, כשהוא צמוד למדד לפי תנאי פוליסה זו.	סכום השיפוי המירבי ו/או סכום הפיצוי ו/או סכום הביטוח-	1.43
מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנים על ידי קופת החולים לחבריה במסגרת חוק הבריאות או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לחבריה, למעט מחויבויות שבמסגרת השב"ן.	סל שירותי הבריאות -	1.44
חוזה ביטוח זה שבין בעל הפוליסה למבטחת, כל נספח לחוזה זה, לרבות הצעת הביטוח, הצהרת הבריאות, דף פרטי הביטוח, וכל נספח או תוספת המצורפים לו.	פוליסה-	1.45
אדם בעל תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות לתת טיפולי פציותרפיה במדינה בה ניתנים הטיפולים.	פיציותרפיסט-	1.46
תאגיד כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות, קופות החולים שהוכרו ככאלה על ידי שר הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.	קופת חולים-	1.47
מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז-1976, למעט רופא וטרנר ורופא שיניים.	רופא-	1.48
רופא, שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973 או לפי כל תקנה שתבוא במקומה ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח.	רופא מומחה-	1.49
רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים כמרדים במדינה בה בוצע הניתוח.	רופא מרדים-	1.50
אדם העוסק ברפואת שיניים על פי רשיון כחוק מטעם הרשויות המוסמכות בישראל.	רופא שיניים-	1.51

Top Plus

1.52	שב"ן-	תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל התשלומים והשירותים כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית, שהוקמה לשם כך.
1.53	שנת ביטוח-	תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה ביום תחילת הביטוח.
1.54	שתל-	כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח, המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה.
1.55	תקופת אכשרה-	תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח ולגבי כל כיסוי בנספח, במועד תחילת הביטוח הרלוונטי לכיסוי הביטוחי ומסתיימת בתום 90 יום, למעט במקרים של הריון ו/או לידה ו/או פרייון ו/או עקרות ו/או טיפולים בעובר, בהם היא מסתיימת בתום 270 יום, אלא אם צויין במפורש אחרת בכל נספח לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות ותחול מחדש בכל פעם בה צורך המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שאירע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שאירע לפני תחילת תקופת הביטוח. המבטחת לא תהיה אחראית לתשלום על פי תנאי הביטוח בגין מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה.
1.56	תקופת הביטוח-	התקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח ונמשכת לכל ימי חייו של המבוטח, אלא אם צוין במפורש אחרת בפוליסה או בכתבי השירות.
1.57	תקופת המתנה-	תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל נספח שצורף לפוליסה. במהלך תקופת ההמתנה לא יהיה המבוטח זכאי לכיסוי הביטוחי הרלוונטי. זכאותו תחל בתום תקופת ההמתנה.

2. פרשנות

2.1	כל האמור בפוליסה זו בלשון יחיד אף בלשון רבים משמעו וכל האמור בלשון זכר אף בלשון נקבה משמעו, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת.
2.2	כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד והן לא תשמשנה לצורך פרשנות.

3. תוקף הפוליסה

3.1	הפוליסה ו/או כל נספח לפוליסה, לפי הענין, יכנסו לתוקפם החל מיום תחילת הביטוח כמצוין בדף פרטי הביטוח בהתייחס לכל נספח לפוליסה ובלבד שהמבוטח חי במועד זה.
3.2	חבות המבטחת תהיה בתוקף במשך תקופת הביטוח ועד לתום תקופת הביטוח.
3.3	שולמו למבטחת כספים על חשבון דמי הביטוח, ולפני שהמבטחת החליטה על קבלת המועמד לביטוח, לא תיחשב קבלת הכספים כהסכמת המבטחת לעריכת הביטוח. לא הסכימה המבטחת לקבל את המועמד לביטוח, תשיב המבטחת את הכספים ששולמו לה על חשבון דמי הביטוח בצירוף הפרשי הצמדה כדין.
3.3.1	דחיית הצעת הביטוח או חזרה למבוטח בהצעת ביטוח נגדית תיעשה לכל היותר שלושה חודשים מיום קבלתו לראשונה של תשלום בגין דמי הביטוח, או אם פנתה המבטחת למבוטח בבקשה להשלמת נתונים - שישה חודשים מיום קבלתו לראשונה של תשלום בגין דמי הביטוח. אם המבטחת לא דחתה את הצעת הביטוח ולא חזרה למבוטח בהצעת ביטוח נגדית, או אם לא הודיעה למבוטח על קבלתו לביטוח לפי תנאי הצעת הביטוח בתוך המועדים כאמור, לא תהא המבטחת רשאית לשנות את התנאים הקבועים בהצעת הביטוח עד תום תקופת הביטוח והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.

4. תום תקופת הביטוח

01/2014

- 4.1 תקופת הביטוח על פי כל נספח לפוליסה, לגבי כל מבוטח, תבוא לידי סיום, בכל אחד מהמועדים המפורטים להלן, לפי המועד המוקדם שביניהם:
- 4.1.1 בתום תקופת הביטוח על פי המפורט בדף פרטי הביטוח.
- 4.1.2 עם מותו של המבוטח.
- 4.1.3 במועד ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח או על ידי המבטחת, בהתאם להוראות הפוליסה להלן (או במקרה בו בוטל נספח לפוליסה כאמור - במועד ביטולו של הנספח הרלוונטי).

5. חובת הגילוי

- 5.1 **פוליסת הביטוח מבוססת על תשובות מלאות וכנות שניתנו לשאלות שנשאלו בטופסי הצעת הביטוח, בשאלון הרפואי, וכן על העובדה כי לא הוסתר מהמבטחת עניין מהותי שהיה בו כדי להשפיע על תנאי קבלת המבוטח לביטוח.**
- 5.2 **הציגה המבטחת למבוטח לפני כריתת הפוליסה, בטופס של הצעת הביטוח או בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לירות את הפוליסה בכלל או לכרות אותה בתנאים שבה (להלן – "עניין מהותי"), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה. הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.**

- 5.2.1 **ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאית המבטחת בתוך 30 ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח ולבעל הפוליסה. דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטחת, יושבו למשלם, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.**
- 5.2.2 **קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח האמור לעיל, אין המבטחת חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משולמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והיא פטורה כליל בכל אחת מאלה:**
- 5.2.2.1 **התשובה ניתנה בכוונת מרמה.**
- 5.2.2.2 **מבטח סביר לא היה מתקשר על פי פוליסה זו אף בדמי ביטוח גבוהים יותר אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה זה, דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטחת – יושבו למשלם.**

- 5.3 סעיף 5.2 לעיל, לא יחול במקרים הבאים:
- 5.3.1 **המבטחת ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהיא גרמה לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה.**
- 5.3.2 **העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח או שלא השפיעה על מקרה הביטוח, על חבות המבטחת או על היקף החבות.**
- 5.4 **תאריך לידתו של המבוטח הוא ענין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בסעיף זה.**

6. תשלום דמי הביטוח

- 6.1 **מועד פירעון דמי הביטוח יהיה בראשית כל חודש בו נקבע תשלומם. דמי הביטוח ישולמו בזמני הפירעון הקבועים בדף פרטי הביטוח.**
- 6.2 **את דמי הביטוח יש לשלם במשרדי המבטחת, כמצוין בפוליסה. ניתן לשלם את דמי הביטוח גם על ידי הוראת קבע לבנק לתשלום דמי ביטוח ישירות לחשבון המבטחת (שירות שיקים) או בכרטיס אשראי אשר יימסר על ידי בעל הפוליסה למבטחת בתחילת תקופת הביטוח. אם שולמו דמי הביטוח בהוראת קבע בנקאית או באמצעות כרטיס אשראי, כאמור, רק זיכוי חשבון המבטחת בבנק או בחברת כרטיסי האשראי יהווה את תשלום דמי הביטוח.**
- 6.3 **הסכמת המבטחת לקבל דמי ביטוח, שלא באחת הדרכים המפורטות בס"ק 6.2 דלעיל, או לאחר זמן פירעונם, במקרה מסוים, לא תתפרש כהסכמה לנהוג כן, גם במקרים אחרים כלשהם.**

Top Plus

6.4 לא שולמו דמי הביטוח במועד, ולא שולמו גם תוך 15 יום לאחר שהמבטחת דרשה לשלם, רשאת המבטחת להודיע לבעל הפוליסה בכתב כי הפוליסה תתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן, ובכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.

6.5 לדמי ביטוח, שלא שולמו במועד, תיווסף במועד תשלום, בנוסף להפרשי הצמדה כאמור בסעיף 8.2 להלן, ריבית בשיעור ריבית הפיגורים הצמדה המירבית בכפוף להסדר התחיקתי, כשהיא מחושבת מיום היווצר הפיגור ועד לתשלומה בפועל.

7. שינוי דמי הביטוח ותנאים

7.1 דמי הביטוח הראשונים בגין כל מבוטח, ייקבעו על פי גיל המבוטח ביום תחילת הביטוח ובהתאם למצבו הבריאותי, והם יהיו קבועים או ישתנו על פי המפורט בדף פרטי הביטוח.

7.2 דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כמפורט בסעיף 8.2 להלן.

7.3 המבטחת תהיה זכאית לשנות הן את דמי הביטוח והן את תנאי הפוליסה לכל המבוטחים בפוליסה. שינוי זה יהיה תקף בתנאי שהמפקח אישר את השינוי, אך לא לפני 1.4.2015, והוא ייכנס לתוקף 60 ימים לאחר שהמבטחת שלחה לבעל הפוליסה הודעה בכתב, תוך מתן גילוי מלא לגבי השינויים בתעריף ו/או בתנאים ו/או בהיקף הכיסוי הביטוחי.

7.4 שונו דמי הביטוח כאמור לעיל, יחושבו דמי הביטוח החדשים ללא התחשבות בשינוי שחל במצב בריאותו של המבוטח במשך התקופה שקדמה לשינוי.

8. תנאי הצמדה

8.1 כל הסכומים הנקובים בש"ח בכל אחד מנספחי הפוליסה ו/או בדף פרטי הביטוח, לרבות תגמולי הביטוח, סכומי ההשתתפות העצמית, אם קיימים, ודמי הביטוח על פי פוליסה זו יהיו צמודים לשיעור עליית המדד הקובע לעומת המדד היסודי.

8.2 דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית המדד הקובע ביום התשלום בפועל לעומת המדד היסודי. יום ביצוע התשלום בפועל יהיה המאוחר מבין אלה: המועד הנקוב בהמחאה או המועד בו הגיעה ההמחאה למשרדי המבטחת. במקרה של תשלום על פי העברה בנקאית או בכרטיס אשראי לזכות חשבון המבטחת ייחשב יום זיכוי חשבון המבטחת בבנק או בחברת כרטיסי האשראי כיום ביצוע התשלום בפועל.

9. זכויות על פי הפוליסה בעת השירות הצבאי

הזכויות על פי תנאי פוליסה זו תקפות גם בעת שירות צבאי (סדיר, קבע או מילואים). בעת שירות צבאי כאמור, זכאי המבוטח לשירותים רפואיים מטעם הצבא, זאת בהתאם ובכפוף להוראות והנחיות הצבא, כפי שהן מעת לעת. יובהר כי לכפיפות המבוטח כאמור להוראות הצבא, קיימת השפעה על יכולת ניצול הזכויות לפי פוליסה זו.

10. הגשת תביעות

10.1 בכל מקרה בו על פי תנאי הנספח, קבלת אישור המבטחת מראש הינו תנאי לקיום התחייבות המבטחת, על המבוטח לקבל את אישור המבטחת מראש ובכתב.

10.2 הודעה על מקרה ביטוח תימסר למבטחת בכתב בזמן סביר, מהר ומוקדם ככל שניתן. להודעה יצורפו כל הפרטים אודות התביעה, לרבות:

10.2.1 טופס תביעה מלא של המבטחת, לרבות מסמכים רפואיים ואחרים כפי שנדרש לגבי כל אחד מנספחי הפוליסה.

10.2.2 כתב וויתור על סודיות רפואית, שישמש לצורך קבלת מידע ככל שהדבר דרוש לבירור זכויות וחובות על פי הפוליסה.

10.2.3 אם יהיו תשלומים, כל הקבלות והחשבוניות המקוריות.

10.2.3.1 למרות האמור לעיל, במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או

בחלקן לגורם אחר, יגיש המבוטח למבטחת העתק קבלה ו/או חשבונית ויצוין את הגורם לו הגיש את הקבלה ו/או החשבונית המקורית וכן אישור מאת אותו גורם לגבי הסכום שתבע ושולם לו על ידיו.

- 10.3 במסגרת בירור החבות, לרבות זכאות המבוטח להמשך תשלום תגמולי ביטוח, תהיה למבטחת הזכות, וצריכה להינתן לה האפשרות, להעמיד את המבוטח, על חשבונה, לבדיקת רופא או רופאים שיתמנו על ידה, בכל עת וכל אימת שתראה בכך צורך סביר המתקבל על הדעת.
- 10.4 בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייבים למסור למבטחת תוך זמן סביר לאחר שנדרשו לעשות כן, את המידע והמסמכים הנוספים הדרושים למבטחת לשם בירור חבותה, ואם אינם ברשותם עליהם לעזור למבטחת, ככל שיוכלו, להשיגם.
- 10.5 המבטחת רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו לרבות רשימת בתי החולים ורשימות רופאים מומחים, מנתחים ומרדימים שבהסכם.

11. תגמולי ביטוח

- 11.1 המבטחת תהיה רשאית, על פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות, או לשלם למבוטח תמורת קבלות וחשבוניות מקוריות, או העתק מהן כמפורט בסעיף 10.2.3.1 לעיל.
- 11.2 למרות האמור לעיל, במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר כמפורט בסעיף 10.2.3.1 לעיל, תשלם המבטחת את ההפרש בין המגיע למבוטח על פי פוליסה זו לבין הסכום ששולם מהגורם האחר, אך לא יותר מהוצאות המבוטח בפועל.
- 11.3 תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל, ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום, ובלבד שימסר למבטחת היתר להוצאת מטבע חוץ אם יהיה צורך בכך.
- 11.4 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל, במידה ובהתאם לתנאי הפוליסה הם ננקבו במטבע זר, ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק ישראל ביום הכנת התשלום על ידי המבטחת בתוספת היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום כזה.
- 11.5 תשלום תגמולי הביטוח יבוצע בתוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים והתקיימות כל התנאים כאמור בסעיף 10 לעיל.
- 11.6 נפטר המבוטח, תשלם המבטחת את יתרת תגמולי הביטוח אשר לא שולמו לפני מועד הפטירה לגורם כלפיו התחייבה לשלם ובהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על פי ההתחייבות האמורה, תשלם המבטחת את היתרה ליורשיו החוקיים של המבוטח, על פי צו ירושה או צו קיום צוואה.
- 11.7 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח המרבי המצוין בכל נספח מפוליסה זו או בדף פרטי הביטוח, לפי העניין.
- 11.8 מבוטח שאירע לו מקרה ביטוח, המכוסה בשני נספחים או יותר, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בהתאם לתנאי נספחים אלה, לפי הגבוה מביניהם, ובלבד שלא יהיה זכאי לכפל ביטוח בגין אותו מקרה הביטוח.
- 11.9 בנוסף על האמור בסעיף זה יחולו על תגמולי הביטוח גם התנאים הנוספים המפורטים בכל נספח לפוליסה, לפי העניין.
- 11.10 המבטחת תהא זכאית לנכות מכל תשלום בגין הפוליסה, כל חוב דמי ביטוח המגיע לה מבעל הפוליסה ו/או מהמבוטח.

12. מקרה ביטוח המכוסה על ידי יותר מחברת ביטוח אחת ו/או על-ידי צד שלישי ו/או על ידי פוליסה נוספת או יותר **אצל המבטחת**

- 12.1 הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטחת מעת ששילמה למבוטח תגמולי ביטוח וכשיעור התגמולים ששילמה בסעיף זה צד שלישי, לרבות קופות החולים.
- 12.2 המבטחת אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה לפי פרק זה באופן שיפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל מהמבטחת.

- 12.3 קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטחת על פי סעיף זה, יהא עליו להעבירו למבטחת. עשה המבוטח פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטחת, עליו לפצותה בשל כך.
- 12.4 **היה המבוטח ו/או בעל הפוליסה זכאי לכיסוי הוצאות מסוג שיפוי המשולמות על-פי ביטוח זה מאת מבטח אחר או על-ידי ביטוח אחר, תהא המבטחת אחראית כלפי המבוטח יחד ולחוד עם המבטח האחר לגבי סכום הביטוח החופף ויחולו הוראות סעיף 59 לחוק חוזה הביטוח.**
- 12.5 המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכויותיה של המבטחת כאמור, לרבות המחאת זכויותיו של המבוטח כלפי הצד השלישי או על פי הפוליסות האחרות, כאמור, למבטחת, לגבי סכום תגמולי הביטוח העולים על חלקה היחסי של המבטחת בהוצאות שהוצאו בפועל.
- 12.6 **המבוטח לא יהא זכאי לתגמולי ביטוח נוספים מסוג שיפוי בשל פוליסות אחרות, דומות או זהות, אצל המבטחת, בשל אותו מקרה ביטוח.** ערכה המבטחת למבוטח פוליסות נוספות כאמור, תחזיר לו את דמי הביטוח עבור הפוליסות הנוספות מהמועד בו נתגלה כפל הביטוח.
- 12.7 **קיבל המבוטח מצד שלישי שיפוי בגין הוצאות המכוסות בפוליסה זו, בין מכוח חוזה ביטוח ובין שלא מכוח חוזה ביטוח, תהא המבטחת זכאית לקזז את סכום השיפוי מסך תגמולי הביטוח מסוג שיפוי להם זכאי המבוטח על פי פוליסה זו.**

13. ביטול הפוליסה

- 13.1 **ביטול על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח**
- 13.1.1 בעל הפוליסה ו/או המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבטחת. הביטול ייכנס לתוקפו תוך שלושה ימים מיום קבלת ההודעה על ידי המבטחת.
- 13.1.2 ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה פירושו ביטולה לגבי כל המבוטחים הרשומים בדף פרטי הביטוח, אלא אם כן נמסרה הודעת ביטול רק בקשר למבוטח מסויים שאינו בעל הפוליסה.
- 13.1.3 ביטול הפוליסה לגבי מבוטח מסויים משמעה ביטול הפוליסה וכל נספחיה, אלא אם כן נמסרה הודעת הביטול רק בקשר לנספח מסויים.
- 13.1.4 בוטלה הפוליסה על ידי בעל הפוליסה כאמור בסעיף 13.1.2 לעיל, יהיו שאר המבוטחים בפוליסה לפני קבלת הודעת הביטול, רשאים להמשיך את הביטוח **בתנאי שהודיע/ה על כך למבטחת לא יאוחר מ- 90 ימים מיום הודעת המבטחת על ביטול הביטוח, ובכפוף לכך ששילמו את דמי הביטוח החסרים בגין התקופה והמציאו למבטחת התחייבות לתשלום דמי הביטוח השוטפים באחת מדרכי התשלום המוצעות על ידי המבטחת.**
- 13.2 **ביטול על ידי המבטחת-** המבטחת תהיה רשאית לבטל את הפוליסה בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 13.2.1 אי תשלום דמי הביטוח בהתאם להוראות הפוליסה.
- 13.2.2 בכל מקרה שבו על פי חוק חוזה הביטוח רשאית המבטחת לבטל את הפוליסה,

14. כפיפות להסדר התחיקתי

- 14.1 על פוליסה זו חלות הוראות ההסדר התחיקתי, והיא כפופה להן. בכל מקרה של סתירה בין הוראות הפוליסה להוראות קוגנטיות בהסדר התחיקתי, יחולו הוראות ההסדר התחיקתי.
- 14.2 היה ויחולו שינויים בסל שירותי הבריאות לפי חוק ביטוח בריאות יערכו בפוליסה השינויים המתבקשים מכך, בכפוף לקבלת אישורו של המפקח.

15. צירוף ילדו של המבוטח ומעבר הילד לפוליסה אחרת

- 15.1 מבוטח יהיה זכאי לצרף לפוליסה זו את ילדיו. במקרה כנ"ל תוגש על ידו הצעה והצהרת בריאות מתאימה, והילד יצורף לביטוח רק לאחר קבלת אישור בכתב מאת המבטחת. תחילת תקופת הביטוח ודמי הביטוח הנוספים עבורו יצוינו בדף פרטי הביטוח.
- 15.2 צירוף תינוק לאחר הלידה - נולד למבוטח תינוק, יהיה זכאי לצרפו לפוליסה זו לאחר תום 15 יום מיום ששוחרר מבית החולים בו נולד. המבוטח יגיש למבטחת הצעה ויצרף אליה הצהרת בריאות בנוגע למצבו הרפואי של התינוק. התינוק יצורף לפוליסה זו רק לאחר קבלת אישור בכתב מאת המבטחת. תחילת תקופת הביטוח ודמי הביטוח הנוספים עבורו יצוינו בדף פרטי הביטוח.

15.3 ילדו של המבוטח מבוטח בפוליסה זו כל עוד משולמים דמי הביטוח על ידי בעל הפוליסה, ללא מגבלת גיל. מבוטח בפוליסה זו יחד עם הורהו, יוכל לבקש, בכל עת לאחר הגיעו לגיל 21, כי המבטחת תנפיק לו פוליסה חדשה בהתאם לתנאים כפי שיהיו במועד הבקשה, ללא צורך בחיתום רפואי מחדש לגבי כיסויים וסכומי ביטוח חופפים בלבד.

16. **מסים והיטלים**

בעל הפוליסה ו/או המבוטח ו/או המוטב, לפי הענין, יהיה חייב לשלם למבטחת, מיד עם קבלת דרישתה את המסים, ההיטלים הממשלתיים והאחרים החלים על הפוליסה או המוטלים על הסכומים ועל כל התשלומים האחרים שהמבטחת מחויבת לשלם לפי הפוליסה, לרבות הוצאות הקשורות בהמרה למטבע חוץ והעברתו לחו"ל, בין שמסים והיטלים אלה קיימים במועד תחילת הביטוח ובין שיוטלו בעתיד.

המבטחת רשאית על פי שיקול דעתה הבלעדי לשלם את המסים וההיטלים כאמור, כולם או חלקם, במקום בעל הפוליסה ו/או המבוטח ו/או המוטב, לפי העניין, ובמקרה זה הסכום ששולם כאמור יהווה חלק מתגמולי הביטוח.

17. **הודעות והצהרות**

17.1 כל ההודעות והצהרות הנמסרות למבטחת על ידי בעל הפוליסה או המבוטח או כל אדם אחר צריכות להימסר בכתב על גבי הטפסים שיהיו מקובלים אצל המבטחת באותו מועד, במשרדי המבטחת, זולת הצעת ביטוח שנמסרה באמצעות הטלפון.

17.2 כל שינוי בתנאי הפוליסה, לפי בקשת המבוטח או בעל הפוליסה בהתאם לאמור בפוליסה זו ובכפוף להסדר התחיקתי, ייכנס לתוקפו רק אם המבטחת הסכימה לכך בכתב (במקרים שבהם דרושה הסכמתה לפי הפוליסה) ושלחה דף פרטי ביטוח מעודכן. אין באמור לעיל כדי להכשיר מתן הוראה או הודעה אשר אין בסמכותו של נותן ההודעה לתיתן.

17.3 בכל מקרה של שינוי כתובת, חייב בעל הפוליסה או המבוטח לפי העניין, להודיע על כך למבטחת בכתב. המבטחת תצא ידי חובתה במשלוח הודעותיה לכתובת האחרונה הידועה לה.

17.4 כל הודעה שתישלח בדואר על ידי המבטחת לבעל הפוליסה או למבוטח או על ידיהם למבטחת לפי הכתובת המעודכנת הידועה באותו מועד, תיחשב כהודעה שנתקבלה כדין על ידי הנמען בתוך 72 שעות מזמן הימסר המכתב בדואר ישראל, הכולל את ההודעה.

17.5 **כל הודעה שתישלח לבעל הפוליסה תיחשב כאילו נמסרה לידי כל מבוטח, ובעל הפוליסה מצהיר כי הוא שלוחו/ אפטרופסו של מבוטח לצורך משלוח הודעה כאמור.**

18. **סתירות**

במקרה של סתירה בין תנאים אלה לבין התנאים של נספח מסוים שצורף לפוליסה זו, יחולו תנאי הנספח ככל שמיטיבים עם המבוטח, ועל שאר חלקי הפוליסה יחולו התנאים הכלליים.

19. **התיישנות**

תקופת ההתיישנות של תביעה על פי הפוליסה היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

20. **ברירת הדין**

20.1 **פרשנות הפוליסה וכל חילוקי דעות או תביעות על פיה או בקשר אליה, יתבררו אך ורק לפי דיני ישראל, בבתי משפט בישראל ו/או ברשויות המוסמכות בישראל בלבד.**

20.2 **למען הסר ספק, מובהר בזאת, כי אכיפת פסק דין זר לא תחשב כפרשנות הפוליסה לפי דיני ישראל ולא כפסק דין שניתן בבית משפט ישראלי.**

פרק ב' - חריגים לאחריות המבטחת החלים על כל נספחי הפוליסה

21. הוראות כלליות

- 21.1 פרק זה מונה את ההגבלות, הסייגים והחריגים (להלן – "החריגים הכלליים") החלים על פוליסה זו ועל כל אחד מנספחיה.
- 21.2 בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק זה, יחולו גם ההגבלות, הסייגים והחריגים המיוחדים (להלן – "החריגים המיוחדים") לגבי כל אחד מהכיסויים הביטוחיים המפורטים בנספחי הפוליסה.
- 21.3 בכל מקום בו בנספח לפוליסה נקבע מפורשות, כי החריגים הכלליים המנויים להלן בפרק זה אינם חלים, כולם או מקצתם, ינהגו בהתאם להוראות אותו נספח, לפי העניין.

22. חריג מצב רפואי קודם

- 22.1 המבטחת תהיה פטורה מתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה ועל פי כל אחד מנספחיה בשל מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 22.2 תוקף החריג בגין מצב רפואי קודם יהיה מוגבל בזמן בהתאם לגילו של המבוטח במועד תחילת הביטוח כדלקמן:
- 22.2.1 22.2.2 היה גיל המבוטח פחות מ- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח - שנה אחת מיום תחילת הביטוח.
- 22.2.2 היה גיל המבוטח מעל ל- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח - חצי שנה מיום תחילת הביטוח.
- 22.2.3 נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח על מצב בריאותו ונתן פרטים מלאים על מצב רפואי קודם, תהיה המבטחת רשאית לסייג את היקף חבותה. סייג זה יפורט בדף פרטי הביטוח ויהיה תקף לתקופה שפורטה בו לצד אותו מצב רפואי קודם.
- 22.2.4 הודיע המבוטח על מצב רפואי קודם, והמבטחת לא סייגה במפורש את המצב הרפואי הקודם בדף פרטי הביטוח, יהיה הביטוח ללא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין מצב רפואי קודם.
- 22.2.5 אין באמור לעיל כדי לפטור את המבוטח מחובת גילוי לפי חוק חוזה הביטוח לגבי מצב רפואי קודם.

23. חריגים נוספים החלים על כל אחד מנספחי הפוליסה

- בנוסף לאמור לעיל, המבטחת לא תהיה אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי פוליסה זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם:
- 23.1 מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח.
- 23.2 מום או מחלה מולדים לרבות מחלות תורשתיות אשר אובחנו אצל המבוטח קודם כניסתו לביטוח, בכפוף לסייג בשל מצב רפואי קודם, כמפורט לעיל בסעיף 22.
- 23.3 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם לרבות: בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע.
- 23.4 מקרה הביטוח נגרם עקב ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית מכוונת, הפרעות נפש ומחלות נפש, טיפולים נפשיים ופסיכולוגיים, אלכוהוליזם או שימוש באלכוהול, שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראות רופא, שלא לצורך גמילה.
- 23.5 הריון ו/או לידה, פרייון או עקרות וטיפולים בעובר, למעט במקרים המפורטים להלן:
- 23.5.1 הפסקת הריון שנדרשה עקב סכנת חיים לאם או עקב גילוי מום בעובר.
- 23.5.2 לידה בניתוח קיסרי מתוכנן מראש עקב צורך רפואי.
- 23.5.3 ניתוחים גניקולוגיים מתקנים בעקבות לידה בשל סיבה רפואית שאינה נפשית, קוסמטית או לצורכי פרייון.
- 23.5.4 התייעצויות הקשורות להריון.

- 23.6 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש AIDS (אידס) ובמחלות: HUMAN T-CELL LYMPHATROPIC VIRUS TYPE III (HTLV) ו-LYMPHADENOPATHY 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.
- 23.7 מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין ממעשה פלילי בו השתתף המבוטח.
- 23.8 מקרה הביטוח נגרם מנשק לא קונבנציונלי (גרעיני, כימי או ביולוגי), מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי, קרינת רנטגן או קרינה מייננת, תחליפים גרעיניים ופסולת גרעינית. מקרה הביטוח נגרם עקב פעולה מלחמתית או פעולה צבאית.
- 23.9 טיסה בכלי טייס מכל סוג שהוא, בין אם ממונע ובין אם לאו (למעט טיסה כנוסע בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות), רחיפה, דאיה, גלישה אווירית, צניחה, סקי או צלילה.
- 23.10 בדיקות שגרה ומעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.
- 23.11 טיפולים למטרות מחקר ו/או טיפולים שאינם מוכרים על ידי מדע הרפואה ו/או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות ו/או טיפולים נסיוניים ו/או טיפולים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות נסיוניות ו/או טיפולים שנדרש אישור ועדת הלסינקי או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם.
- 23.12 המבטחת לא תחוב על פי פוליסה זו בכל מקרה בו קיימת מניעה חוקית ביישומה על פי כל דין.

24. המבטחת אינה אחראית לשירותים הרפואיים ולתוצאותיהם

למען הסר ספק מובהר ומוסכם בזה, בחירת הרופא המטפל ו/או ספק השירות הרפואי ו/או בית החולים שבו יינתן השירות הרפואי ו/או כל יתר הטיפולים והשירותים המכוסים בפוליסה, נעשים על ידי המבוטח, והמבטחת איננה אחראית לטיב השירותים הרפואיים ו/או לפעולות נותני השירותים הרפואיים כאמור לעיל, ו/או המוצרים ו/או הטיפולים הרפואיים הניתנים למבוטח בקרות מקרה הביטוח על ידי כל נותן שירות ו/או מוכר מוצר כאמור ו/או ספק השירות הרפואי לרבות ו/או כל לכל מק שייגרם על ידם.

מובהר בזאת, כי האמור לעיל חל גם אם הטיפול ו/או השירות הרפואי בוצע באמצעות נותן השירות שבהסכם ו/או בתיאום עם המבטחת ו/או חברה קשורה ו/או על ידי הפניית המבוטח לנותן השירות.

נספח - השתלות בישראל ובחו"ל, טיפולים מיוחדים בחו"ל

קרה מקרה הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן בנספח זה ו/או תפצה את המבוטח בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בנספח זה וכן בכפוף להוראות התנאים הכלליים של הפוליסה אליה צורף נספח זה.

הכיסוי הביטוחי בנספח זה יחול, על פי הוראותיו, רק בתנאי שמצוין במפורש בדף פרטי הביטוח כי המבוטח הינו מבוטח על פיו וכן בתנאי שהינו בתוקף לגבי אותו מבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.

1. **הגדרות** בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים של הפוליסה, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:

- 1.1. **הטסה רפואית** - הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל ו/או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה. הכיסוי כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.
- 1.2. **חוק השתלת איברים** - חוק השתלת איברים, התשס"ח – 2008.
- 1.3. **התנאים הכלליים** - תנאים כלליים לתוכנית ביטוח בריאות. אליהם מצורף נספח זה.

2. **מקרה הביטוח**

- 2.1. אחד או יותר מאלה:
- 2.2. **מקרה הביטוח בהשתלה** - מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה.
- 2.3. **מקרה הביטוח בטיפול מיוחד** - מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע טיפול מיוחד.

3. **תנאים מוקדמים להתחייבות המבטחת**

- 3.1. **לגבי מקרה ביטוח של השתלה, נדרש כי יתקיימו כל התנאים המצטברים המפורטים להלן:**
 - 3.1.1. **רופא מומחה בישראל קבע, בחוות דעת בכתב, כי מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.**
 - 3.1.2. **ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה מדינה.**
 - 3.1.3. **ההשתלה תבוצע בהתאם להוראות חוק השתלת איברים.**
- 3.2. **לגבי מקרה ביטוח של טיפול מיוחד, נדרש כי יתקיימו כל התנאים המצטברים המפורטים להלן:**
 - 3.2.1. **רופא מומחה בישראל בדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש קבע, בחוות דעת בכתב, כי מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל וכי התקיימו במבוטח וכי התקיימו במבוטח התנאים המפורטים בהגדרת טיפול מיוחד בתנאים הכלליים, וזאת על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.**
 - 3.2.2. **הטיפול המיוחד יבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה מדינה.**
 - 3.2.3. **הטיפול המיוחד יעשה עפ"י אמות מידה אתיות המקובלות במדינה בה יבוצע.**

4. **תנאים מהותיים להתחייבות המבטחת**

- 4.1. **עם היוודע למבוטח על הצורך בביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, יודיע המבוטח על כך בכתב למבטחת ויקבל את אישורה מראש ובכתב לתשלום תגמולי ביטוח על פי נספח זה. קבלת אישור המבטחת מראש ובכתב לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל הינה תנאי מהותי לאחריות החברה על פי נספח זה. בוצעה/ה במבוטח השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, המכוסה על פי נספח זה, ללא קבלת אישור המבטחת מראש ובכתב כאמור, תשלם המבטחת למבוטח את ההוצאות, כפי שהיו, לו היו ההשתלה או הטיפול המיוחד מבוצעים בבית חולים אשר למבטחת או לחברה קשורה יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי נספח זה.**
- 4.2. **הוראות מיוחדות לענין ביצוע השתלה:**
נספח זה מקנה כיסוי ביטוחי רק אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, הכולל, בין היתר, את ההוראות הבאות במצטבר:

- 4.2.1. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה להתבצע.
4.2.2. מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לענין איסור סחר באיברים.

5. התחייבויות המבטחת בקורות מקרה ביטוח של השתלה

- 5.1. במידה וההשתלה בוצעה על ידי נותן שירות שבהסכם, תשלם המבטחת את השיפוי ישירות לנותן השירות שבהסכם. המבטחת זכאית לשיבוב הסכומים ששילמה, כאמור, כולם או מקצתם, מקופת החולים בה חבר המבוטח, בהתאם לחבויות קופת החולים לפי חוק ביטוח בריאות והתקנות שנחקקו מכוחו, ובכפוף לאמור בסעיף 12 לתנאים הכלליים. **על אף האמור, סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין השתלת איבר מלאכותי או בגין השתלת איבר מן החי לא יעלה על סכום הביטוח המרבי המפורט בנספח תגמולי הביטוח. סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין כל השתלה אחרת אינו מוגבל, ובלבד שנעשתה אצל נותן שירות שבהסכם כאמור לעיל.**
- 5.2. במידה וההשתלה בוצעה על ידי נותן שירות שלא בהסכם, תשפה המבטחת את המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל עבור שירותים רפואיים שניתנו לו לצורך ההשתלה. המבטחת זכאית לשיבוב הסכומים ששילמה, כאמור, כולם או מקצתם, מקופת החולים בה חבר המבוטח, בהתאם לחבויות קופת החולים לפי חוק ביטוח בריאות והתקנות שנחקקו מכוחו, ובכפוף לאמור בסעיף 12 לתנאים הכלליים. **סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין השתלת איבר מלאכותי או בגין השתלת איבר מן החי לא יעלה על סכום הביטוח המרבי המפורט בנספח תגמולי הביטוח. סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין כל השתלה אחרת לא יעלה על סכום הביטוח המרבי המפורט בנספח תגמולי הביטוח.**
- 5.3. מובהר כי השתלה חוזרת אשר תידרש בעקבות ביצוע השתלה, כפעולה ראשונית, מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.
- להסרת ספק, במקרה בו ישתלו/ מח עצמות ו/או תאי גזע ו/או תאי אב מתורם אחר לגוף המבוטח, בעקבות אי הצלחת השתלת מח עצמות ו/או תאי גזע ו/או תאי אב מגופו של המבוטח, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. להסרת ספק, במקרה בו ישתל איבר מלאכותי או איבר מן החי כפרוצדורה הקודמת להשתלת איבר מגופו של המבוטח ו/או מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
- 5.4. המבטחת תשפה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור השתלה כמפורט דלקמן ותישא בהחזרים הבאים:
- 5.4.1. תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה רפואית של המבוטח הנובעות ממקרה הביטוח, עד גובה הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח לסדרת בדיקות אחת, ולא יותר משלוש סדרות לכל מקרה ביטוח.
- 5.4.2. תשלום עבור אשפוז בחו"ל.
- 5.4.3. תשלום עבור ביצוע ניתוח לצורך הוצאת האיבר המיועד להשתלה בגוף המבוטח, שימור האיבר והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.
- 5.4.4. תשלום לצוות הרפואי עבור השירותים הרפואיים שינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה.
- 5.4.5. 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. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ- 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות טיסה והעברה יבשתית, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, בהתאם לאמור בסעיף זה.
- 5.4.6. תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל והוצאות שיבה לישראל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל ו/או לישראל בטיסה מסחרית רגילה, **עד גובה הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.**
- 5.4.7. תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל עד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח ליום, ולא יותר מהסך הנקוב בנספח תגמולי הביטוח למקרה ביטוח, ובלבד שההשתלה בוצעה בפועל. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ- 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, בהתאם לאמור בסעיף זה.
- 5.4.8. תשלום עבור טיפולי המשך הנובעים מביצוע ההשתלה.

- 5.4.9. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה.
- 5.4.10. תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע ההשתלה בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע ההשתלה בחו"ל, **עד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.**
- 5.4.11. הוצאות לאיתור תרומת מח עצם ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או תאי דם טבורי **עד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח עבור כל הבדיקות המנויות בסעיף זה.**
- 5.4.12. **גמלה חודשית:**
- 5.4.12.1. **עבור מועמד להשתלה:** מבוטח אשר בקרות מקרה הביטוח מרותק למיטתו בשל מצבו הרפואי ונזקק לשירותי מטפל/ת, יהיה זכאי לגמלה חודשית **בסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח** בתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל **ולא יותר מ- 12 חודשים.** מבוטח כאמור השווה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לגמלה חודשית בשיעור של **50% מהסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח** ולמשך תקופה של עד 12 חודשים. **תנאי מוקדם לצורך קבלת הגמלה על פי סעיף זה הינו קבלת אישור בכתב של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה בטרם ביצוע ההשתלה של המבוטח.**
- 5.4.12.2. **גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה:** בכל מקרה של ביצוע השתלה המכוסה על פי נספח זה, תשלם המבטחת למבוטח **בחיייו** גמלה חודשית בגובה הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח **למשך תקופה של עד 24 חודשים.**
- אם בעת ביצוע ההשתלה המבוטח הינו מתחת לגיל 18 תהא הגמלה בשיעור **50% מהסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח** למשך התקופה הנ"ל.
6. **התחייבות המבטחת בקרות מקרה ביטוח של טיפול מיוחד**
- 6.1. המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל עבור שירותים רפואיים שניתנו לו לצורך הטיפול המיוחד, **להוציא כל החבויות אותן זכאי המבוטח לקבל מקופת החולים בה הוא מבוטח בהתאם לחוק ביטוח בריאות והתקנות שנחקקו מכוחו ובכפוף לאמור בסעיף 12 לתנאים הכלליים של פוליסה זו.** במקרה זה תשפה המבטחת את המבוטח לפי הוצאותיו והיא זכאית לשיבוב הסכומים ששילמה, כאמור, **מקופת החולים הרלוונטית. סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין הטיפול המיוחד לא יעלה על סכום הביטוח המרבי המפורט בנספח תגמולי הביטוח.**
- 6.2. מובהר כי טיפול מיוחד חוזר אשר יידרש בעקבות ביצוע טיפול מיוחד, כפעולה ראשונית, מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.
- 6.3. המבטחת תשפה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הטיפול המיוחד כמפורט דלקמן ותישא בו:
- 6.3.1. תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה רפואית של המבוטח הנובעות ממקרה הביטוח.
- 6.3.2. תשלום עבור אשפוז בחו"ל.
- 6.3.3. תשלום לצוות הרפואי עבור השירותים הרפואיים שינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע הטיפול המיוחד.
- 6.3.4. תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך הטיפול המיוחד, בטיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ומלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל, וכן תשלום הוצאות העברה יבשתית של המבוטח ומלווה אחד משדה התעופה לבית החולים ובחזרה. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ- 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, בהתאם לאמור בסעיף זה.
- 6.3.5. תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל והוצאות שיבה לישראל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל ו/או לישראל בטיסה מסחרית רגילה, **עד גובה הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.**
- 6.3.6. תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע הטיפול אך **לא יותר מהסך הנקוב בנספח תגמולי הביטוח למקרה ביטוח, ובלבד שהטיפול המיוחד בוצע בפועל.** היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ- 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, בהתאם לאמור בסעיף זה.
- 6.3.7. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע הטיפול המיוחד.

6.3.8. 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 סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.

7. **פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד:**

נפטר המבוטח כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד המכוסים על פי נספח זה, במהלך ההשתלה או הטיפול המיוחד המכוסה על פי נספח זה, או תוך 7 ימים (יום הניתוח ועוד 6 ימים), תשלם המבטחת למוטבים על פי נספח זה, ובהיעדר קביעת מוטבים – ליורשי המבוטח על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל, פיצוי נוסף בגובה הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח, ובלבד שההשתלה או הטיפול המיוחד בוצעו בתוך תקופת הביטוח. כיסוי זה יהיה בתוקף עבור מבוטחים שבעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מלאו להם 21 שנה.

נספח תגמולי הביטוח

הסכומים הינם צמודי מדד ונכונים למדד הידוע ביום 15.6.2012, העומד על 12111 נקודות.

סעיף הזכאות	תגמולי הביטוח
5.1 - השתלה אצל נותן שירות שבהסכם	איבר מלאכותי או איבר מן החי – 2,370,000 ש"ח
5.2 - השתלה אצל נותן שירות <u>שלא</u> בהסכם	איבר מלאכותי או איבר מן החי – 2,370,000 ש"ח; כל השתלה אחרת – 4,750,000 ש"ח
5.4.1 - הערכה רפואית	25,000 ש"ח
5.4.6 - הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל	75,000 ש"ח
5.4.7 - הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד	1,000 ש"ח ליום, 50,000 ש"ח למקרה ביטוח
5.4.10 - הבאת מומחה מחו"ל לביצוע ההשתלה בישראל	60,000 ש"ח
5.4.11 - הוצאות לאיתור תרומת מח עצם ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או תאי דם טבורי	170,000 ש"ח
5.4.12.1 - גמלה חודשית עבור מועמד להשתלה	7,500 ש"ח
5.4.12.2 - גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה	7,700 ש"ח
6.1 - טיפול מיוחד	850,000 ש"ח
6.3.5 - הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל	75,000 ש"ח
6.3.6 - הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד	1,000 ש"ח ליום, 50,000 ש"ח למקרה ביטוח
6.3.8 - הבאת מומחה מחו"ל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל	60,000 ש"ח
7 - פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או טיפול מיוחד	120,000 ש"ח

נספח - תרופות מיוחדות

קרה מקרה הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן בנספח זה **בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בנספח זה וכן בכפוף להוראות התנאים הכלליים של הפוליסה אליה צורף נספח זה.**

הכיסוי הביטוחי בנספח זה יחול, על פי הוראותיו, רק בתנאי שמצוין במפורש בדף פרטי הביטוח כי המבוטח הינו מבוטח על פיו וכן בתנאי שהינו בתוקף לגבי אותו מבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.

1. הגדרות

- בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים של הפוליסה, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:
 - 1.1 **בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן - "נותן השירות").
 - 1.2 **המדינות המוכרות** - ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת המדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
 - 1.3 **השתתפות עצמית** - סכום שתנכה המבטחת 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 אחת בגין כל חודש. במידה וניתנו מרשמים לתרופות נוספות לטיפול באותו מצב בריאותי של המבוטח בגין אותו מקרה ביטוח - לא תנוכה ההשתתפות עצמית נוספת.
 - 1.4 **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, בצורה חד פעמית או מתמשכת.
 - 1.5 **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל בגין תרופה והמשתנה מעת לעת.

לא נקבע לתרופה מחיר מרבי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע המחיר המרבי על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב.

לא נקבע לתרופה מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע המחיר המרבי על פי הסכום המרבי 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 המבטחת בתוספת היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום כזה.

- 1.6 **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא בית חולים או רופא מומחה, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה בתחילת הטיפול התרופתי, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. על אף האמור, יתקבל גם מסמך רפואי כאמור חתום בידי רופא שאינו מומחה בתחום הרלוונטי, ובלבד שאחת לשלושה חודשים במהלך הטיפול יינתן מסמך רפואי חתום בידי רופא בית חולים או רופא מומחה.

- 1.7 **רופא מומחה** - רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.

- 1.8 **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות הרשומות על פי פקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א - 1981 ו/או על פי תקנות הרופאים (תכשירים), התשמ"ו - 1986, או הוראת דין שתבוא במקומן, והמפורסמות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.

- 1.9 **תקופת זכאות** - תקופה של כל שלוש שנות ביטוח, שהראשונה מתחילה במועד תחילת הביטוח.
- 1.10 **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה, ואשר אושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל ונכלל ברשימת התרופות המאושרות ו/או אושר ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.

- 1.11 **תרופה OFF LABEL** - תרופה, שאושרה לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות, להתוויה רפואית שונה מזו הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1.11.1 פרסומי ה-FDA

- 1.11.2 American Hospital Formulary Service Drug Information
- 1.11.3 US Pharmacopoeia - Drug Information
- 1.11.4 Drugdex (Micromedex), **ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):**
 - 1.11.4.1.1 עוצמת ההמלצה (Strength of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או IIa.
 - 1.11.4.1.2 חוזק הראיות (Strength of Evidence) – נמצאת בקטגוריה A או B.
 - 1.11.4.1.3 יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa.
 - 1.11.4.1.4 תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה- National Guidelines, שמתפרסם ע"י אחד מהבאים:
 - 1.11.4.1.4.1 NCCN
 - 1.11.4.1.4.2 ASCO
 - 1.11.4.1.4.3 NICE
 - 1.11.4.1.4.4 Esmo Minimal Recommendation
- 1.11.5 **נטל ההוכחה כי התרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ע"י אחד מהפרסומים ו/או המאגרים המפורטים בסעיפים 1.11.1-1.11.4 לעיל, מוטל על המבוטח.**
- 1.12 **תרופת יתום** - תרופה לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.
- 1.13 **תרופה נסיונית** - תרופה אשר לא אושרה ע"י הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול בהתוויה הרפואית הנדרשת למבוטח. לענין זה, יובהר כי תרופה OFF LABEL ו/או תרופת יתום, כמוגדר לעיל, לא תיחשב תרופה נסיונית.
- 1.14 **התנאים הכלליים** - תנאים כלליים לתוכנית ביטוח בריאות, אליהם מצורף נספח זה.
2. **מקרה הביטוח**
 - מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, הנזקק, על פי הוראת רופא, לטיפול תרופתי. תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח על פי תנאי נספח זה בגין:
 - 2.1 רכישת תרופה, אשר אינה כלולה בסל שירותי הבריאות, אך כלולה ברשימת התרופות המאושרות, והתרופה אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ו/או באחת מהמדינות המוכרות.
 - 2.2 רכישת תרופה, אשר כלולה בסל שירותי הבריאות, אך אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית, הקבועה בסל שירותי הבריאות, כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, והתרופה אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית, לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ו/או באחת מהמדינות המוכרות.
 - 2.3 רכישת תרופה OFF LABEL.
 - 2.4 רכישת תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, המוכרת כתרופת יתום להתוויה הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
3. **התנאי לקיום מקרה הביטוח הינו כי התרופה אינה תרופה נסיונית או תרופה מתחום הרפואה המשלימה. תנאי מהותי להתחייבויות המבטחת**
 - המבוטח יפנה לאישור המבטחת קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם.
 - למען הסר ספק, מובהר כי אישור המבטחת מראש לרכישת התרופה הינו תנאי מהותי. רכש המבוטח תרופה שרכישה לא אושרה מראש ע"י המבטחת, תשלם המבטחת למבוטח את ההוצאות, כפי שהיו, לו היתה התרופה נרכשת באמצעות בית מרקחת אשר למבטחת יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי נספח זה.

4. התחייבויות המבטחת

המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו לרכישת תרופות ו/או תשלום ישירות לנותן השירות עבור התרופה, לכיסוי המינון הנדרש בכל פעם, ובניכוי השתתפות עצמית אשר גובהה יהיו על פי סוג התרופה כמפורט בסעיף 2 לעיל, עד תקרת סכום הביטוח המירבי ולא יותר מהמחיר המאושר לאותה תרופה, בכפוף לתנאים המפורטים להלן:

- 4.1. בגין תרופות כמפורט בסעיפים 2.1-2.4 לעיל תשלום השתתפות עצמית כמפורט בנספח תגמולי הביטוח.
- 4.2. בנוסף, תשפה המבטחת את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח, בשיעור שלא יעלה על הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח ליום ולתקופה שלא תעלה על 60 יום בגין כל מקרה ביטוח. יובהר כי הכיסוי על פי סעיף זה ינתן אך ורק בגין נטילת תרופה, אשר המבטחת שיפחה את המבוטח עבור רכישתה כאמור ברישת סעיף 4.
- 4.3. היה המבוטח זכאי לכיסוי במסגרת נספח זה, אך קופת החולים ו/או השב"ן בהם הוא חבר מימנו את העלויות באופן מלא או חלקי, והמבטחת לא השתתפה במימון התרופה כאמור ברישת סעיף 4:
- 4.3.1. המבוטח יהיה זכאי להחזר סכום ההשתתפות ששילם לקופת החולים ו/או לשב"ן בהם הוא חבר עבור התרופה.
- 4.3.2. בנוסף לאמור בס"ק 4.3.1 לעיל יקבל המבוטח פיצוי חודשי בשיעור 10% מהמחיר המאושר לאותה תרופה, ולא יותר מהסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח לחודש.

5. סכום הביטוח המירבי

- סכום הביטוח המירבי שתשלם המבטחת בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי נספח זה, בין אם תגמולי הביטוח שולמו כשיפוי ו/או כפיצוי למבוטח ובין אם שולמו ישירות לספק השירות, יהיה עד גובה סכום הביטוח המירבי הנקוב בנספח תגמולי הביטוח לתקופת זכאות, על פי המפורט להלן:
- 5.1. סכום הביטוח המירבי בגין תקופת זכאות יהיה נקוב בנספח תגמולי הביטוח.
 - 5.2. בתום כל תקופת זכאות יהיה המבוטח זכאי לסכום הביטוח המירבי נקוב בנספח תגמולי הביטוח, לתקופת הזכאות העוקבת.
 - 5.3. למען הסר ספק יובהר, כי לא ניתן לצבור סכומי ביטוח שטרם מומשו להעבירם לתקופת הזכאות העוקבת, והמבוטח יהיה זכאי בכל תקופת זכאות לסכום ביטוח מירבי כמפורט בסעיפים 5.1-5.3 לעיל.

6. חריגים מיוחדים לנספח זה

- בנוסף לאמור בתנאים הכלליים לפוליסה, למעט אלה שבוטלו מפורשות בנספח זה, לא תהא המבטחת חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי נספח זה במקרים הבאים:
- 6.1. שתל ו/או אביזר ו/או אמצעי אחר להחדרת תרופה לרבות שתל ו/או אביזר מצופה תרופה.
 - 6.2. תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או תחליף ניתוח ו/או השתלה שבוצעו בבית חולים כללי ו/או במהלך אשפוז בבית חולים כללי.
 - 6.3. תרופה מתחום טיפולי Anti-Aging.
 - 6.4. תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.
 - 6.5. תרופה לטיפול במחלות נפש ו/או הפרעות נפש ו/או טיפולים נפשיים.
 - 6.6. תרופה לטיפול שיניים.
 - 6.7. תרופה לטיפול בהשמנת יתר.
 - 6.8. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.
 - 6.9. תרופה הניתנת למבוטח הנושא או אשר יישא נוגדנים למחלת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) או לצהבת מסוג C (Hepatitis C) ו/או אם למבוטח אנטיגן של צהבת B (Hepatitis B) בדמו.

7. ביטול חריגים

סעיף 23.11 בתנאים הכלליים – מבוטל.

8. תביעות

המבטחת תשפה את המבוטח בגין התחייבויותיה או תעביר ישירות את ההוצאות לנותן השירות בכפוף לתנאים שלהלן:

Top Plus

8.1. המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים, שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

8.2. במקרה של הפסקת הזכאות לתגמולי ביטוח, על המבוטח להודיע על כך למבטחת בכתב. תשלומים שקיבל המבוטח שלא כדין, יוחזרו למבטחת.

9. הגבלת אחריות המבטחת מחוץ לגבולות מדינת ישראל

9.1. שהה המבוטח מחוץ לגבולות ישראל בקרות מקרה הביטוח או לאחר מכן, תהיה חבות המבטחת לשלם תגמולי ביטוח בעת שהות מחוץ לגבולות ישראל מוגבלת ל-120 ימים בלבד בכל שהיה מחוץ לגבולות ישראל.

9.2. חזר המבוטח לגבולות ישראל, יוכיח את זכאותו לתגמולים בגין טיפול תרופתי שניתן בעת שהות המבוטח מחוץ לגבולות ישראל, והמבטחת תשלם את המגיע ממנה בכפוף להוראות נספח זה.

נספח תגמולי הביטוח

הסכומים הינם צמודי מדד ונכונים למדד הידוע ביום 15.6.2012, העומד על 12111 נקודות.

סעיף הזכאות	תגמולי הביטוח
4.1 - השתתפות עצמית לתרופה	300 ש"ח
4.2 - החזר בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה	300 ש"ח
4.3.2 - תקרת פיצוי לתרופה במימון קופ"ח/שב"ן	1,800 ש"ח לתרופה לחודש
5.1 - סכום ביטוח מירבי בתקופת זכאות	2,000,000 ש"ח
5.2 - סכום ביטוח מירבי בכל תקופת זכאות עוקבת	2,000,000 ש"ח

נספח - ניתוחים בחו"ל

קרה מקרה הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן בנספח זה ו/או תפצה את המבוטח בכפוף לתנאים, להוצאות ולסייגים המפורטים בנספח זה וכן בכפוף להוצאות התנאים הכלליים של הפוליסה אליה צורף נספח זה. הכיסוי הביטוחי בנספח זה יחול, על פי הוראותיו, רק בתנאי שמצוין במפורש בדף פרטי הביטוח כי מבוטח הינו מבוטח על פיו וכן בתנאי שהינו בתוקף לגבי אותו מבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.

1. הגדרות

- בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים של הפוליסה, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:
- 1.1. **הטסה רפואית** - הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל ו/או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה. הכיסוי כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.
 - 1.2. **התנאים הכלליים** - תנאים כלליים לתוכנית ביטוח בריאות, אליהם מצורף נספח זה.

2. מקרה הביטוח

מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח אלקטיבי, אשר המבוטח בחר לבצעו בבית חולים בחו"ל.

3. תנאים מוקדמים להתחייבויות המבטחת

- 3.1. **אישורה מראש ובכתב למבוטח את ביצוע הניתוח, לרבות מועד ביצוע הניתוח ובכפוף לתנאים הכלליים של הפוליסה.** בוצע במבוטח ניתוח המכוסה על פי נספח זה, אולם ביצעו לא אושר מראש ע"י המבטחת, **תשלם המבטחת למבוטח את ההוצאות, כפי שהיו, לו היה נעשה הניתוח באמצעות בית חולים ומנתח אשר למבטחת או לחברה קשורה יש עמם הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי נספח זה.**
- 3.2. **המבוטח הינו תושב ישראל והתגורר בישראל כדרך קבע, למעלה מ- 180 ימים במהלך השנה הקודמת לקרות מקרה הביטוח. במידה ולא מתקיים במבוטח תנאי זה, תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאותיו בהיקף זכאות המבוטח בגין ביצוע אותו ניתוח בישראל.**
- 3.3. **למען הסר ספק מובהר כי נספח זה אינו בא במקום ואינו כולל ביטוח נסיעות לחו"ל.**

4. התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח

המבטחת מתחייבת לשאת בהוצאות הקשורות במקרה הביטוח, בכפוף לאמור בסעיף 3 לעיל, כדלקמן:

4.1. שכר מנתח בבית חולים

ישופה במלואו.

4.2. שכר רופא מרדים בבית חולים

ישופה במלואו.

4.3. כיסוי הוצאות חדר ניתוח ואשפוז בבית חולים

ישופו במלואו למשך תקופת אשפוז שלא תעלה על 30 ימים.

4.4. הוצאות בגין בדיקה פתולוגית בבית חולים

ישופו במלואו.

4.5. שתל

בוצע במבוטח ניתוח בבית חולים, ובמהלך הניתוח הושטלו/ו במבוטח שתלים/ים כלשהו/כלשהם, תשתתף המבטחת בעלות השתלים הנ"ל עד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח לאותו הניתוח.

4.6. שכר אחות פרטית או פיזיותרפיסט פרטי לאחר ניתוח

המבטחת תחזיר למבוטח הוצאות העסקת אחות פרטית או פיזיותרפיסט פרטי בבית החולים במהלך ימי האשפוז הרציפים שלאחר הניתוח, עד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח בגין כל יום אשפוז, ולתקופה שלא תעלה על 8 ימי אשפוז.

- 4.7 **שירותי אמבולנס לבתי חולים ובתי חולים**
המבטחת תחזיר למבוטח את מלוא הוצאותיו בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי החולים בחו"ל.
- 4.8 **התייעצות בחו"ל לפני ניתוח**
4.8.1 מקרה הביטוח בסעיף זה: מצבו הבריאותי של המבוטח, המחייב ביצוע ניתוח, שבעטיו התייעץ המבוטח עם רופא מומחה בחו"ל; וכן טיסת המבוטח לחו"ל לצורך קיום התייעצות, בכפוף לתנאים המצטברים הבאים:
4.8.1.1 הרופא המומחה הנ"ל קבע כי נסיעתו של המבוטח לחו"ל חיונית, כדי שיוכל לייעץ לו, כאמור.
4.8.1.2 רופא המבטחת אישר את קביעתו.
4.8.2 המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא עבור התייעצות בחו"ל לפני ניתוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%, ולא יותר מהסך הנקוב בנספח תגמולי הביטוח. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת בחו"ל לפני ניתוח במהלך שנת ביטוח.
4.8.3 בנוסף, בכפוף לאישור זכאות, תשפה המבטחת את המבוטח בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל וחזרה לישראל בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה ובאותו מועד, ועד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.
- 4.9 **כיסוי להתייעצות בחו"ל לצורך ביקורת לאחר ניתוח**
4.9.1 נזקק המבוטח להתייעצות בחו"ל עם הרופא המנתח לצורך ביקורת בגין ניתוח שאושר ובוצע במימון המבטחת על פי נספח זה, תשפה המבטחת את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא עבור התייעצות בחו"ל לצורך ביקורת לאחר הניתוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%, ולא יותר מהסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח. המבוטח יהיה זכאי לכיסוי התייעצות אחת בחו"ל לצורך ביקורת לאחר ניתוח במהלך שנת ביטוח.
4.9.2 בנוסף ובכפוף לאישור זכאות על ידי המבטחת, תשפה המבטחת את המבוטח בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל וחזרה לישראל בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד, ועד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.
- 4.10 **בנוסף לאמור בסעיפים 4.1-4.9 לעיל, תשתתף המבטחת בכיסוי ההוצאות המפורטות להלן**
4.10.1 **כיסוי להוצאות הטסה:**
במקרה שתקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 8 ימים, תישא המבטחת בתשלום הוצאות טיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ושל מלווה אחד לחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח וחזרתו ארצה לאחר הניתוח מחו"ל, בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד. היה המבוטח קטין שגילו נמוך מ-18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות טיסה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה.
4.10.2 **כיסוי להוצאות הטסה רפואית:**
במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה המבטחת את הוצאות ההטסה הרפואית מישראל לחו"ל ומחו"ל לישראל, בהתאם לצורך, עד גובה הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.
4.10.3 **כיסוי להוצאות שהייה של מלווה:**
במקרה שהמבוטח אושפז, תחזיר המבטחת למבוטח את הוצאות השהייה של מלווה אחד, בכפוף להשתתפות עצמית של 50%, עד לסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח ליום, לאדם, החל מהיום השמיני לאשפוז ועד תקרה של 33 ימים. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ-18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, בהתאם לאמור בסעיף זה.
4.10.4 **כיסוי להוצאות שהייה של המבוטח לאחר ניתוח:**
המבטחת תכסה את הוצאות השהייה של המבוטח בחו"ל בכפוף לאישור מראש ולאישור בית החולים בו בוצע הניתוח כי מצבו של המבוטח מחייב את המשך שהייתו בחו"ל. הכיסוי יהיה עד לסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח לשהיית מלווה בהתאם לס"ק 4.10.3 לעיל ועד לתקרה של 5 ימי שהייה בחו"ל מיום ששוחרר המבוטח מבית החולים.

4.10.5 כיסוי להוצאות הטסת גופה:

המבטחת תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל, אם נפטר חו"ח המבוטח כתוצאה מניתוח בעת שהותו בחו"ל, ובלבד שנפטר תוך תקופה, שלא תעלה על שלושה ימים מיום שחרורו מבית החולים בחו"ל.

4.10.6 הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל:

מבוטח, אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל לישראל. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.

4.10.7 ריפוי בעיסוק עקב ניתוח:

המבטחת תשלם הוצאות ריפוי בעיסוק שנדרשו בעקבות ניתוח, המכוסה בנספח זה, עד סכום השיפוי המירבי הנקוב בנספח תגמולי הביטוח לטיפול עבור 10 טיפולים לכל היותר, בהשתתפות עצמית של 20%, שישולמו עבור כל טיפול ולתקופה שלא תעלה על 120 יום לאחר ביצוע הניתוח.

4.10.8 הוצאות החלמה בעקבות ניתוח:

בוצע במבוטח ניתוח, המכוסה בנספח זה, אשר משך האשפוז שלו עלה על 7 ימים רצופים, תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאות ההחלמה של המבוטח במוסד הבראה עד לסכום השיפוי המירבי הנקוב בנספח תגמולי הביטוח לכל יום ולתקופה שלא תעלה על 5 ימים, וכן בתנאי שטרם חלפה תקופה של 30 ימים ממועד שחרור המבוטח מבית החולים בו בוצע הניתוח.

5. פיצוי במקרה של מוות בניתוח אלקטיבי:

נפטר המבוטח כתוצאה מניתוח אלקטיבי המכוסה על פי נספח זה, במהלך הניתוח או תוך 7 ימים (יום הניתוח ועוד 6 ימים), תשלם המבטחת למוטבים על פי נספח זה, ובהיעדר קביעת מוטבים – ליורשי המבוטח על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל, פיצוי נוסף בגובה הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח, ובלבד שהניתוח בוצע בתוך תקופת הביטוח. כיסוי זה יהיה בתוקף עבור מבוטחים שבעת ביצוע הניתוח מלאו להם 21 שנה.

6. חריגים מיוחדים לנספח זה

בנוסף לאמור בתנאים הכלליים לפוליסה לא תהא המבטחת אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי נספח זה תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם:

- 6.1 ניתוח הקשור במישרין או בעקיפין במטרת יופי ו/או אסתטיקה, לרבות ניתוח לתיקון קוצר ראייה וקיצור קיבה (Gastroplasty), אלא אם הצורך בניתוח לקיצור קיבה הינו רפואי, ולמעט ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד שאושרה על ידי המבטחת.
- 6.2 ניתוח הקשור בפוריות ו/או בעקרות.
- 6.3 בדיקה/בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקות, הזלפות, בדיקת מי שפיר ובדיקות אחרות הקשורות בהריון, בדיקת עוברים, בדיקות ופעולות הדמייה לרבות CT ו-MRI שאינן במהלך ניתוח ובדיקות סקר למיניהן.
- 6.4 לידה בניתוח קיסרי מתוכנן מראש עקב צורך רפואי, אם המבוטחת עברה ניתוח קיסרי לפני תחילת הביטוח ו/או במהלך תקופת האכשרה.
- 6.5 ניתוחי השתלת שתלים דנטליים, ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים, ובלבד שמקורם דנטלי.
- 6.6 ניתוחי ברית מילה.
- 6.7 טיפול בפטרת הציפורן ו/או העור באמצעות לייזר.
- 6.8 פעילות ספורטיבית מקצוענית של המבוטח במסגרת אגודת ספורט, ששכר כספי בצדה.
- 6.9 השתלות בישראל או בחו"ל ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל.

נספח תגמולי הביטוח

הסכומים הינם צמודי מדד ונכונים למדד הידוע ביום 15.6.2012, העומד על 12111 נקודות.

סעיף הזכאות	תגמולי הביטוח
4.5 - שתל	48,000 ש"ח
4.6 - שכר אח/ות פרטי/ת או פיזיותרפיסט פרטי לאחר ניתוח	600 ש"ח
4.8.2 - התייעצות עם רופא מומחה בחו"ל לפני ניתוח	3,800 ש"ח
4.9.2 - רכישת כרטיס טיסה לחו"ל	3,500 ש"ח
4.9 - התייעצות עם רופא מומחה בחו"ל לצורך ביקורת לאחר ניתוח	3,800 ש"ח
4.9.2 - רכישת כרטיס טיסה לחו"ל	3,500 ש"ח
4.10.2 - כיסוי להוצאות הטסה רפואית	50,000 ש"ח
4.10.3 - כיסוי להוצאות שהייה של מלווה	600 ש"ח
4.10.6 - הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל	50,000 ש"ח
4.10.7 - ריפוי בעיסוק עקב ניתוח	180 ש"ח לטיפול
4.10.8 - הוצאות החלמה בעקבות ניתוח	800 ש"ח
5 - פיצוי במקרה של מוות בניתוח אלקטיבי	120,000 ש"ח

נספח - ניתוחים בישראל לבעלי שב"ן עם ברות ביטוח

שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל

קרה מקרה הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח או תשלם ישירות לספק השירות עבור הוצאות כמפורט להלן בנספח זה ו/או תפצה את המבוטח בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בנספח זה וכן בכפוף להוראות התנאים הכלליים של הפוליסה אליה צורף נספח זה. הכיסוי הביטוחי בנספח זה יחול, על פי הוראותיו, רק בתנאי שמצוין במפורש בדף פרטי הביטוח כי המבוטח הינו מבוטח על פיו וכן בתנאי שהינו בתוקף לגבי אותו מבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.

1. הגדרות

- 1.1. ההגדרה הבאה מחליפה את ההגדרה המופיעה בתנאים הכלליים של הפוליסה, לצורך נספח זה ונספח "ברות ביטוח", במידה וצורף לנספח זה. למונח המפורט להלן תהא המשמעות שלצידו:
מבוטח: האדם, ששמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמבוטח בנספח זה ואשר הינו חבר בשב"ן בעת הצטרפותו לביטוח זה.
- 1.2. בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים של הפוליסה, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:
 - 1.2.1. **נספח ברות ביטוח (ביטוח המשך ללא חיתום):** נספח לנספח זה, הניתן לרכישה במועד תחילת הביטוח של נספח זה בלבד ובתמורה לדמי ביטוח נוספים, המקנה למבוטח את הזכות להצטרף לפוליסת כיסוי מלא תוך מתן רצף ביטוחי לתנאי החיתום שנקבעו ושהיו תקפים במועד תחילת תקופת הביטוח של נספח זה, ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם, ללא תקופת אכשרה נוספת, ובתמורה לדמי ביטוח הנהוגים לכלל המבוטחים אצל המבטחת באותה עת.
 - 1.2.2. **נספח כיסוי מלא ('מהשקל הראשון'):** נספח בריאות הדומה בכיסוייו לנספח זה, שהיה קיים אצל המבטחת במועד בו הצטרף המבוטח לנספח זה, ואשר במסגרתו יינתן כיסוי ביטוחי מלא לניתוחים בישראל, ללא תלות בשב"ן.
 - 1.2.3. **תקופת אכשרה/ המתנה בשב"ן:** תקופת זמן רצופה של חברות בשב"ן, במהלכה החבר בשב"ן חייב בתשלום דמי חבר אך אינו זכאי לזכויות המפורטות בתקנון השב"ן בהתייחס לניתוחים פרטיים בארץ.
 - 1.2.4. **אתר האינטרנט של המבטחת -** אתר האינטרנט של המבטחת שכתובתו: www.menoramivt.co.il.
 - 1.2.5. **בית חולים פרטי -** כהגדרתו בסעיף ההגדרות בתנאים הכלליים, אולם בישראל בלבד.
 - 1.2.6. **מוסד הבראה -** בית החלמה בישראל המוכר ע"י אחת מקופות החולים בישראל או בית מלון בישראל הרשום ע"י משרד התיירות בישראל.
 - 1.2.7. **סרטן (Cancer) -** נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות לרבות מחלת הלויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.
 - 1.2.8. **אי ספיקת כליות כרונית (Chronic Renal Failure) -** חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך - צפקית (פריטונאלית) או לצורך בהשתלת כליה.
 - 1.2.9. **שבץ מוחי (CVA) -** כל אירוע מוחי (צרביוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים למעלה מ 24 שעות והכולל נמק של רקמת המוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ-מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. **שבץ מוחי לא יכול אי ספיקה ורטברו - ביזלרית ו - TIA.**
 - 1.2.10. **התקף לב חריף (Coronary Syndrome Acute) -** נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או חסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

- 1.2.11 **אשפוז** - שהייה רצופה של המבוטח בבית חולים פרטי או ציבורי בישראל, במחלקות המוגדרות על ידי בית החולים ו/או משרד הבריאות כמחלקות אשפוז.
- 1.2.12 **תאונה** - חבלה גופנית, **שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד**, כתוצאה מאירוע פתאומי, אליה, חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין ע"י גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה, ללא תלות בכל סיבה אחרת, את הסיבה היחידה, הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח, ובלבד שהתאונה כהגדרתה לעיל קרתה במהלך תקופת הביטוח. **למען הסר ספק, מובהר בזאת כי פגיעה, שהינה תוצאה של אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או כתוצאה מהשפעת אלימות מילולית ו/או פגיעה פסיכולוגית או אמוציונאלית ו/או כל לחץ אחר שאינו פיזי, ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות (מיקרו-טראומות) לאורך תקופה, הגורמות למקרה הביטוח, לא תיחשב כתאונה.**
- 1.2.13 **התנאים הכלליים** - התנאים כלליים לתוכנית ביטוח בריאות, אליהם מצורף נספח זה.

2. מקרה הביטוח

מצבו הבריאותי של מבוטח, המחייב ביצוע ניתוח, אשר יבוצע בישראל על ידי מנתח הסכם או מנתח אחר, והכל בכפוף לאמור בסעיף 4.

3. תנאי מהותי להתחייבויות המבטחת

- 3.1 **תנאי מהותי להתחייבויות המבטחת על פי נספח זה** הוא אישורה מראש ובכתב למבוטח את ביצוע הניתוח, לרבות מועד ביצוע הניתוח ובכפוף לתנאים הכלליים של הפוליסה. בוצע במבוטח ניתוח המכוסה על פי נספח זה, אולם ביצעו לא אושר מראש ע"י המבטחת, תשלם המבטחת למבוטח את ההוצאות, כפי שהיו, לו היה נעשה הניתוח באמצעות בית חולים אשר למבטחת יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי נספח זה.
- 3.2 **מיצוי מלוא הזכויות, המוקנות למבוטח בגין מקרה הביטוח, במסגרת השב"ן בו הוא חבר.**

4. סוגי מקרי ביטוח המכוסים על פי נספח זה:

- 4.1 מקרה ביטוח המכוסה, באופן חלקי או מלא, על ידי השב"ן בו חבר המבוטח, ואשר תקופת האכשרה/ המתנה בשב"ן הסתיימה לגבי המבוטח **(להלן: "מקרה ביטוח המכוסה בשב"ן")**.
- 4.2 מקרה ביטוח, שהשב"ן לא מכסה לכלל מבוטחיו ו/או מקרה ביטוח שאירע למבוטח במהלך תקופת האכשרה/ המתנה בשב"ן, בו היה חבר בעת הצטרפותו לביטוח זה **(להלן: "מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשב"ן")**.
- 4.3 מקרה ביטוח שאינו מכוסה, באופן חלקי או מלא, על ידי השב"ן בו חבר המבוטח, בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים **(להלן: "מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים")**.
נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים ייחשבו, בין היתר, הנסיבות הבאות:
- 4.3.1 פיגור בתשלום דמי חבר ו/או אי תשלומם לשב"ן.
- 4.3.2 השב"ן אינו בתוקף מכל סיבה שהיא.

יובהר כי מבוטח אשר עבר מהשב"ן בו היה חבר בעת הצטרפותו לביטוח זה לשב"ן אחר, וחלה עליו תקופת אכשרה/ המתנה חדשה על פי תנאי השב"ן אליו עבר, ייחשב לעניין סעיף זה, כמבוטח שאינו מכוסה בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים.

5. התחייבויות המבטחת בקרות מקרה הביטוח:

- 5.1 **בקרות מקרה ביטוח המכוסה בשב"ן (כמוגדר בסעיף 4.1):**
- 5.1.1 המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוצאו בפועל, אשר בגינן זכאי המבוטח לקבל תגמולי ביטוח כמפורט בסעיף 6 להלן **(להלן: "ההוצאות המכוסות")**, בניכוי ההוצאות שקיבל בגין החזרים מהשב"ן, ובלבד שסך החזרים שיקבל מהמבטחת ומהשב"ן יחד לא יעלה על התקרות שנקבעו בסעיף 6 להלן.
- 5.1.2 במידה ונוכו סכומים מהחזרי השב"ן, כגון תשלום דמי חבר לשב"ן, יופחתו סכומים אלה מסך השיפוי לו זכאי המבוטח.

- 5.2. בקרות מקרה ביטוח שאינו מכוסה על פי תנאי השב"ן (כמוגדר בסעיף 4.2):
המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההוצאות המכוסות, ובלבד שלא יעלו על התקרות שנקבעו בסעיף 6 להלן.
- 5.3. בקרות מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים (כמוגדר בסעיף 4.3): המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההפרש שבין ההוצאות המכוסות, לבין ההוצאות שהיו מגיעות למבוטח מהשב"ן בו היה חבר המבוטח לולא התקיימו הנסיבות הנוגעות לאותו מבוטח (להלן: "ההפרש"). לצורך חישוב ההפרש יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח, תיקבע השתתפות המבטחת על פי המידע הקיים אצל המבטחת לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח או בסוג ניתוח דומה, ובאותה תוכנית שב"ן.
6. ההוצאות בגין זכאי המבוטח לקבל תגמולי ביטוח בכפוף לתנאי נספח זה:
- 6.1. שכר מנתח בבי"ח פרטי:
שכר המנתח, עד לתקרת הסכום המופיע באתר האינטרנט של המבטחת למנתח אחר עבור הניתוח שבוצע, ובהיעדר סכום באתר האינטרנט כאמור – עד לתקרת הסכום הקבוע למנתחי הסכום של המבטחת עבור הניתוח שבוצע.
- 6.1.1. במקרה בו מתבצעת יותר מפעולה כירורגית אחת במעמד הניתוח, התשלום בגין שכר מנתח אחר, כמפורט בסעיף 6.1 לעיל, יהיה בגין הפעולה היקרה מבין הפעולות הכירורגיות שבוצעו במעמד הניתוח, בתוספת שיעור יחסי וחלקי בגין הפעולות הכירורגיות הנוספות שבוצעו באותו מעמד, בהתאם להסכמי המבטחת וכפי שמופיע באתר האינטרנט של המבטחת.
- 6.2. שכר רופא מרדים בבית חולים פרטי:
שכר הרופא המרדים בגין הרדמה שבוצעה במבוטח בעת ניתוח בהתאם לסכום שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטחת.
- 6.3. הוצאות חדר ניתוח ואשפוז בבית חולים פרטי:
ההוצאות עבור חדר ניתוח ואשפוז בגין הניתוח שבוצע, עד לתקרת הסכום הקבוע אצל המבטחת עבור חדר ניתוח ואשפוז, על פי הניתוח שבוצע, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטחת, ולמשך תקופת אשפוז שלא תעלה על 30 ימים.
- 6.3.1. במקרה בו מתבצעת יותר מפעולה כירורגית אחת במעמד הניתוח, החזר ההוצאות בגין חדר ניתוח ואשפוז בבית חולים פרטי אחר, כמפורט בסעיף 6.3 לעיל, יהיה בגין הפעולה היקרה מבין הפעולות הכירורגיות שבוצעו במעמד הניתוח, בתוספת שיעור יחסי וחלקי בגין הפעולות הכירורגיות הנוספות שבוצעו באותו מעמד, בהתאם להסכמי המבטחת וכפי שמופיע באתר האינטרנט של המבטחת.
- 6.4. במקרה בו בוצע הניתוח במרפאה פרטית, שאינה בית חולים פרטי, תשפה המבטחת את המבוטח עד תקרת הסכום המופיע באתר האינטרנט של המבטחת.
- 6.4. הוצאות בגין בדיקה פתולוגית בבית חולים פרטי:
ההוצאות בגין בדיקה פתולוגית הנדרשת במקרה של ניתוח, עד לתקרת תעריף המבטחת לסוג הניתוח שבוצע כפי שמופיע באתר האינטרנט של המבטחת.
- 6.5. שתל:
בוצע במבוטח ניתוח בבית חולים, ובמהלך הניתוח הושטלו/ו במבוטח שתלים כלשהו/כלשהם, תשתתף המבטחת בעלות השתלים הנ"ל עד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח לאותו הניתוח בגין כל שתל.
- 6.6. שכר אח/ות פרטי/ת או פיזיותרפיסט פרטי לאחר ניתוח:
המבטחת תחזיר למבוטח הוצאות העסקת אח/ות פרטי/ת או פיזיותרפיסט פרטי בבית החולים במהלך ימי האשפוז הרציפים שלאחר הניתוח, עד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח בגין כל יום אשפוז, ולתקופה שלא תעלה על 8 ימי אשפוז.
- 6.7. שירותי אמבולנס לבתי חולים ובין בתי חולים:
המבטחת תחזיר למבוטח את הוצאותיו בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי החולים עקב ניתוח. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים אותה עת בשירותי מגן דוד אדום.

7. **פיצוי במקרה של מוות בניתוח אלקטיבי:**
נפטר המבוטח כתוצאה מניתוח אלקטיבי המכוסה על פי נספח זה, במהלך הניתוח או תוך 7 ימים (יום הניתוח ועוד 6 ימים), תשלם המבטחת למוטבים על פי נספח זה, ובהיעדר קביעת מוטבים – ליורשי המבוטח על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל, פיצוי נוסף בגובה הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח, ובלבד שהניתוח בוצע בתוך תקופת הביטוח. **כיסוי זה יהיה בתוקף עבור מבוטחים שבעת ביצוע הניתוח מלאו להם 21 שנה.**
8. **ריפוי בעיסוק עקב ניתוח:**
המבטחת תשלם הוצאות ריפוי בעיסוק שנדרשו בעקבות ניתוח, המכוסה בנספח זה, עד סכום השיפוי המירבי הנקוב בנספח תגמולי הביטוח לטיפול עבור 10 טיפולים לכל היותר, בהשתתפות עצמית של 20%, שישולמו עבור כל טיפול ולתקופה שלא תעלה על 120 יום לאחר ביצוע הניתוח.
9. **הוצאות החלמה בעקבות ניתוח:**
בוצע במבוטח ניתוח, המכוסה בנספח זה, אשר משך האשפוז שלו עלה על 7 ימים רצופים, תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאות ההחלמה של המבוטח במוסד הבראה עד לסכום השיפוי המירבי הנקוב בנספח תגמולי הביטוח לכל יום ולתקופה שלא תעלה על 5 ימים, וכן בתנאי שטרם חלפה תקופה של 30 ימים ממועד שחרור המבוטח מבית החולים בו בוצע הניתוח.
10. **ניתוחים מניעתיים לנשים:**
המבטחת תשפה את המבוטחת בגין ניתוח מניעתי של כריתת שד ו/או שחלה עפ"י קביעת רופא מומחה וזאת לאחר תקופת אכשרה של 12 חודשים.
מובהר כי ההוצאות שישולמו הינן בגין הכיסויים המופיעים בסעיפים 6.7 – 6.1 לעיל בלבד, הכל בכפוף לתנאים ולתקרות המופיעים בסעיפים הנ"ל.
11. **התייעצויות לפני ניתוח**
11.1. **בישראל**
11.1.1. **מקרה הביטוח בסעיף זה:** מצבו הבריאותי של המבוטח, המחייב ביצוע ניתוח, שבעטיו התייעץ המבוטח עם רופא מומחה בישראל.
11.1.2. המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוציא עבור התייעצות בישראל לפני ניתוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח תגמולי הביטוח. המבוטח יהיה זכאי לעד שלוש התייעצויות בישראל לפני ניתוח במהלך שנת ביטוח.
11.2. **בח"ל**
11.2.1. **מקרה הביטוח בסעיף זה:** מצבו הבריאותי של המבוטח, המחייב ביצוע ניתוח, שבעטיו התייעץ המבוטח עם רופא מומחה בחו"ל, וכן טיסת המבוטח לחו"ל לצורך קיום התייעצות, בכפוף לתנאים המצטברים הבאים:
11.2.1.1. הרופא המומחה הנ"ל קבע כי נסיעתו של המבוטח לחו"ל חיונית, כדי שיוכל לייעץ לו, כאמור.
11.2.1.2. רופא המבטחת אישר את קביעתו.
11.2.2. המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוציא עבור התייעצות בחו"ל לפני ניתוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח תגמולי הביטוח. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת בחו"ל לפני ניתוח במהלך שנת ביטוח.
11.2.3. בנוסף, בכפוף לאישור זכאות, תשפה המבטחת את המבוטח בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל ובחזרה לישראל בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה ובאותו מועד, ועד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.
12. **תקופת האכשרה בכיסויים המנויים בסעיפים 2-11 בנספח זה:**
בהתאם לאמור בתנאים הכלליים לפוליסה.
על אף האמור, אם מקרה הביטוח הינו כתוצאה מתאונה, תסתיים תקופת האכשרה בתום 30 יום ממועד תחילת הביטוח על פי נספח זה.

13. **כיסויים נוספים:**

13.1. **התייעצויות עם רופא מומחה בישראל שאינן קשורות לניתוח**

המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוציא עבור התייעצות עם רופא מומחה בישראל שאינה קשורה לניתוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 25%, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח תגמולי הביטוח. המבוטח יהיה זכאי לשתי התייעצויות עם רופא מומחה בישראל שאינן קשורות לניתוח במהלך שנת ביטוח.

13.2. **התייעצויות עקב גילוי מחלה קשה**

13.2.1. **מקרה הביטוח בסעיף זה:** מצבו הבריאותי של המבוטח אשר נתגלתה בו אחת המחלות הקשות הבאות, כהגדרתן בסעיף ההגדרות בנספח זה, שבעטייה התייעץ המבוטח עם רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחומו: סרטן, אי ספיקת כליות כרונית, שבץ מוחי והתקף לב חריף.

13.2.2. המבטחת תשלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה ההוצאות שהוציא המבוטח בגין התייעצות, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח תגמולי הביטוח. המבוטח יהיה זכאי לעד שתי התייעצויות בגין כל מחלה קשה.

13.3. **פיצוי לאירועים הקשורים באשפוז**

13.3.1. **מקרה הביטוח**

מקרה הביטוח הוא אחד מאלה:

13.3.1.1. מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב אשפוז בבית חולים בישראל כתוצאה ישירה ובלעדית מתאונה או מחלה.

13.3.1.2. הידבקות המבוטח בנגיף הפטיטיס B או הפטיטיס C, במהלך ניתוח המכוסה בנספח זה, שבוצע בבית חולים בישראל במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה.

13.3.2. **התחייבויות המבטחת**

13.3.2.1. **התחייבויות המבטחת בגין אשפוז כתוצאה ממקרה הביטוח:**

אושפז המבוטח כתוצאה ממקרה הביטוח לתקופה העולה על ארבעה ימי אשפוז, תשלם המבטחת למבוטח פיצוי יומי בסך הנקוב בנספח תגמולי הביטוח בגין כל יום אשפוז בפועל החל מהיום הרביעי לאשפוז ועד לסה"כ של ארבעה ימים החל מהיום הרביעי לאשפוז. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בגין עד עשרים וחמישה ימי אשפוז במצטבר במהלך שנת ביטוח, בגין כל מקרי הביטוח שיארעו במהלך תקופה זו.

13.3.2.2. **מענק חד פעמי לפיצוי בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס B או C:**

חלה המבוטח בהפטיטיס B או C במהלך ניתוח שבוצע בבית חולים בישראל במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה, יהא המבוטח זכאי למענק חד-פעמי מהמבטחת בגובה הסכום המפורט בנספח תגמולי הביטוח.

14. **חריגים מיוחדים לנספח זה**

בנוסף לאמור בתנאים הכלליים לפוליסה לא תהא המבטחת אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי נספח זה תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם:

14.1. ניתוח הקשור במישרין או בעקיפין במטרת יופי ו/או אסתטיקה, לרבות ניתוח לתיקון קוצר ראייה וקיצור קיבה (Gastroplasty), אלא אם הצורך בניתוח לקיצור קיבה הינו רפואי, ולמעט ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד שאושרה על ידי המבטחת.

14.2. ניתוח הקשור בפוריות ו/או בעקרות.

14.3. בדיקה/בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקות, הזלפות, בדיקת מי שפיר ובדיקות אחרות הקשורות בהריון, בדיקת עוברים, בדיקות ופעולות הדמיה לרבות CT ו- MRI שאינן במהלך ניתוח ובדיקות סקר למיניהן.

- 14.4. לידה בניתוח קיסרי מתוכנן מראש עקב צורך רפואי, אם המבוטחת עברה ניתוח קיסרי לפני תחילת הביטוח ו/או במהלך תקופת האכשרה.
- 14.5. ניתוחי השתלת שתלים דנטליים, ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים, ובלבד שמקורם דנטלי.
- 14.6. ניתוחי ברית מילה.
- 14.7. טיפול בפטרת הציפורן ו/או העור באמצעות ליזר.
- 14.8. פעילות ספורטיבית מקצוענית של המבוטח במסגרת אגודת ספורט, ששכר כספי בצדה.
- 14.9. השתלות בישראל או בחו"ל ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל.

15. חובת הגילוי

בנוסף לאמור בסעיף "חובת גילוי" בתנאים הכלליים של הפוליסה, חברות בשב"ן בתאריך תחילת הביטוח היא עניין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בסעיף הנ"ל.

נספח תגמולי הביטוח

הסכומים הינם צמודי מדד ונכונים למדד הידוע ביום 15.6.2012, העומד על 12111 נקודות.

סעיף הזכאות	תגמולי הביטוח
6.5 - שתל	20,000 ש"ח
6.6 - שכר אח/ות פרטי/ת או פיזיותרפיסט פרטי לאחר ניתוח	600 ש"ח ליום אשפוז
7 - פיצוי במקרה של מוות בניתוח אלקטיבי	120,000 ש"ח
8 - ריפוי בעיסוק עקב ניתוח	180 ש"ח לטיפול
9 - הוצאות החלמה בעקבות ניתוח	800 ש"ח ליום אשפוז
11.1.2 - התייעצות לפני ניתוח בישראל	1,000 ש"ח
11.2.2 - התייעצות לפני ניתוח בחו"ל	3,800 ש"ח
11.2.3 - כרטיס טיסה לחו"ל	3,500 ש"ח
13.1 - התייעצות עם רופא מומחה בישראל	750 ש"ח
13.2.2 - התייעצות עקב גילוי מחלה קשה	1,200 ש"ח
13.3.2.1 - פיצוי בגין ימי אשפוז	600 ש"ח ליום אשפוז
13.3.2.2 - מענק חד פעמי לפיצוי בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס B או C	100,000 ש"ח

נספח - ברות ביטוח

ביטוח המשך ללא חיתום לבעלי נספח "ניתוחים בישראל לבעלי שב"ן"

1. **מבוא**
נספח זה המצורף לנספח "ניתוחים בישראל לבעלי שב"ן" והמהווה חלק בלתי נפרד ממנו, מקנה לבעל הפוליסה אפשרות לרכוש ביטוח המשך ללא חיתום בנספח כיסוי מלא ('מהשקל הראשון'), בהתאם להגדרותיהם בנספח זה, ובכפוף לתנאיו.
2. **הגדרות**
בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים של הפוליסה, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:
 - 2.1 **ברות הביטוח (ביטוח המשך ללא חיתום):** הזכות להצטרף לנספח כיסוי מלא תוך מתן רצף ביטוחי לתנאי החיתום שנקבעו ושהיו תקפים במועד תחילת תקופת הביטוח של נספח הביטוח הבסיסי, כהגדרתו להלן, ללא חיתום מחדש או בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם, ללא תקופת אכשרה נוספת, ובתמורה לדמי ביטוח הנהוגים לכלל המבוטחים אצל המבטחת באותה עת.
 - 2.2 **נספח הביטוח הבסיסי:** נספח "לניתוחים בישראל לבעלי שב"ן".
 - 2.3 **נספח כיסוי מלא ('מהשקל הראשון'):** נספח בריאות הדומה בכיסוייו לנספח זה, **שהיה קיים אצל המבטחת במועד בו הצטרף המבוטח לנספח זה**, ואשר במסגרתו יינתן כיסוי ביטוחי מלא לניתוחים בישראל, ללא תלות בשב"ן.
 - 2.4 **תקופת אכשרה/ המתנה בשב"ן:** תקופת זמן רצופה של חברות בשב"ן, במהלכה החבר בשב"ן חייב בתשלום דמי חבר אך אינו זכאי לזכויות המפורטות בתקנון השב"ן בהתייחס לניתוחים פרטיים בארץ.
 - 2.5 **התנאים הכלליים-** התנאים כלליים לתוכנית ביטוח בריאות, אליהם מצורף נספח זה.
3. **תנאי זכאות מימוש ברות הביטוח על פי נספח זה**
 - 3.1 **בעל הפוליסה או המבוטח,** לפי הענין, יהיה זכאי, לאחר פניה בכתב **למבטחת**, לממש את זכותו לברות הביטוח על פי נספח זה, בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:
 - 3.1.1 **ביטול חברות המבוטח בשב"ן, מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בשב"ן האמור או מבלי שהצטרף לשב"ן בקופת חולים אחרת.**
 - 3.1.2 **מועד ביטול החברות בשב"ן:** מועד הודעת קופת החולים על ביטול השב"ן או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, המאוחר מביניהם.
 - 3.1.3 **מעבר לשב"ן בקופת חולים אחרת – בעד התקופה שבה נמצא המבוטח בתקופת אכשרה/ המתנה בשב"ן בקופת החולים שעבר אליה (אם קיימת).**
 - 3.1.4 **הזכאות למימוש הזכות למימוש ברות ביטוח, כאמור ברישת סעיף 3.1, תהיה תקפה למשך תקופה של 60 ימים ממועד ביטול החברות בשב"ן, בין אם המבוטח עבר לשב"ן בקופת חולים אחרת ובין אם לאו.**
 - 3.2 **תחילת תקופת הביטוח בנספח כיסוי מלא תהיה למפרע מהמועד בו נכנס ביטול חברות המבוטח בשב"ן לתוקף.**
 - 3.3 **על בעל הפוליסה או המבוטח המבקש לממש את זכותו לברות הביטוח להמציא למבטחת את כל ההוכחות הדרושות לקיום אחד מהמקרים המפורטים בסעיפים 3.1.1 ו- 3.1.2 לעיל.**
 - 3.4 **על נספח הביטוח הבסיסי להיות בתוקף מלא לפחות עד המועד בו נכנס ביטול חברות המבוטח בשב"ן לתוקף.**
4. **ביטול הכיסוי על פי נספח זה**
 - 4.1 **אם נספח הביטוח הבסיסי יבוטל ע"י המבוטח ו/או ע"י בעל הפוליסה ו/או על ידי המבטחת מהסיבות המוגדרות בנספח הביטוח הבסיסי יבוטל גם נספח זה ולא יהיה בר תוקף מיום הביטול.**
 - 4.2 **תוקף נספח זה יפוג, והוא לא יהיה בר תוקף, במקרה בו מימש בעל הפוליסה או המבוטח את ברות ביטוח על פי נספח זה, למפרע מהמועד בו נכנס ביטול חברות המבוטח בשב"ן לתוקף.**
5. **ביטול נספח הביטוח הבסיסי**
תוקף נספח הביטוח הבסיסי יפוג, והוא לא יהיה בר תוקף, במקרה בו מימש בעל הפוליסה את ברות ביטוח על פי נספח זה, למפרע מהמועד בו נכנס ביטול חברות המבוטח בשב"ן לתוקף.

כתב שירות – שירותים רפואיים נוספים

אם צוין בדף פרטי הביטוח כי כתב שירות זה הינו בתוקף, יהיה זכאי המנוי לשירותים המפורטים בכתב שירות זה בכפוף לתנאים ולהוראות המפורטים להלן.

1. הגדרות:

בכתב שירות זה, יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות המופיעה בצידיהם, אלא אם הקשר הדברים או הגיונם מחייבים פרשנות אחרת:

- 1.1. **החברה** - מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.
- 1.2. **הספק** - חברה המפעילה רופאי הסכם ומרפאות שיניים בהסכם, הקשורה בהסכם עם המבטח למתן **השירות הרפואי נשוא כתב שירות זה**.
- 1.3. **נותן שירות שבהסכם** - רופא, מרפאה וכל גוף אחר, המספק שירות, לו זכאי המנוי על פי כתב שירות זה, ועמו התקשר הספק למתן השירותים למנויים **ובלבד ושהינו צד להסכם התקשרות עם הספק במועד פניית המנוי למוקד לצורך קבלת השירות**.
- 1.4. **נותן שירות אחר** - רופא, מרפאה וכל גוף אחר **שאינו** בהסכם עם הספק.
- 1.5. **השירות ו/או השירותים** - השירותים הכלולים במפורש ברשימה שבסעיף 3 להלן, שיינתנו למנוי על פי הוראות כתב שירות זה.
- 1.6. **מוקד השירות או המוקד** - קו טלפון שיפעיל הספק עבור המבוטחים, באמצעותו יופנו המנויים לנותני השירות השונים לשם קבלת השירותים על-פי פוליסה זו. מספר הטלפון של מוקד השירות הוא: **1-800-35-1100**.
- 1.7. **המבוטח ו/או המנוי** - אדם אשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב השירות והינו זכאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב שירות זה.
- 1.8. **רופא** - מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז-1976, למעט רופא וטרנר ורופא שיניים.
- 1.9. **רופא הסכם** - רופא עימו התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה, ובלבד שהיה צד להסכם עם הספק במועד פניית המנוי למנוי לצורך קבלת השירות.
- 1.10. **רופא שיניים** - רופא שיניים שהוסמך ואושר ע"י השלטונות בישראל ובעל רישיון מטעם משרד הבריאות לעסוק ברפואת שיניים.
- 1.11. **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.
- 1.12. **מרפאת שיניים בהסכם** - מרפאת שיניים שנותן השירות התקשר עמה בעבר או יתקשר עמה בעתיד, בין בעצמו ובין באמצעות אחרים, בהסכם למתן שירותי עזרה ראשונה ע"י רופאי שיניים.
- 1.13. **השתתפות עצמית** - סכומים שונים ששיעורם מפורט בכתב שירות זה, בהם עשוי המנוי להיות מחויב לשאת בעצמו, בכל פעם שיזמין שירות מסוים וכתנאי לקבלת שירות עפ"י כתב שירות זה, ככל שמפורט בפרקי השירות השונים. דמי ההשתתפות העצמית כוללים מע"מ כחוק וצמודים למדד. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ או המדד יעודכן הסכום בהתאם.
- 1.14. **המדד** - מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) המפורסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר, בין שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו;
- 1.15. **המדד הבסיסי** - המדד שפורסם ביום 15.6.2012 העומד על 12111 נקודות.
- 1.16. **שנה או שנת ביטוח** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה מתחילה במועד תחילת הביטוח של כתב שירות זה.
- 1.17. **חג** - מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.

2. מפרט השירותים:

השירותים הכלולים בכתב שירות זה הינם כמפורט להלן, **ושירותים אלו בלבד:**

2.1 שירות רופא עד הבית- כולל פינוי באמבולנס

2.2 שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים

2.3 בדיקה תקופתית

3. פירוט השירותים

3.1 שירות רופא עד הבית

3.1.1 המנוי יהא זכאי לקבל שירות רופא עד הבית כמפורט בסעיף 3.1.3 להלן על ידי אחד מרופאי שבהסכם. (להלן: "**שירות רופא עד הבית**").

3.1.2 השירות יינתן ע"י אחד מרופאי ההסכם בביתו של המנוי או בכל מקום או ישוב אחר בו ימצא המנוי הנזקק לשרות בכפוף לסעיף 1.10 שלהלן.

3.1.3 במסגרת השירות יהא המנוי זכאי לקבל את השירותים המפורטים להלן:

3.1.3.1 מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי החולה (להלן: "החולה") או מבני משפחתו.

3.1.3.2 בדיקה גופנית של החולה לרבות שימוש במכשירי עזר המפורטים להלן: סטטוסקופ, שפדלים, פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ דם, קרדיו ביפר, הכל כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.3.3 קביעת אבחנה רפואית.

3.1.3.4 קבלת תרופות ראשוניות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.3.5 קבלת מרשם לתרופות לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.3.6 הפנייה להמשך טיפול לרופא המשפחה/רופא ילדים, המטפל בחולה באופן שוטף (ו/או לרופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.3.7 הפניית החולה לחדר מיון בבית החולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.3.8 מתן תעודה רפואית.

3.2 **פינוי חינוך באמבולנס** - במקרה שרופא ההסכם, שבדק את החולה בעקבות קריאתו לקבלת השירות, יחליט על פינויו באמבולנס, ישלם הספק למנוי את סכום הפינוי באמבולנס ששולם על ידו וזאת תוך 30 יום ממועד מסירת קבלה מקורית או העתק קבלה נאמן למקור על התשלום הנ"ל לספק, ובתנאי שהמנוי אינו זכאי להחזר מקופת החולים בה הוא מבוטח ו/או לא אושפז בבית חולים.

3.3 השירות הרפואי על פי סעיף זה יינתן במשך כל ימות השנה, 24 שעות ביממה **למעט בערב יום כיפור החל מהשעה 14:00 בערב יום כיפור, ועד שעתיים לאחר תום הצום.**

3.4 השירות הרפואי על פי סעיף זה יינתן בכל מקום ישוב בישראל **למעט יהודה, שומרון וחבל עזה**, אך לרבות מעלה אדומים, אריאל, בית אריה, אורנית ושערי תקווה. ברמת הגולן השירות הרפואי יינתן בקצרין או בכל מקום ישוב אחר באזור, כאשר המנוי הנזקק לשירות הרפואי יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל רופא בהסכם לפי כתובת שתימסר לו על ידי מוקד השירות, וזאת על פי זמינותו של רופא ההסכם.

3.5 עם תום הביקור יחתום המנוי או בן משפחתו, על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי רופא הסכם ערך את ביקור הבית בבית החולה.

3.6 רופא הסכם יגיע לבית המנוי עד שעתיים ממועד קבלת הבקשה לשירות רופא עד הבית במוקד השירות של הספק.

3.7 למרות האמור לעיל, אם נבצר ממוקד השירות של נותן השירות לשלוח רופא תוך שעתיים אל המנוי כאמור בסעיף 3.6 לעיל, יהא זכאי המנוי לקבל את השרות הרפואי אצל כל גורם אחר, לרבות שירותים אצל ספק אחר, מוקד רפואי או חדר מיון.

בנסיבות אלה, ישפה הספק את המנוי עד סך של 170 ש"ח (לפי המדד הבסיסי) וזאת תוך 30 יום ממועד מסירת הקבלה על התשלום הנ"ל, וכנגד הצגת קבלה מקורית או העתק קבלה נאמן למקור ובניכוי דמי השתתפות עצמית הנקובה בסעיף 3.8 לעיל.

3.8 השתתפות עצמית ותשלומים נוספים

Top Plus

3.8.1 בגין קבלת השירות על פי סעיף זה ישלם המנוי ישירות לרופא ההסכם דמי השתתפות עצמית בסך של 25 ש"ח (לפי המדד הבסיסי).

3.8.2 כמו כן, ישלם המנוי ישירות לרופא ההסכם תמורה בגין תרופה בבקבוקים או תרופה באמפולות או זריקות, במידה ותרופות כאמור ניתנו לו ע"י רופא ההסכם. להסרת ספק המבוטח לא ישלם כל תשלום בתמורה לתרופות הניתנות על פי סעיף 3.1.3.4.

4. שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים.

4.1. המנוי יהא זכאי לקבל במקרים המפורטים להלן שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים (להלן: "שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים") כמפורט להלן:

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

4.2. שירותים נוספים:

4.2.1. בדיקה וצילום השיניים הכואבות.

4.2.2. מתן מרשם מתאים לשיכון הכאב במידה ולא ניתן לטפל בשן באותה עת.

4.3. כל טיפול החורג מגדר שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים יינתן בתשלום לפי בקשת המבוטח.

4.4. שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו במועדים המפורטים להלן:

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

4.4.2. 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 הסכם בערים באר שבע, חיפה, ירושלים ותל-אביב.

4.5. למען הסר ספק, השירות הרפואי לא יינתן בערב יום כיפור מהשעה 14:00 וביום כיפור עד שעתיים לאחר תום הצום.

4.6. שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו ללא כל תשלום של דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי לנותן השירות.

במידה ונבצר ממוקד השירות לשלוח את המנוי למרפאת שיניים שבהסכם הנמצאת במרחק סביר ממקום הימצאו של המבוטח, ובכפוף לאישור מוקד השירות, יהיה המנוי זכאי לקבל את השירות הרפואי בתשלום אצל רופא שיניים פרטי או אצל כל גורם אחר. בנסיבות אלה ישפה הספק את המנוי עד סך של 163 ש"ח (לפי המדד הבסיסי) וזאת תוך 30 יום ממועד מסירת קבלה מקורית או קבלה שהינה נאמן למקור על התשלום הנ"ל.

5. שירותי בדיקה תקופתית

5.1. המנוי יהא זכאי לקבל שירותי בדיקה תקופתית כמפורט בסעיף 5.3 להלן ע"י אחד מרופאי ההסכם להלן: ("שירותי בדיקה תקופתית").

- 5.2. השירות יינתן ע"י אחד מרופאי ההסכם בביתו של המנוי או שהמנוי, שביקש את שירותי הבדיקה התקופתית, יופנה לצורך קבלתם לאחד מנותני השירות שבהסכם, הנמצא בסמוך למקום הימצאו וזאת ללא כל תוספת מחיר לדמי ההשתתפות העצמית האמורים להלן, הכל לפי בחירת המנוי.
- 5.3. המנוי יהא זכאי לקבל שירותי בדיקה תקופתית כמפורט להלן:
- 5.3.1. מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי לרופא הסכם.
- 5.3.2. בדיקה גופנית של המנוי 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.
- 5.3.2.1. בדיקת א.ק.ג. (עם תדפיס).
- 5.3.2.2. בדיקות מעבדה המפורטות להלן:
- 5.3.2.2.1. ספירת דם לפי 8 פרמטרים.
- 5.3.2.2.2. דיפרנציאל לפי 5 פרמטרים.
- 5.3.2.2.3. בדיקת שתן כללית לפי 20 פרמטרים.
- 5.3.3. מתן דו"ח מסכם.
- 5.4. שירותי הבדיקה התקופתית יינתנו **פעם אחת** בלבד בכל שנת ביטוח על פי פוליסת הביטוח.
- 5.5. שירותי הבדיקה התקופתית לא יינתנו לילדים מתחת לגיל 14.
- 5.6. מובהר בזאת במפורש, כי הדו"ח המסכם כאמור בסעיף 5.3.3 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 שהמנוי מתלונן על מיחושים כלשהם.
- 5.7. מובהר בזאת במפורש, כי שירותי הבדיקה התקופתית אינם כוללים אבחון ו/או גילוי מחלות תורשתיות ו/או מחלות שבאופן סביר לא ניתן לגלותן במסגרת בדיקות המפורטות בסעיף 5.3 לעיל.
- 5.8. **בגין קבלת השירות על פי סעיף זה ישלם המנוי ישירות לנותן השירות שיבצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך של 98 ש"ח (לפי המדד הבסיסי) לבדיקה.**
6. **אופן קבלת השירותים**
- 6.1. נזקק המנוי לשירות על-פי כתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו, שם המבטחת, וימסור כל מידע אחר שיידרש לשם ייעול מתן השירות.
- 6.2. המנוי יהא זכאי לבחור את נותן השירות ממנו יקבל את השירות לפי כתב שירות זה מתוך רשימה של נותני שירות כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו. הספק ראשי לעדכן את רשימת נותני השירות מעת לעת.
- 6.3. מוקד השירות יתאם את מתן השירות הרלוונטי בין המנוי לבין נותן השירות הרלוונטי.
- 6.4. השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
- 6.5. במקרה שמבוטח יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על-פי כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות באופן מיידי. למען הסר ספק, מובהר כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות הרלוונטי.
- 6.6. **למען הסר ספק, במקרים חריגים בהן הופנה המנוי לקבל את השירותים אצל נותן שירות אחר כמפורט בסעיפים 4.6, 3.7 לעיל, יגיע המנוי לאותו מקום בכוחות עצמו ועל חשבונו בלבד.**
- 6.7. **על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר.**
- 6.8. לשם מתן השירות ימסור המנוי לספק ו/או למוקד השירות ו/או לנותן השירות, לפי העניין, את מלוא המידע הרפואי הידוע לו, כפי שיידרש על ידי הספק ו/או מוקד השירות ו/או נותן השירות, לפי העניין.
- 6.9. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות לספק בלבד.
7. **אחריות**
- 7.1. האחריות בגין איכות השירותים הניתנים על-פי כתב שירות זה ו/או בגין רשלנות מקצועית או אחרת תחול על הרופא/ המרפאה/המכון, שנתן את השירותים למנוי והחברה והספק לא יהיו אחראים בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

7.1.1. רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק לגוף או לרכוש/או הפסד, אבדן או תוצאה אחרת מכל מין ו/או סוג שהוא ייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים, אם בשל מעשה או בשל מחדל, אם נזק ישיר או נזק עקיף.

7.1.2. הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכתב שירות זה.

7.2. מבלי לגרוע מן האמור לעיל, מובהר, למען הסר ספק, כי החברה אינה מעסיקה של הספק ו/או של נותני השירות ולא תהא אחראית כלפי מנוי או מאן דהוא אחר בגין מעשים ו/או מחדלים של הספק ו/או של נותני השירות, בכל מקרה ובכל עניין לרבות אי מתן השירותים נשוא כתב שירות זה.

8. תוקפו של כתב השירות

- 8.1. כתב שירות זה יהא בתוקף במשך תקופה תקפה של פוליסת הביטוח.
- 8.2. בוטלה פוליסת הביטוח מכל סיבה שהיא או הסתיימה תקופת תוקפה, יסתיים כתב שירות זה.
- 8.3. במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין החברה לבין הספק בקשר עם מתן השירותים **נשוא** כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, רשאית החברה להפסיק מתן השירותים על-פי כתב שירות זה, לאחר שהודיעה על כך בכתב 90 יום מראש לבעל הפוליסה.
- 8.4. בעל הפוליסה רשאי בכל עת לבטל את זכאותו של המנוי לשירותים על-פי כתב השירות בהודעה בכתב לחברה, והביטול ייכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי החברה או במועד הנקוב בהודעה, לפי המאוחר.
- 8.5. מובהר, כי במועד ביטולו או סיום תוקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תפקע כל זכות של המנוי לקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה, לרבות במקרה שהמנוי פנה למוקד השירות לקבלת השירותים לפני ביטולו או סיום תוקפו של כתב השירות אך טרם קיבל את השירות הפועל, ולרבות במקרה שהמנוי התחיל בקבלת השירות נשוא כתב שירות לפני סיום תוקפו אך לא השלימו.

9. סמכות שיפוט

בכל מחלוקת שתתגלע בין הצדדים בקשר עם כתב שירות זה יהא מוסמך לדון אך ורק בית המשפט המוסמך עניינית לדון במחלוקת בישראל.

גילוי נאות - Top Plus

נספח ניתוחים בישראל לבעלי שב"ן מס' 548

הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי הבריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, "מנורה מבטחים" תשלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה, לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן, זאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.

להחזר תגמולים בגין ניתוח בישראל, על המבוטח לפנות לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכויותיו על פי השב"ן, וכן לפנות ל"מנורה מבטחים" למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי מלא ('מהשקל הראשון') לניתוחים, תוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות מהשב"ן.

מבוטחים שרכשו תוכנית עם נספח ברות ביטוח יהיו זכאים, בעת ביטול החברות בשב"ן או מעבר לקופת חולים אחרת, לפנות ל"מנורה מבטחים" ולבקש להצטרף לפוליסת כיסוי מלא ('מהשקל הראשון') תוך 60 יום מהמועד המוקדם מבין השניים: מועד ביטול חברות המבוטח בשב"ן או מועד המעבר לקופת חולים אחרת.

חלק א' – ריכוז פרטים עיקריים על הפוליסה ותנאיה

נושא	סעיף	תנאים
כללי	1. שם החבילה	Top Plus
	2. הכיסויים	- השתלות בישראל ובחו"ל, טיפולים מיוחדים בחו"ל (נספח 550) - תרופות מיוחדות (נספח 552) - ניתוחים בישראל לבעלי שב"ן עם ברות ביטוח (נספח 572) - ניתוחים בחו"ל (נספח 551) - שירותים רפואיים נוספים - כתב שירות (נספח 554)
	3. משך תקופת הביטוח	- התקופה מתחילה במועד תחילת הביטוח ונמשכת לכל ימי חייו של המבוטח, או במועד בו מימש בעל הפוליסה או המבוטח את ברות הביטוח על פי נספח זה, למפרע מהמועד בו נכנס ביטול חברות המבוטח בשב"ן לתוקף. - שירותים רפואיים נוספים (כתב שירות): לכל החיים (בכפוף לביטוח היסודי), או אם החברה סיימה את התקשרותה עם הספק – המוקדם מביניהם. במקרה האחרון תמסור המבטחת הודעה בכתב על כך לבעל הפוליסה 90 יום מראש.
	4. תנאים לחידוש אוטומטי	אין
	5. תקופת אכשרה	90 יום, למעט במקרים הבאים: - הריון ו/או לידה ו/או פריין ו/או עקרות ו/או טיפולים בעובר - 270 יום בנספח ניתוחים בישראל לבעלי שב"ן עם ברות ביטוח במקרים הבאים: - ניתוח מניעתי של כריתת שד או שחלה – 12 חודשים. - ניתוח כתוצאה מתאונה וכיסויים נלווים לניתוח – 30 יום. בנספח ברות ביטוח אין תקופת אכשרה.
	6. תקופת המתנה	אין
	7. השתתפות עצמית	- תרופות מיוחדות: 300 ש"ח למרשם לחודש. - ניתוחים בישראל לבעלי שב"ן או ניתוחים בישראל לבעלי שב"ן

נושא	סעיף	תנאים																																												
		עם נספח ברות ביטוח: - ריפוי בעיסוק עקב ניתוח – 20% - התייעצויות בישראל ובחו"ל לפני ניתוח – 20% - התייעצויות עם רופא מומחה בישראל שאינן קשורות לניתוח – 25% ⏏ כיסוי ניתוחים בחו"ל: - התייעצות עם רופא מומחה בחו"ל לפני ניתוח – 20% - התייעצות עם רופא מומחה בחו"ל לצורך ביקורת לאחר ניתוח – 20% - הוצאות שהיה של מלווה – 50% - ריפוי בעיסוק עקב ניתוח – 20% ⏏ שירותים רפואיים נוספים (כתב שירות): - שירות רופא עד הבית- כולל פינוי באמבולנס – 25 ש"ח - בדיקה תקופתית – 98 ₪																																												
	8. שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	באישור מראש של המפקח על הביטוח אך לא לפני 01.04.2015 שינוי זה יכנס לתוקף בתום 60 יום לאחר שמנורה מבטחים שלחה לבעל הפוליסה הודעה בכתב על כך.																																												
דמי ביטוח	9. גובה דמי הביטוח	דמי הביטוח מפורטים בדף פרטי הביטוח.																																												
		להלן טבלה כללית של השתנות דמי הביטוח החודשיים לפי גיל, ללא התחשבות במצב הבריאות ו/או סיכונים מיוחדים הקשורים במבוטח מסוים:																																												
		<table><tr><th colspan="2">חבילת Top Plus</th><th rowspan="2">גיל המבוטח</th></tr><tr><th>נשים</th><th>גברים</th></tr><tr><td>22.60</td><td>22.60</td><td>עד 20</td></tr><tr><td>72.38</td><td>67.03</td><td>21-24</td></tr><tr><td>82.84</td><td>63.47</td><td>25-29</td></tr><tr><td>91.98</td><td>64.56</td><td>30-34</td></tr><tr><td>98.70</td><td>73.28</td><td>35-39</td></tr><tr><td>105.16</td><td>85.30</td><td>40-44</td></tr><tr><td>116.79</td><td>106.23</td><td>45-49</td></tr><tr><td>133.68</td><td>134.93</td><td>50-54</td></tr><tr><td>165.26</td><td>188.24</td><td>55-59</td></tr><tr><td>200.38</td><td>235.90</td><td>60-64</td></tr><tr><td>249.79</td><td>294.40</td><td>65-69</td></tr><tr><td>300.46</td><td>321.98</td><td>70-74</td></tr><tr><td>349.47</td><td>361.09</td><td>75 ומעלה</td></tr></table>	חבילת Top Plus		גיל המבוטח	נשים	גברים	22.60	22.60	עד 20	72.38	67.03	21-24	82.84	63.47	25-29	91.98	64.56	30-34	98.70	73.28	35-39	105.16	85.30	40-44	116.79	106.23	45-49	133.68	134.93	50-54	165.26	188.24	55-59	200.38	235.90	60-64	249.79	294.40	65-69	300.46	321.98	70-74	349.47	361.09	75 ומעלה
		חבילת Top Plus		גיל המבוטח																																										
		נשים	גברים																																											
		22.60	22.60	עד 20																																										
		72.38	67.03	21-24																																										
		82.84	63.47	25-29																																										
		91.98	64.56	30-34																																										
		98.70	73.28	35-39																																										
		105.16	85.30	40-44																																										
		116.79	106.23	45-49																																										
		133.68	134.93	50-54																																										
		165.26	188.24	55-59																																										
		200.38	235.90	60-64																																										
		249.79	294.40	65-69																																										
		300.46	321.98	70-74																																										
349.47	361.09	75 ומעלה																																												
הסכומים הינם צמודי מדד ונכונים למדד הידוע ביום 15.6.2012, העומד על 12111 נקודות.																																														
⏏ גיל כניסה מינימלי - 0																																														
⏏ גיל כניסה מקסימלי - 69 שנה																																														
10. מבנה דמי הביטוח	לילד – דמי ביטוח קבועים עד גיל 20																																													
	למבוגר – דמי ביטוח משתנים – דמי הביטוח נקבעים על פי גיל המבוטח ומצבו הבריאותי במועד תחילת הביטוח והם משתנים בהתאם לגיל המבוטח עד הגיעו לגיל 75, וממועד זה הם קבועים.																																													
	11. שינוי דמי הביטוח במהלך תקופת																																													
		באישור מראש של המפקח על הביטוח אך לא לפני 01.04.2015 שינוי זה יכנס לתוקף בתום 60 יום לאחר שמנורה מבטחים שלחה																																												

נרשא	סעיף	תנאים
	הביטוח	לבעל הפוליסה הודעה בכתב על כך.
תנאי ביטול	12. תנאי ביטול הפוליסה על-ידי בעל הפוליסה/ המבוטח	בכל עת בהודעה בכתב למנורה מבטחים. אין החזר דמי ביטוח בגין התקופה שבה היתה פוליסה זו בתוקף.
	13. תנאי ביטול הפוליסה על-ידי מנורה מבטחים	א. במקרה של אי תשלום דמי הביטוח בהתאם להוראות הפוליסה. ב. בכל מקרה שבו על פי החוק רשאית מנורה מבטחים לבטל את הפוליסה.
חריגים	14. החרגה בגין מצב רפואי קודם	כמפורט בסעיף 20 בפרק ב' בתנאים הכלליים של הפוליסה. ובנוסף, אם וכאשר הדבר צוין בדף פרטי הביטוח. - עבור שירותים רפואיים נוספים (כתב שירות) אין החרגה בגין מצב רפואי קודם - עבור אחות מלווה ניתוח (כתב שירות) אין החרגה בגין מצב רפואי קודם
	15. סייגים לחבות מנורה מבטחים	החריגים המפורטים בסעיפים הבאים: תנאים כלליים של הפוליסה – פרק ב' סעיפים 21-24, וכן: תרופות מיוחדות – סעיף 6 בנספח ניתוחים בישראל לבעלי שב"ן - סעיף 12 בנספח ניתוחים בחו"ל – סעיף 6 בנספח שירותים רפואיים נוספים (כתב שירות) - פרק ג' סעיף 7, פרק ד' בנספח
מידע לגבי תגמולי ביטוח	16. תגמולי ביטוח	קיימת אפשרות על פי דרישת המבוטח, לברר את זכויותיו בשל מקרה ביטוח מסוים ולקבל את פירוט תגמולי הביטוח הנכללים בפוליסת הביטוח שברשותו באמצעות מוקד השירות של המבטחת וכן באתר האינטרנט של המבטחת שכתובתו www.menoramivt.co.il
השירות הצבאי	זכויות על פי הפוליסה בעת השירות הצבאי	הזכויות על פי תנאי פוליסה זו תקפות גם בעת שירות צבאי (סדיר, קבע או מילואים). בעת שירות צבאי כאמור, זכאי המבוטח לשירותים רפואיים מטעם הצבא, וזאת בהתאם ובכפוף להוראות והנחיות הצבא, כפי שהן מעת לעת. יובהר כי לכפיפות המבוטח כאמור להוראות הצבא, קיימת השפעה על יכולת ניצול הזכויות לפי פוליסה זו.
מנתחי הסכם	רשימת הסכם מנתחי	קיימת אפשרות לברר אילו מנתחים בישראל קשורים בהסכם עם המבטחת באמצעות מוקד השירות של המבטחת וכן באתר האינטרנט של המבטחת שכתובתו www.menoramivt.co.il

חלק ב' - ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניה

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטחת מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
השתלות בישראל ובחו"ל, טיפולים מיוחדים בחו"ל					
השתלות בישראל ובחו"ל					
הכיסוי הביטוחי	כיסוי להוצאות הבאות בעת ביצוע השתלה בישראל או בחו"ל: בדיקות הערכה רפואית של המבוטח עד 25,000 ש"ח לסדרת בדיקות אחת, עד 3 סדרות למקרה ביטוח; אשפוז בחו"ל; ביצוע ניתוח לצורך הוצאת האיבר המיועד להשתלה בגוף המבוטח, שימור האיבר והעברתו למקום ביצוע ההשתלה; שירותים רפואיים שיינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה; כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ומלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל, וכן תשלום הוצאות העברה יבשתית. במקרה של מבוטח קטין – תשלום עבור שני מלווים; הוצאות הטסה רפואית עד 75,000 ש"ח; הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל, ובלבד שההשתלה בוצעה בפועל – עד 1,000 ש"ח ליום, עד 50,000 ש"ח למקרה ביטוח. במקרה של מבוטח קטין – תשלום עבור שני מלווים; טיפולי המשך; העברת גופת המבוטח לישראל; הבאת מומחה מחו"ל לביצוע ההשתלה בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע ההשתלה בחו"ל – עד 60,000 ש"ח; איתור תרומת מח עצם ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או תאי דם טבורי – עד 170,000 ש"ח.	שיפוי	כן	ביטוח משלים ומוסף	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטחת מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קצוח תגמולים מביטוח אחר
	נספח זה מקנה כיסוי ביטוחי רק אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, הכולל, בין היתר, את ההוראות הבאות במצטבר: - נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה להתבצע. - מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לעניין איסור סחר באיברים.				
תקרת תגמולי הביטוח להשתלות	להשתלת איבר: אצל נותן שירות שבהסכם – שיפוי מלא. אצל נותן שירות שלא בהסכם – עד 4,750,000 ש"ח.	שיפוי	כן	ביטוח משלים ומוסף	כן
	להשתלת איבר מלאכותי או איבר מן החי – עד 2,370,000 ש"ח (בין אם אצל נותן שירות בהסכם ובין אם אצל נותן שירות שלא בהסכם).				
גמלה חודשית במקרה השתלה	עבור מועמד להשתלה: אם מרותק למיטתו - גמלה חודשית בסך 7,500 ש"ח לתקופה של עד 12 חודשים. אם מאושפז בבית חולים - גמלה חודשית בסך 3,750 ש"ח לתקופה של עד 12 חודשים.	פיצוי	לא	ביטוח מוסף	לא
	לאחר ביצוע השתלה: גמלה חודשית בסך 7,700 ש"ח לתקופה של עד 24 חודשים. במידה והמבוטח קטין יקבל מחצית מסכום הגמלה לתקופה הנ"ל.				

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטחת מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קצוח תגמולים מביטוח אחר
טיפול מיוחדים בחו"ל					
הכיסוי הביטוחי	כיסוי להוצאות הבאות בעת ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל: בדיקות הערכה רפואית של המבוטח עד 25,000 ש"ח לסדרת בדיקות אחת, עד 3 סדרות למקרה ביטוח; אשפוז בחו"ל; שירותים רפואיים שיינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע הטיפול המיוחד; כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך הטיפול המיוחד, בטיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ומלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל, וכן תשלום הוצאות העברה יבשתית. במקרה של מבוטח קטין – תשלום עבור שני מלווים; הוצאות הטסה רפואית עד 75,000 ש"ח; הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל, ובלבד שהטיפול המיוחד בוצע בפועל – עד 1,000 ש"ח ליום, עד 50,000 ש"ח למקרה ביטוח. במקרה של מבוטח קטין – תשלום עבור שני מלווים; העברת גופת המבוטח לישראל; הבאת מומחה מחו"ל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל – עד 60,000 ש"ח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
תקרת תגמולי הביטוח לטיפולים מיוחדים בחו"ל	850,000 ש"ח	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
מוות כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד					
הכיסוי הביטוחי	120,000 ש"ח (בתוקף למבוטח שבעת ביצוע הניתוח מלאו לו 21 שנה).	פיצוי	לא	ביטוח מוסף	לא

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטחת מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קצוז תגמולים מביטוח אחר
תרופות					
תרופות מיוחדות					
הכיסוי הביטוחי	כיסוי לתרופות הבאות: - תרופה, שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות - תרופה, אשר כלולה בסל שירותי הבריאות, אך אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית, כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח - תרופה OFF LABEL - תרופת יתום	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי או מוסף	כן
סכום הביטוח המירבי	עד 2,000,000 ש"ח לתקופת זכאות של שלוש שנות ביטוח. בתום כל תקופת זכאות יהיה המבוטח זכאי לעד 2,000,000 ש"ח לתקופת הזכאות העוקבת.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי או מוסף	כן
שיפוי לשירות או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה	עד 300 ש"ח ליום ולא יותר מ- 60 יום לכל מקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
תרופה במימון קופת החולים ו/או השב"ן, ללא תשלום מטעם המבטחת	החזר ההשתתפות העצמית שהמבוטח שילם לקופת החולים ו/או לשב"ן.	שיפוי	לא	ביטוח משלים	כן
	פיצוי חודשי בשיעור 10% מהמחיר המרבי המאושר לאותה תרופה, ולא יותר מ- 1,800 ש"ח לחודש.	פיצוי	לא	ביטוח מוסף	לא
ניתוחים בישראל לבעלי שב"ן או ניתוחים בישראל לבעלי שב"ן עם נספח ברות ביטוח					
כיסוי משלים לניתוחים בישראל לבעלי שב"ן (כיסוי לכל הניתוחים)					
הכיסוי הביטוחי	כיסוי להוצאות הבאות: שכר מנתח הסכם, שכר רופא מרדים בהסכם, הוצאות חדר ניתוח ואשפוז שיפוי מלא בבית חולים בהסכם ובכל מקרה עד 30 ימי אשפוז, בדיקה פתולוגית, שתלים עד 20,000 ש"ח לשל, אחות פרטית או פיזיותרפיסט פרטי 600 ש"ח ליום עד 8 ימים, אמבולנס.	שיפוי	כן	ביטוח משלים	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטחת מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קצוח תגמולים מביטוח אחר
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם המבטחת	עד לתקרת הסכום המופיע באתר האינטרנט של המבטחת למנתח שאינו בהסכם עבור הניתוח שבוצע, ובהיעדר סכום באתר האינטרנט כאמור – עד לתקרת הסכום הקבוע למנתחי הסכם של המבטחת עבור הניתוח שבוצע.	שיפוי	כן	ביטוח משלים	כן
מוות כתוצאה מניתוח אלקטיבי	120,000 ש"ח (בתוקף למבוטח שבעת ביצוע הניתוח מלאו לו 21 שנה).	פיצוי	לא	ביטוח מוסף	לא
כיסויים נוספים עקב ביצוע ניתוח	ריפוי בעיסוק – 180 ש"ח לטיפול, עד 10 טיפולים (לתקופה של עד 120 יום לאחר ביצוע הניתוח). הוצאות החלמה (לאחר ניתוח שמשך האשפוז שלו עלה על 7 ימים רצופים) – החזר הוצאות ההחלמה במוסד הבראה עד 800 ש"ח ליום לתקופה של עד 5 ימים, ובתנאי שטרם חלפה תקופה של 30 ימים ממועד שחרור המבוטח מבית החולים בו בוצע הניתוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
התייעצויות עם רופאים מומחים					
לפני ניתוח	בישראל - עד 1,000 ש"ח להתייעצות, עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
	בחו"ל - עד 3,800 ש"ח להתייעצות, אחת לשנת ביטוח. בנוסף כיסוי להוצאות טיסה עד 3,500 ש"ח.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן
שאינן קשורות לניתוח	עד 750 ש"ח להתייעצות, עד 2 התייעצויות בשנת ביטוח.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	יש
	במקרה גילוי מחלה קשה - עד 1,200 ש"ח להתייעצות, עד 2 התייעצויות בגין כל מחלה.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	יש
פיצוי לאירועים הקשורים באשפוז					
הכיסוי הביטוחי	- אשפוז בבית חולים בישראל כתוצאה מתאונה או ממחלה, לתקופה העולה על 4 ימי אשפוז – 600 ש"ח ליום מהיום הרביעי ועד לסה"כ 4 ימי אשפוז. - הידבקות בנגיף הפטיטיס B או C – 100,000 ש"ח.	פיצוי	לא	ביטוח מוסף	אין

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטחת מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קצוח תגמולים מביטוח אחר
ניתוחים בחו"ל					
כיסוי לניתוחים בחו"ל (כיסוי לכל הניתוחים)					
הכיסוי הביטוחי	כיסוי להוצאות הבאות: שכר מנתח, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח ואשפוז עד 30 ימי אשפוז, בדיקה פתולוגית, שתלים עד 48,000 ש"ח, אחות פרטית או פיזיותרפיסט פרטי 600 ש"ח ליום עד 8 ימים, אמבולנס.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן
כיסוי לניתוח שלא אושר מראש ע"י המבטחת	כיסוי עד לתקרת בית חולים ומנתח אשר בהסכם עם המבטחת.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן
מוות כתוצאה מניתוח אלקטיבי	120,000 ש"ח (בתוקף למבוטח שבעת ביצוע הניתוח מלאו לו 21 שנה).	פיצוי	לא	ביטוח מוסף	לא
כיסויים נוספים עקב ביצוע ניתוח	הטסה; הטסה רפואית עד 50,000 ש"ח; שהיית מלווה עד 600 ש"ח ליום, החל מהיום השמיני לאשפוז ועד תקרה של 33 ימים; שהיית המבוטח לאחר ניתוח עד 600 ש"ח ליום למשך עד 5 ימי שהייה בחו"ל מיום ששחרר מבית החולים; הטסת גופה; הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל 50,000 ש"ח; ריפוי בעיסוק 180 ש"ח לטיפול, עד 10 טיפולים (לתקופה של עד 120 יום לאחר ביצוע הניתוח); הוצאות החלמה (לאחר ניתוח שמשך האשפוז שלו עלה על 7 ימים רצופים) - החזר הוצאות ההחלמה במוסד הבראה עד 800 ש"ח ליום לתקופה של עד 5 ימים, ובתנאי שטרם חלפה תקופה של 30 ימים ממועד שחרור המבוטח מבית החולים בו בוצע הניתוח.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן
התייעצויות עם רופאים מומחים בחו"ל					
לפני ניתוח	עד 3,800 ש"ח להתייעצות, אחת לשנת ביטוח. בנוסף כיסוי להוצאות טיסה עד 3,500 ש"ח.	שיפוי	לא	ביטוח מוסף	כן
לצורך ביקורת לאחר ניתוח	עד 3,800 ש"ח להתייעצות, אחת לשנת ביטוח. בנוסף כיסוי להוצאות טיסה עד 3,500 ש"ח.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטחת מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
שירותים רפואיים נוספים (כתב שירות)					
שירות רופא עד הבית- כולל פינוי באמבולנס	- מסירת אנמנזה רפואית - בדיקה גופנית של החולה - קביעת אבחנה רפואית - קבלת תרופות ראשוניות - קבלת מרשם לתרופות - הפנייה להמשך טיפול - הפניית החולה לחדר מיון בבית החולים - מתן תעודה רפואית - פינוי חינום באמבולנס	קבלת שירות בפועל	לא	תחליפי	לא
שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים	שירותי עזרה ראשונה לטיפול בבעיות רפואיות בשיניים	קבלת שירות בפועל	לא	תחליפי או מוסף	לא
בדיקה תקופתית	- מסירת אנמנזה רפואית - בדיקה גופנית הכוללת: מדידת דופק, מדידת לחץ דם, מדידת גובה, מדידת משקל, מדידת השמנה (ביחידות BMI), בדיקת המראה הכללי, התרשמות כללית של הרופא מבדיקה חיצונית בלבד - בדיקת א.ק.ג. (עם תדפיס) - בדיקות מעבדה: ספירת דם לפי 8 פרמטרים; דיפרנציאל לפי 5 פרמטרים; בדיקת שתן כללית לפי 20 פרמטרים - מתן דו"ח מסכם השירות יינתן אחת לשנת ביטוח, לילדים מעל גיל 14.	קבלת שירות בפועל	לא	תחליפי	לא

הסכומים הינם צמודי מדד ונכונים למדד הידוע ביום 15.6.2012, העומד על 12111 נקודות.

הגדרות – הגדרות אלה תקפות ליום פרסומן

- **"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 הביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או שב"ן.
- **"ביטוח מוסף"** – ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים