

בריאות מושלמת

פוליסה לכיסוי הוצאות רפואיות בארץ ובעולם

מבוא

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

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

- 1.1. **המבטח:** מנורה חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2. **המבוטח:** אשר שמו נקוב ברשימה.
- 1.3. **בעל הפוליסה:** האדם, חבר בני האדם או התאגיד, המתקשר עם המבטח על פי פוליסה זו, ואשר שמו נקוב ברשימה ו/או בהצעה כבעל הפוליסה.
- 1.4. **משפחה:** בן/בת זוג של המבוטח ו/או ילדיהם אשר טרם מלאו להם 18 שנה במועד תחילת הביטוח.
- 1.5. **הצעת הביטוח:** טופס ההצעה המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו כשהוא מלא על כל פרטיו וחתום על ידי המבוטח ו/או על ידי בן/בת זוגו בשמו ובשם כל אחד מיחיד משפחתו. ההצעה תכלול גם את הצהרת הבריאות שמולאה ונחתמה ע"י המבוטח וכן את הוראת הקבע הבנקאית ו/או הוראת תשלום אחרת, כולל כרטיס/י אשראי, לתשלום דמי הביטוח.
- 1.6. **הרשימה:** דף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה והמהווה חלק בלתי נפרד ממנה. הרשימה כוללת את מספר הפוליסה, פרטים אישיים של בעל הפוליסה, המבוטח/ים, מועד תחילת הביטוח, דמי הביטוח וכיוצא בזה.
- 1.7. **הנספח:** נספח תגמולי הביטוח וההשתתפויות העצמיות.
- 1.8. **דמי הביטוח:** הסכום שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטח, על פי תנאי הפוליסה, כמפורט ברשימה.
- 1.9. **מקרה ביטוח:** אירוע כמוגדר בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפי העניין, בגינו זכאי המבוטח לקבל מאת המבטח תגמולי ביטוח, הכל בכפוף לתנאים, לחריגים ולסייגים בפוליסה.
- 1.10. **ניתוח:** כל פעולה פולשנית - חודרנית (Invasive Procedure), כולל באמצעות לייזר, אשר מטרתה ריפוי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות לאבחון - טיפול שהן: הראיית אברים פנימית (Endoscopy למיניהן), צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה. למען הסר ספק ומבלי לגרוע מהאמור לא יכללו בהגדרת "ניתוח": בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקת מי שפיר ובדיקות אחרות הקשורות בהריון, בדיקת עוברים, בדיקות ופעולות הדמיה (כגון: M.R.I., C.T.).
- 1.11. **ניתוח אלקטיבי:** ניתוח אליו הופנה המבוטח ע"י רופא מומחה ממרפאה, לרבות מרפאת חוץ של בית החולים, כאשר קבלתו לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות חדר המיון כמקרה דחוף.
- 1.12. **חברה קשורה:** קבוצת בתי חולים, רופאים, ונותני שירותים רפואיים אחרים החתומים על חוזים עם המבטח או עם חברת סיוע עמה קשור המבטח בהסכם למתן שירותים רפואיים למבוטחים ברחבי העולם.

- 1.13. **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום.
- 1.14. **בית חולים פרטי:** בית חולים שאינו בבעלות המדינה או קופת חולים כלשהי, ואם הוא בבעלות אחד מאלה - בתנאי שבמסגרתו ניתן שירות רפואי פרטי או שירות רפואי נוסף שאושר ע"י הרשויות המוסמכות.
- 1.15. **בית חולים מוסכם:** בית חולים כמוגדר בסעיף 1.13 או בסעיף 1.14 הקשור בהסכם עם המבטח ו/או עם חברה קשורה.
- 1.16. **ישראל:** מדינת ישראל לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.17. **חו"ל:** כל מדינה מחוץ לישראל למעט מדינות אויב.
- 1.18. **מנתח הסכם:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שהסכים לקבל ישירות מאת המבטח ו/או מאת חברה קשורה שכר שהוסכם עמו עבור ניתוח שביצע במבטח.
- 1.19. **מנתח אחר:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, אשר אינו בהסכם עם המבטח ו/או עם חברה קשורה.
- 1.20. **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.
- 1.21. **אחות / אח פרטי:** אחות או אח פרטי בעלי תעודת הסמכה בישראל או בחו"ל.
- 1.22. **תותבת:** למעט תותבת שיניים להוצאה ושתל דנטלי - כל אביזר, איבר טבעי או מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה בביטוח זה (כגון: עדשה, פרק ירך וכו').
- 1.23. **יום אשפוז:** משך הזמן המוגדר כיום אשפוז על פי המקובל בבתי חולים בארץ.
- 1.24. **מדד:** מדד המחירים הידוע בשם מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יורכב עפ"י אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו.

2. תוקף הפוליסה:

- 2.1. הפוליסה נכנסת לתוקפה החל מהתחלת הביטוח כמצוין ברשימה אך לא לפני תשלום הפרמיה הראשונה, בתנאי שמיום הבדיקה הרפואית או מיום חתימת המבוטח על הצהרת בריאות ועד ליום שבו החליט המבטח על הסכמתו לעריכת הפוליסה לא חל שינוי בבריאותו של המבוטח.
- 2.2. שולמו למבטח כספים על חשבון פרמיות לפני שהמבטח החליט על עריכת הפוליסה, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבטח לעריכת הביטוח. המבטח יחזיר כספים אלה ששולמו בתוספת הצמדה וריבית כדין, אם לא יצא הביטוח אל הפועל.

3. חובת גילוי:

ניתנו על ידי המבוטח ו/או בעל הפוליסה תשובות או הצהרות שאינן מלאות וכנות לשאלות הנוגעות למצב בריאותו ועיסוקיו

נספח 957

שתלים דנטליים וכל ניתוח המבוצע ע"י רופא שיניים; ניתוחים הקשורים בפוריות או בעקרות; פעולות ניתוחיות הקשורות בהריון; פעולות ניתוחיות הקשורות בהפסקת הריון, למעט הפסקת הריון שנדרשה עקב סכנת חיים לאם או עקב גילוי מום בעובר; לידה למעט לידה בניתוח קיסרי מתוכנן מראש, טיפולים בעובר.

לא ישולם על פי ביטוח זה שכר מיילדת ולא ישולם שכר מנתח במקרה של לידה. על אף האמור לעיל, אם בוצע ביולדת ניתוח קיסרי מתוכנן מראש, ישלם המבטח את שכר המנתח, חדר לידה, הרדמה ואת עלות האשפוז הנוסף עקב היות הלידה בניתוח קיסרי, בתנאי מפורש כי בטרם הצטרפה לתוכנית הביטוח או בטרם חלף תקופת האכשרה לא עברה ניתוח קיסרי כלשהו.

4.1.1.5 . מקרה הביטוח נגרם מתאונת עבודה ו/או שירות צבאי (חובה, קבע או מילואים) ו/או מתאונת דרכים.

4.1.1.6 . מקרה הביטוח נגרם עקב ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית מכוונת, אלכוהוליזם או שימוש באלכוהול, שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראות רופא, שלא לצורך גמילה, במקרה של נטילת אדולן, בין לפי אישור רפואי ובין אם לא.

4.1.1.7 . תסמונת הכשל החיסוני הנרכש AIDS (אייДС) ובמחלות: HUMAN T-CELL LYMPHATROPIC VIRUS TYPE III (HTLV) - I LYMPHADENOPATHY ASSOCIATED VIRUS (LAV) ו/או מחלות או מצבים שהם מוטציות או וריאציות למחלת האיידס או כל מחלה או תסמונת דומה אחרת יאה שמה אשר יאה.

4.1.1.8 . מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי או פעולה מלחמתית או פעולה צבאית או פעולת טרור או פעולת איבה או פיגוע חבלני, קרינת רנטגן או קרינה מיננת, תחליפים גרעיניים ופסולת גרעינית.

4.1.1.9 . פעילות ספורטיבית מקצוענית במסגרת אגודות הספורט, השתתפות או אימון בכל צורה שהיא במרוץ למעט מרוץ רגלי; טיסה בכלי טיס כלשהו למעט טיסה בנתיב טיסה מוכר בכלי טיס אזרחי בעל רישיון להובלת נוסעים. "פעילות ספורטיבית מקצוענית" - פעילות ספורט אשר שכר כספי לצידה.

4.1.1.10 . פעילויות מסוכנות ו/או תחביבים מסוכנים, לרבות צלילה תת מימית, סקי חורף, רכיבה על סוסים, סקי מים, דאיה, גלישה, צניחה, סנפלינג, טיפוס הרים, בנג'י, נהיגה בטרקטורונים, צייד.

4.2 . המבטח אינו אחראי לטיפול ולתוצאותיו:

למען הסר ספק מובהר ומוסכם בזאת כי בחירת הרופא המטפל על פי הסכם זה והטיפולים והשירותים המכוסים על ידי פוליסה זו, נעשים על-ידי המבטח וכי המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבטח כתוצאה מטיפול או שירות המכוסה על ידי פוליסה זו.

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

3.1 . נודע הדבר למבטח בטרם קרה מקרה הביטוח, יאה המבטח רשאי לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ו/או למבטח, יחולו הוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 בנדון.

3.2 . נודע הדבר למבטח לאחר שקרה מקרה הביטוח, יאה המבטח חייב בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, ויהיה פטור מכל אחריות על פי פוליסה זו אם היתה כוונת מרמה, או אם מבטח סביר לא מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו.

3.3 . האמור לעיל לא יגרע מכל תרופה לה זכאי המבטח על פי כל דין.

4. חריגים :

4.1 . חריגים כלליים:

המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, בכל הנוגע במישרין או בעקיפין מאחד המקרים הבאים:

4.1.1 . מצב בריאות, תופעה, מחלה, מום או נכות או תוצאות מחלה או תאונה קיימים או שהיו קיימים אצל המבטח לפני מועד תחילת הביטוח ו/או במהלך תקופת האכשרה.

4.1.1.2 . על אף האמור בסעיף 4.1.1 לעיל, אם הצהיר המבטח על מצב בריאות קיים והמציא למבטח את המידע הנוגע למצבו הרפואי לא יחול סעיף 4.1.1 לעיל, אלא אם הוחרג במפורש על ידי המבטח.

4.1.1.3 . מקרה הביטוח אירע במהלך תקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח. תנאי מוקדם לזכות לתגמולי ביטוח על פי כל פרקי הפוליסה הוא כי המבטח עבר תקופת אכשרה.

"תקופת אכשרה" פרושה - תקופה רצופה של 90 יום לגבי כיסוי הפוליסה (למעט הכיסויים המצויינים להלן) ותקופה רצופה של 270 יום לגבי לידה בניתוח קיסרי ולגבי התייעצויות עם רופאים מומחים הקשורות בהריון, הפסקת הריון ולידה, המתחילה לגבי כל מבטח במועד בו החל לראשונה הביטוח או במועד חתימת המבטח על הצעת הביטוח או במועד מתן הסכמת המבטח לקבל את המועמד לביטוח - המאוחר מביניהם, ומסיומה זכאי הוא לקבל תגמולי ביטוח לפי הפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבטח פעם אחת בתקופת ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף מבטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות.

4.1.1.4 . מומים מולדים; ניתוחים קוסמטיים או אסתטיים; ניתוחי עיניים לתיקון קוצר ראייה באמצעות לייזר; ניתוחי Gastroplasty (קיצור קיבה); ניתוחי ברית מילה; ניתוחי שיניים, ניתוחי חניכיים, ניתוחי פה ולסת, ניתוחי השתלת

9. **תביעות ותגמולי ביטוח**
- 9.1. הודעה על כל אירוע שהוא מקרה ביטוח תימסר למבטח בכתב בזמן סביר, מהר ומוקדם ככל שניתן. להודעה יצורפו כל הפרטים אודות התביעה וימולא טופס תביעה שהמבטח ישלח כדי לקבל את העובדות ויצורפו כל המסמכים הרפואיים וכן אם יהיו תשלומים, כל הקבלות המקוריות. במקרי חירום התביעה תוסדר על - ידי פניה טלפונית בין ישירות אל פקידות המבטח ו/או באמצעות מוקד החירום בשעות בהן משרדי המבטח סגורים.
- 9.2. על המבוטח למסור למבטח, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדרושים לביורר החבות, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטח, ככל שיוכל, להשיגם, ובכלל זה לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית ואף להבדק, על פי דרישת המבטח, ע"י רופא או רופאים מטעם המבטח ועל חשבון המבטח.
- 9.3. המבטח יחא רשאי, לפי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות.
- 9.4. תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 9.5. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק לאומי לישראל ביום הכנת התשלום על-ידי המבטח בתוספת היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום כזה.
- 9.6. החזר תשלומים יבוצע על-ידי המבטח בזמן סביר, אך לא יאוחר מהקבוע על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.
- 9.7. נפטר המבוטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח אשר לא שולמו לפני מועד הפטירה למי שהתחייב לשלם ובהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם המבטח היתרה ליורשיו החוקיים של המבוטח.
- 9.8. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק לפי העניין.
- 9.9. **מבוטח הזכאי לשיפוי לפי פרק ד' לא יהיה זכאי לשיפוי בגין אותו מקרה ביטוח לפי פרק א' ו/או פרק ב'.**
- 9.10. היתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מיד לאחר ששילם למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילם ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מהצד השלישי שיפוי מעל תגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצות בשל כך. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור. בהתייחס לפרק ד' בלבד: "צד שלישי" - לרבות קופות החולים.
- 9.11. בוטחו מקרי הביטוח כולם או מקצתם אצל יותר ממבטח אחד לתקופות חופפות, על המבוטח להודיע על כך למבטחים בכתב מיד לאחר שנעשה ביטוח הכפל או לאחר שנודע לו עליו. היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות על פי
- 5.1. זמן הפירעון של פרמיה הוא האחד בחודש בו נקבע תשלומה.
- 5.2. במקרה של תשלום הפרמיות ע"י הוראת קבע לבנק לתשלום פרמיות (שירות שיקים) יראה המבטח את זיכוי חשבונו בבנק כתשלום הפרמיה.
- 5.3. לפרמיות שלא שולמו במועדן, תווסף במועד תשלומן, בנוסף להפרשי הצמדה כאמור בסעיף 10, ריבית כפי שתהיה נהוגה באותה עת, מיום היווצר הפיגור ועד לפירעון בפועל על-ידי המבטח, ובלבד ששיעור הריבית לא יעלה על שיעור הריבית המרבי בהתאם לחוק הריבית, התשי"ז - 1957.
6. **שינוי פרמיה ותנאים**
- 6.1. הפרמיה המשולמת בגין פוליסה זו תקבע אחת לשנה בהתאם לגילו של המבוטח בהתייחס לפרמיה הנגבית מקבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח.
- 6.2. בנוסף לאמור בסעיף קטן 6.1 לעיל יהיה המבטח זכאי לשנות את הפרמיה והתנאים של ביטוח זה לכלל המבוטחים בביטוח זה, אך לא לפני 1.1.2006. שינוי כזה יהא תקף בתנאי שהמפקח על הביטוח אישר את השינוי, ולאחר 30 יום מהיום שבו הודיע המבטח בכתב למבוטח על כך. שונתה הפרמיה כאמור, תחושב הפרמיה החדשה ללא התחשבות בשינוי שחל במצב בריאותו של המבוטח במשך התקופה שקדמה לשינוי כאמור.
7. **ביטול הפוליסה וחדושה**
- 7.1. המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבטח והביטול ייכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי המבטח.
- 7.2. לא שולמה פרמיה במועדה כאמור בסעיף 5 לעיל, לאחר ששולמה הפרמיה הראשונה, יהא המבטח זכאי לבטל את הפוליסה בכפיפות להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.
- 7.3. היה יחולו שינויים בסל שירותי הבריאות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994 (להלן: "חוק ביטוח בריאות ממלכתי"), ייערכו בפוליסה השינויים המתבקשים מכך בכפוף לאישור מראש של המפקח על הביטוח.
- 7.4. מבוטח שבמועד תחילת הביטוח עדין לא מלאו לו 18 שנה יפקע תוקף הביטוח שלו בהגיעו לגיל 21. הודעה על כך תימסר על ידי המבטח 90 יום מראש ובה יצוין למבוטח על זכאותו לחדש את הפוליסה ללא כל צורך בחיתום מחדש. ביקש המבוטח בהגיעו לגיל 21 להמשיך להיות מבוטח בביטוח זה, ינפיק לו המבטח פוליסה חדשה בהתאם לתנאים כפי שיהיו במועד הבקשה, ללא צורך בבדיקות רפואיות.
- 7.5. למען הסר ספק, המבטח לא יהיה אחראי עפ"י ביטוח זה במידה ושולמה פרמיה עבור בן משפחה בגין תקופה שלאחר הפסקת הכיסוי הביטוחי עפ"י סעיף 7.4 לעיל. פרמיה ששולמה כאמור לעיל תוחזר לבעל הפוליסה.
8. **הוכחת הגיל**
- על המבוטח להוכיח את תאריך לידתו ע"י תעודה לשביעות רצונו של המבטח. תאריך לידתו של המבוטח הוא עניין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בסעיף 3 לעיל ובמקרה של מתן תשובה שאינה מלאה וכנה או העלמת עובדה בקשר לכך יחולו הוראות סעיף 3 לעיל.

נספח 957

16. מקום השיפוט

מקום השיפוט הבלעדי בכל הקשור בפוליסה הוא בתל אביב.

פרק א' - ניתוח פרטי בארץ

1. **מקרה ביטוח:** מקרה הביטוח על פי פרק זה הינו ניתוח שעבר המבוטח בישראל, במהלך תקופת הביטוח, ואשר עלות ביצועו עולה על הסכום הנקוב בדף הרשימה.

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

2.1. שכר מנתח בבי"ח פרטי:

2.1.1. שכר מנתח הסכם ישולם במלואו ישירות למנתח ההסכם.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.9. תגמולי ביטוח מיוחדים:

2.9.1. המציא המבוטח לביה"ח טופס 17 מטעם קופת החולים בה הוא חבר, לכיסוי הוצאות הניתוח המבוצע בבית החולים, והמבטח לא השתתף במימון הניתוח (כאמור בסעיפים 2.1-2.8 לעיל, כולם או מקצתם), ישלם המבטח למבוטח סכום

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

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

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

10. תנאי הצמדה

10.1. תגמולי הביטוח והפרמיה יהיו צמודים למדד.

10.2. המדד היסודי הינו המדד האחרון הידוע בתחילת הביטוח.

10.3. המונח "היום הקובע" הוא:

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

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

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

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

11. מסים והיטלים

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

12. התיישנות

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

13. הודעות

13.1. הודעה של המבטח לבעל הפוליסה ו/או למבוטח ו/או למוטב, לפי העניין, תינתן לפי מענם האחרון שנמסר בכתב למבטח.

בעל הפוליסה מתחייב להודיע למבטח בכתב על כל שינוי בכתובתו.

13.2. כל הודעה ו/או הצהרה למבטח תימסר בכתב, זולת הצעת ביטוח שנמסרה באמצעות הטלפון.

כל שינוי בפוליסה, אם יתבקש, יכנס לתוקפו רק לאחר שנרשם על ידי המבטח בפוליסה.

14. שונות

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

15. נספחי הפוליסה

הוראות פוליסה זו יחולו גם על נספחיה, בשינויים המחויבים.

נספח 957

2.10. בוצע במבטוח ניתוח בחו"ל המכוסה על פי פוליסה זו, אולם ביצעו לא אושר מראש ע"י המבטוח, ישלם המבטוח למבטוח את ההוצאות כפי שהיו לו אם היה נעשה הניתוח באמצעות בי"ח אשר לחברה או לחברה קשורה יש הסכם, בהיקף זכאות המבטוח על פי פוליסה זו.

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

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

פרק ג' - התייעצות עם רופאים מומחים

התייעצויות בארץ

1. התייעצות לפני ניתוח

- 1.1.1. **מקרה הביטוח:** התייעצות לפני ניתוח שקיים המבטוח, עם רופא שהינו מומחה מנתח (להלן: "הרופא היועץ").
- 1.1.2. המבטוח ישלם למבטוח תגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות שהוציא המבטוח בגין התייעצות, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח.
- 1.1.3. המבטוח יהיה זכאי לעד שלוש התייעצויות במשך תקופה של 12 חודשים.

2. התייעצות שלא לפני ניתוח

- 2.1. **בסעיף זה: רופא מומחה:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחומו.
- 2.2. **מקרה הביטוח:** התייעצות שלא לפני ניתוח שקיים המבטוח עם רופא מומחה.
- 2.3. המבטוח ישלם למבטוח תגמולי ביטוח בגובה 75% מההוצאות שהוציא המבטוח בגין התייעצות, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח.
- 2.4. המבטוח יהיה זכאי לעד שתי התייעצויות במשך תקופה של 12 חודשים.

התייעצות בחו"ל

3. התייעצות בחו"ל לפני ניתוח

- 3.1.1. **בסעיף זה: חברת טל-רפואה (TELEMEDICINE):** חברה המספקת שרותי TELEMEDICINE וקשורה בהסכמים עם מרכזים רפואיים בחו"ל.
- 3.1.2. **מקרה הביטוח:** התייעצות לפני ניתוח שקיים המבטוח, בכפוף לאישור מראש של המבטוח עם רופא מומחה במרכז רפואי בחו"ל, באמצעות חברת טל-רפואה; במידה והרופא המומחה הנ"ל קבע כי נסיעתו של המבטוח לחו"ל חיונית כדי שיוכל לייעץ לו כאמור, ורופא המבטוח אישר את קביעתו - המבטוח טס לחו"ל.
- 3.1.3. המבטוח ישלם למבטוח תגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות שהוציא המבטוח בגין התייעצות, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח.
- 3.1.4. בנוסף, בכפוף לאישור זכאות, ישפה המבטוח את המבטוח בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה ובאותו מועד, ועד לתקרת הסכום הנקוב בנספח.

השווה למחצית ערכו של הטופס, ובלבד שהניתוח שבוצע הינו ניתוח אלקטיבי.

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

פרק ב' - ניתוח פרטי בחו"ל

1. **מקרה הביטוח:** מקרה הביטוח על פי פרק זה הינו ניתוח אלקטיבי שעבר המבטוח בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח, **ואשר עלות ביצועו עולה על הסכום הנקוב בדף הרשימה. תנאי מוקדם ומהותי לתשלום ההוצאות הקשורות במקרה הביטוח לפי סעיפים 2.1-2.9 להלן הינו כי ביצוע הניתוח תואם מראש עם המבטוח.**

2. המבטוח מתחייב לשאת בהוצאות הקשורות במקרה הביטוח כדלקמן:

- 2.1. **שכר מנתח בבית חולים:** יכוסה במלואו ללא תקרה.
- 2.2. **שכר רופא מרדים בבית חולים:** יכוסה במלואו ללא תקרה.
- 2.3. **כיסוי הוצאות אשפוז בבית חולים:** יכוסו ללא תקרה למחיר יום אשפוז, למשך תקופה שלא תעלה על 30 ימים.
- 2.4. **הוצאות חדר ניתוח בבית חולים:** יכוסו במלואן ללא תקרה.
- 2.5. **הוצאות בגין בדיקה פתולוגית בבית חולים:** יכוסו במלואן ללא תקרה.
- 2.6. **תותבת אביזר מושתל:** בוצע במבטוח בבית חולים ניתוח, ובמהלך הניתוח הושתלה במבטוח תותבת כלשהי, ישתתף המבטוח בעלות התותבת הנ"ל עד לתקרת הסכום הנקוב בנספח.
- 2.7. **שכר אחות פרטית/אח פרטי בעת ניתוח:** המבטוח יחזיר הוצאות אלה למבטוח עד לתקרת הסכום הנקוב בנספח בגין כל יום אשפוז ולתקופה שלא תעלה על 8 ימי אשפוז.
- 2.8. **שירותי אמבולנס בין בתי חולים בחו"ל:** המבטוח יחזיר למבטוח את הוצאותיו בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבטוח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי החולים.
- 2.9. בנוסף לכיסוי ההוצאות הרשומות לעיל, ישתתף המבטוח בהוצאות הרשומות להלן ובלבד שהניתוח שעבר המבטוח עונה על אחד התנאים הבאים: הניתוח הינו ניתוח לב פתוח (לא כולל ניתוחי מעקפים) ו/או ניתוח מח ו/או ניתוח שאינו ניתן לביצוע בארץ ואשר זמן ההמתנה לניתוח בארץ מסכן את חיי המבטוח:
 - 2.9.1. הוצאות בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל למבטוח בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד, ועד לתקרת הסכום הנקוב בנספח.
 - 2.9.2. הוצאות בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל למלווה אחד בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד, וכן בגין הוצאות שהיית המלווה בחו"ל, ועד לתקרת הסכום הנקוב בנספח.

נספח 957

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

3.1.1.2. תשלום עבור אשפוז בחו"ל.

3.1.1.3. תשלום עבור ביצוע ניתוח לצורך הוצאת האיבר המיועד להשתלה בגוף המבוטח, שימור האיבר והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.

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

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

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

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

3.1.1.8. תשלום עבור טיפולי המשך הנובעים מביצוע ההשתלה.

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

3.1.1.10. גמלת החלמה:

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

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

3.1.1.10.2. אם המבוטח הינו מתחת לגיל 18 תהא הגמלה בשיעור 50% מהסכום הנקוב בסעיף 3.1.10.1.

3.2. תשלום בגין טיפול מיוחד

3.2.1. תשלומים כמפורט בסעיפים קטנים 3.1.1, 3.1.2, 3.1.4, 3.1.5, 3.1.6, 3.1.7, 3.1.9 ו- 3.1.10 הנ"ל בשינויים כדלהלן:

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

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

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

3.4. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת במשך תקופה של 12 חודשים.

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

1. מקרה הביטוח

1.1.1. **השתלה:** כריתה כירורגית של לב, לב - ריאה, ריאה, כליה, לבלב, כבד או דיכוי של מח עצמות בגופו של המבוטח עקב הפסקת תפקודו והשתלת איבר אחר במקומו אשר נלקח מגופו של אדם אחר, ובלבד שרופא מומחה בדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש, קבע את הצורך בביצוע ההשתלה, ושההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה מדינה.

1.2. **טיפול מיוחד:** ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר בחו"ל שמתקיימים בו כל התנאים המצטברים הבאים:

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

1.2.2. ביצוע הטיפול המיוחד נדרש על פי אמות מידה רפואיות מקובלות ומניעתו מהווה סכנה ממשית לחייו של המבוטח.

1.2.3. הטיפול המיוחד אינו נסיוני והוא מאושר ע"י ועדת הלינינג.

1.2.4. אושר ע"י רופא מומחה בישראל בדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש וכן על ידי רופא המבטח האמור בסעיפים קטנים 1.2.1, 1.2.2 ו- 1.2.3 לעיל.

2. סכום הביטוח

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

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

3. תגמולי הביטוח

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

"הוצאות ממשיות" - להוציא כל חבויות אותן זכאי המבוטח לקבל מקופת החולים בה הוא מבוטח בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי והתקנות שנחקקו מכוחו. באשר לחבויות כאמור לעיל יחול הקבוע בסעיף 9.10 בפרק המבוא.

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

להלן פירוט התשלומים להשתלה ולטיפול מיוחד:

3.1. תשלום בגין השתלה

נספח 957

שירותי הבריאות ואשר אינה ממומנת על ידי קופת החולים בה הוא חבר, בתנאי כי התקיימו כל התנאים המצטברים הבאים:

- 1.2. רופא מומחה מטעם המבטח קבע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים כי התרופה נדרשת לטיפול במחלתו של המבוטח ו/או לצורך החלמתו.
- 2.2. אין בנמצא טיפול תרופתי חלופי או טיפול בתרופה בעלת הרכב גנרי דומה הנותן תוצאות דומות, הכלול בסל שירותי הבריאות.

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

3. **הכיסוי הביטוחי**
 - המבטח ישלם למבוטח או ישירות לנותן השירות את עלות התרופה, בכפוף לתנאים כמפורט להלן:
 - 3.1. **המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם.**

למען הסר ספק, מובהר כי המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי הביטוח אם לא אישר מראש את רכישת התרופה.
 - 3.2. חבות המבטח עפ"י פרק זה תהיה אך ורק להוצאות שהוצאו בפועל לאחר ניכוי סכום ההשתתפות העצמית למרשם ולא יותר מהמחיר המירבי המאושר לאותה תרופה.
 - 3.3. תגמולי הביטוח שישלם המבטח לא יעלו על סכום השיפוי המירבי.
 4. **חריגים**
 - 4.1. **כל התנאים הכלליים, הסייגים והחריגים החלים על הפוליסה יחולו גם על פרק זה.**
 - 4.2. **המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על פי פרק זה, בכל הנובע במישורין או בעקיפין מאחד המקרים הבאים:**
 - 4.2.1. **מקרה הביטוח ארע כתוצאה ממהלכה של מחלה או סיבוכיה של מחלה אשר המבוטח לקה בה ולא הצהיר עליה לפני תחילת הביטוח או אשר המבוטח לקה בה במהלך תקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח.**
 - 4.2.2. **מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.**
 - 4.2.3. **תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה או במהלך אשפוז בבית חולים או במוסד סיעודי.**
 - 4.2.4. **תרופה נסיונית אשר לא אושרה ע"י הרשות המאשרת.**
 - 4.2.5. **תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.**
 - 4.2.6. **תרופה לטיפול במחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים.**
 - 4.2.7. **תרופה לטיפולי שיניים, תרופה לטיפול בהשמנת יתר.**
 - 4.2.8. **מקרה ביטוח הנובע ו/או הקשור לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות, טיפולים נגד עקרות ואין אונות.**
 - 4.2.9. **טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים.**
 - 4.2.10. **טיפול ו/או שירות רפואי הנדרש עקב מום ו/או מחלה מלידה לרבות מחלות תורשתיות.**

פרק ה' - תרופות מיוחדות

1. הגדרות

- 1.1. **"מבוטח"** על פי פרק זה: אשר שמו נקוב ברשימה ואשר מבוטח בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- 1.2. **"השתתפות עצמית"**: סכום מירבי בסך הנקוב בנספח, שינכה המבטח מסכום ההוצאה למרשם שניתן לכל מבוטח. ניתנו מספר מרשמים לאותה תרופה המכסים תקופת טיפול של חודש – תנוכה ההשתתפות העצמית רק פעם אחת. ניתן מרשם לאותה תרופה לתקופת טיפול של מעל חודש – תנוכה ההשתתפות העצמית פעם בגין כל חודש.
- 1.3. **"תרופה"**: חומר כימי (על פי השם הגנרי) מרפא אשר הוכחה יעילותו ואושר שימוש ע"י הרשויות המוסמכות בישראל.
- רשימת התרופות המאושרות הינה רשימת התרופות כפי שמופיעה בפרסום רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל, הנכונה ליום 1.4.99 ואשר תעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.4. **"רופא מומחה"**: רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
- 1.5. **"טיפול"**: נטילת תרופה בצורה חד פעמית או מתמשכת שלא במהלך ניתוח ו/או אשפוז בבית החולים.
- 1.6. **"ישראל"**: מדינת ישראל לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.7. **"חול"ל"**: כל מדינה מחוץ לישראל.
- 1.8. **"חוק ביטוח בריאות ממלכתי"**: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994 או כל חוק אשר יחליף אותו.
- 1.9. **"סל שירותי הבריאות"**: מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופת החולים לחבריה במסגרת ומכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה.
- 1.10. **"בית מרקחת"**: מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: **"נותן השירות"**).
- 1.11. **"מרשם"**: מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש.
- 1.12. **"סכום השיפוי המירבי"**: סכום השווה לסך הנקוב בנספח המהווה גובה תגמולי הביטוח המירביים שתשלם החברה לכל מבוטח על פי פרק זה, בכל תקופת הביטוח.
- 1.13. **"מחיר מירבי מאושר"**: הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה לגביה בגין תרופה והמשתנה מעת לעת.

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

לא נקבע לתרופה מחיר מירבי מאושר בהולנד, יקבע המחיר המירבי על פי הסכום המירבי המאושר לאותה תרופה באנגליה במחירי דולר ארה"ב.

חישוב מחירי דולר ארה"ב יעשה על פי שער המכירה (העברות והמחאות) של דולר ארה"ב שיהיה נהוג בבנק לאומי לישראל ביום הכנת התשלום על-ידי המבטח בתוספת היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום כזה.

2. מקרה הביטוח

טיפול תרופתי במבוטח באמצעות תרופה אשר אינה כלולה בסל

נספח 957

- 5.3 . המבטח ישפה בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא ינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדין לא ניתנו למבטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.
- כמו כן לא ישולמו תגמולי ביטוח בגין התקופה שלפני מסירת הודעה למבטח על הצורך בקבלת התרופה.
- 5.4 . במקרה של הפסקת הזכאות לתגמולי ביטוח, על המבטח להודיע על כך למבטח במכתב רשום. תשלומים שקיבל במבטח שלא כדין, יוחזרו למבטח.
- 6 . **ביטול הכיסוי על פי פרק זה**
- תוקף הכיסוי על פי פרק זה יפוג, ולא יהיה בר תוקף מיום הביטול, במועד בו קיבל המבטח את סכום השיפוי המירבי על פי פרק זה.**

4.2.11 . **נשיאת נוגדנים למחלת הכשל החיסוני הנרכש או צהבת לסוגיה השונים.**

5 . **תביעות**

- המבטח ישפה את המבטח בגין התחייבויותיו או יעביר ישירות את ההוצאות לנותן השירות בכפוף לתנאים שלהלן:
- 5.1 . בכל מקרה של תביעה, ימסור המבטח למבטח את המסמכים הסבירים והאחרים שהמבטח ידרוש לביורור חבותו על פי פרק זה, לרבות הודעה חתומה על ידי רופא מומחה על המחלה שגרמה לדעתו לזכאות לקבלת התרופה.
- 5.2 . כל ההוצאות ימסרו למבטח אך ורק כנגד קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד.

נספח תגמולי הביטוח וההשתתפויות העצמיות לפרקים א' - ה'

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

סעיף הזכאות בפוליסה	תגמולי הביטוח
פרק א' - ניתוח פרטי בארץ	
סעיף 2.3	1,588 ש"ח ליום
סעיף 2.6	13,623 ש"ח
סעיף 2.7	453 ש"ח ליום
פרק ב' - ניתוח פרטי בחו"ל	
סעיף 2.6	4,000 דולר ארה"ב
סעיף 2.7	125 דולר ארה"ב ליום
סעיף 2.9.1	2,000 דולר ארה"ב
סעיף 2.9.2	1,500 דולר ארה"ב
פרק ג' - התייעצות עם רופאים מומחים	
סעיף 1.2	453 ש"ח
סעיף 2.3	340 ש"ח
סעיף 3.3	התייעצות - 800 דולר ארה"ב כרטיס טיסה - 800 דולר ארה"ב
פרק ד' - השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל	
סעיף 2.1	1,000,000 דולר ארה"ב
סעיף 2.2	100,000 דולר ארה"ב
סעיף 3.1	סכום מרבי להשתלה - 1,000,000 דולר ארה"ב
סעיף 3.2	סכום מרבי לטיפול מיוחד - 100,000 דולר ארה"ב
סעיף 3.1.7	60 דולר ארה"ב לאדם ליום
סעיף 3.1.10.1	5,675 ש"ח
סעיף 3.2.2	45,406 ש"ח
פרק ה' - תרופות מיוחדות	
סעיף 1.2	השתתפות עצמית - 500 ש"ח
סעיף 1.13	500,000 ש"ח

בריאות מושלמת

פוליסה לכיסוי הוצאות רפואיות בארץ ובעולם

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

תנאי ביטול

תנאי ביטול הפוליסה על-ידי המבוטח

המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב והביטול ייכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה במשרדי "מנורה".

תנאי ביטול הפוליסה על-ידי "מנורה"

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

1. המבוטח אינו משלם או לא שולמו בגינו דמי הביטוח במועד.
 2. המבוטח העלים מ"מנורה" עובדה מהותית.
 3. המבוטח הגיש ל"מנורה" תביעה כוזבת או תביעת מרמה לתשלום תגמולי הביטוח.
- בכל אחד מהמקרים שלעיל, הביטול יעשה בכפיפות להוראות חוק חזרה הביטוח, התשמ"א - 1981.

חריגים

החרגה בגין מצב רפואי קיים

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

המבוטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, בכל הנוגע במישורין או בעקיפין ממצב רפואי קיים.

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

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

סייגים לחבות "מנורה"

ראה פירוט החריגים בסעיף 4 בפרק המבוא בפוליסה.

הכיסויים בפוליסה

המבוטח זכאי לכיסויים הביטוחיים הבאים: ניתוח פרטי בארץ, ניתוח פרטי בחו"ל, השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, התייעצות עם רופאים מומחים, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות.

משך תקופת הביטוח

כל החיים.

תנאים לחידוש אוטומטי

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

תקופת אכשרה

תקופה רצופה של 90 יום לגבי כיסויי הפוליסה (למעט הכיסויים המצוינים להלן) ותקופה רצופה של 270 יום לגבי לידה בנינוח קיסרי ולגבי התייעצויות עם רופאים מומחים הקשורות בהריון, הפסקת הריון ולידה.

תקופת המתנה

אין.

השתתפות עצמית

המבוטח נדרש בתשלום השתתפות עצמית בפרק ג' – התייעצות עם רופאים מומחים ובפרק ה' – תרופות מיוחדות. לפירוט ההשתתפות העצמית, אנא ראה את פירוט הכיסויים.

שינוי הפרמיה ותנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח

"מנורה" זכאית לשנות את הפרמיה ואת תנאי הפוליסה לכלל המבוטחים בביטוח זה, אך לא לפני 1.1.2006. שינוי כזה יהא תקף בתנאי שהמפקח על הביטוח אישר את השינוי, ולאחר 30 יום מהיום שבו הודיעה "מנורה" בכתב למבוטח על כך.

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

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

גובה הפרמיה החודשית בש"ח

כמפורט בדף הרשימה.

הערות:

- ילדים שיצטרפו לאחר גיל 18, תגבה מהם פרמיה של בוגר (גיל 21-29) ותופק עבורם פוליסה אישית.
- ילד רביעי ואילך עד גיל 18 - חינם.
- גיל כניסה מקסימלי - 70 שנה.

מבנה הפרמיה

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

פירוט הכיסויים:

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס / שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
ניתוח פרטי בארץ - כיסוי לכל הניתוחים, שעלות ביצועם עולה על הסכום הנקוב בדף הרשימה שיפוי מלא לנותני שירות שבהסכם. לנותני שירות שלא בהסכם, לרבות מנתח, שיפוי עד תקרת הסכום המשולם לנותני שירות שבהסכם. הכיסוי כולל: הוצאות אשפוז עד 30 יום, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, תותבת עד 13,815 ש"ח, אחות פרטית 460 ש"ח ליום עד 8 ימים, אמבולנס. פיצוי במקרה ניתוח בבית חולים פרטי שמומן בחלקו ע"י המבטח: 25% מערך טופס 17 (בתנאי שהניתוח הינו אלקטיבי). פיצוי במקרה ניתוח בבית חולים ציבורי שלא מומן כלל ע"י המבטח: 50% מערך טופס 17 (בתנאי שהניתוח הינו אלקטיבי).	-	שיפוי	-	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
ניתוח פרטי בחו"ל - כיסוי לכל הניתוחים, שעלות ביצועם עולה על הסכום הנקוב בדף הרשימה שיפוי מלא בבתי חולים בחו"ל. במקרים המוגדרים בפוליסה, יכוסה גם כרטיס טיסה למבטח עד \$ 2,000 וכרטיס טיסה והוצאות למלווה עד \$ 1,500.	-	שיפוי	השיפוי המלא מותנה באישור מראש של "מנורה", אחרת ישולם החזר בגובה הסכום שהיה משולם לנותני שירותים שבהסכם.	מוסף	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
השתלות בישראל ובחו"ל ללא צורך באישור משרד הבריאות עד \$ 1,000,000, כולל הוצאות גלוות כמפורט בפוליסה.	-	שיפוי	אישור רופא מומחה בדרגת מנהל/סגן מנהל מחלקה	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
גמלת החלמה לאחר השתלה: 5,756 ש"ח למשך 24 חודשים (למבטח עד גיל 18 – מחצית הסכום).	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז
טיפול מיוחדים בחו"ל ללא צורך באישור משרד הבריאות עד \$ 100,000, כולל הוצאות גלוות כמפורט בפוליסה.	-	שיפוי	אישור רופא מומחה בישראל בדרגת מנהל מחלקה/ סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש וכן אישור רופא מטעם "מנורה"	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
התייעצות עם רופאים מומחים התייעצות לפני ניתוח: בארץ – 3 התייעצויות בשנה, החזר 80% ועד 460 ש"ח. בחו"ל – התייעצות אחת בשנה, החזר 80% ועד 800 דולר ארה"ב, וכן תשלום עד 800 דולר ארה"ב בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל. התייעצות שלא לפני ניתוח: בארץ – 2 התייעצויות בשנה, החזר 75% ועד 345 ש"ח.	יש	שיפוי	בהתייעצות בחו"ל נדרש אישור מטעם רופא "מנורה" לנסיעה לחו"ל לצורך קבלת חוות דעת שלא באמצעות תקשורת נתונים	תחליפי בארץ ומוסף בחו"ל	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי עד 507,074 ש"ח.	507 ש"ח לחודש	שיפוי	אישור מראש של "מנורה" לרכישת התרופה	מוסף	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה

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

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

ביטוח מוסף - ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון. נספח "גילוי נאות" הוא למידע בלבד, ואינו מהווה חלק מהפוליסה. התנאים הקובעים הינם כמפורט בתנאי הפוליסה ובכל מקרה של סתירה, יגבר האמור בפוליסה.