

בריאות מושלמת TOP לבעלי שב"ן פוליסה לכיסוי הוצאות רפואיות בארץ ובעולם

תנאים כלליים לביטוח

המבוטח או כל תורם אחר, 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.

2.13 השתתפות עצמית: חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. 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.

2.14 חברה קשורה: קבוצת בתי חולים, רופאים, ונותני שירותים רפואיים אחרים החתומים על חוזה עם המבטחת או עם חברת סיוע עמה קשורה המבטחת בהסכם למתן שירותים רפואיים למבוטחים ברחבי העולם.

2.15 חו"ל: כל מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
2.16 חוק ביטוח בריאות: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994.

2.17 חוק חוזה הביטוח: חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981.
2.18 יום אשפוז: משך הזמן המוגדר כיום אשפוז על פי המקובל בבתי חולים בישראל ולא פחות מ - 24 שעות.

2.19 ילד: ילדו של המבוטח, לרבות ילד חורג וילד מאומץ.
2.20 ישראל: מדינת ישראל לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
2.21 מבוטח: האדם, ששמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמבוטח בפוליסה זו ואשר הינו חבר בשב"ן בעת הצטרפותו לביטוח זה.

2.22 מדד: 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.

2.23 מדד יסודי: המדד האחרון הידוע ב - 1 בחודש של תחילת הביטוח.

2.24 מדד קובע: המדד האחרון הידוע ביום תשלום דמי הביטוח למבטחת או תשלום סכום הביטוח למבוטח או לנותני שירותים רפואיים למבוטח, בהתאם לתנאי הפוליסה.

2.25 מנתח אחר: רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים כמומחה מנתח במדינה בה בוצע הניתוח, אשר אינו בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה.

2.26 מנתח הסכם: רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים כמומחה מנתח במדינה בה בוצע הניתוח, שהסכים לקבל ישירות מאת המבטחת ו/או מאת חברה קשורה שכן, שהוסכם עמו עבור ניתוח, שביצע במבוטח.

2.27 מצב רפואי קודם: מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה.

לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הצטרפות לביטוח.
2.28 משפחה: בן/בת זוג של המבוטח ו/או ילדיהם.

2.29 מקרה הביטוח: מערך נסיבותי ועובדתי כמוגדר בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפי העניין, בגינו זכאי המבוטח לקבל מאת המבטחת תגמולי ביטוח, בין במישרין, ובין באמצעות תשלום מהמבטחת לנותני שירותים רפואיים למבוטח, הכל בכפוף לתנאים, לחריגים ולסייגים בפוליסה.

2.30 נותן שירותי שהסכם: מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר המבטחת בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבטחת במועד התביעה.

2.31 ניתוח: פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure), החדרת דרך רקמות, ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח.

1. מבוא

1.1 פוליסה זו היא חוזה ביטוח בין מנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן: "המבטחת") לבין בעל הפוליסה ששמו מצוין בדף פרטי הביטוח, המצורף לפוליסה זו ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה.
1.2 מוסכם ומוצהר בזאת כי תמורת תשלום דמי ביטוח, כמפורט בדף פרטי הביטוח, ובכפיפות לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן בכל פרק מפרקי הביטוח ובהתאם להצהרות בעל הפוליסה, הנוגעות למבוטח ו/או למשפחתו, תשפה המבטחת את המבוטח ו/או תשלם ישירות לספקי השירות ו/או תפצה את המבוטח - הכל בהתאם למחויבויות המבטחת על פי כל אחד מפרקי הביטוח, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי הנקוב בדף פרטי הביטוח ו/או בכל נספח או סעיף בהם נקבע שיעור כזה.

2. הגדרות:

2.1 א/אחות: אחות או אח בעלי תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות במדינה בה מבוצע הטיפול.
2.2 בית חולים: מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה או בית הבראה.
2.3 בית חולים פרטי: בית חולים שאינו בבעלות המדינה או קופת חולים כלשהי, ואם הוא בבעלות אחד מאלה - בתנאי שבמסגרתו ניתן שירות רפואי פרטי או שירות רפואי נוסף שאושר על ידי הרשויות המוסמכות.
2.4 בית חולים מוסכם: בית חולים כמוגדר בסעיף 2.2 או בסעיף 2.3 לעיל, הקשור בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה.
2.5 בן/בת זוג: מי שנשוי/אה למבוטח, ידועה/בציבור של המבוטח, החיה/עמו/ה חיי משפחה במשק בית משותף אך אינו נשוי לו/לה.
2.6 בעל הפוליסה: אדם, חבר בני אדם או תאגיד, המתקשר עם המבטחת בחוזה הביטוח ואשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח ו/או בהצעת הביטוח כבעל הפוליסה.
2.7 גיל המבוטח: גיל המבוטח נקבע לפי יום הולדתו הקרוב ביותר לתאריך תחילת הביטוח, זה שקדם לו או הבא אחריו, ויחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. שישה חודשים ויותר יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה.
2.8 דף פרטי הביטוח: מסמך המצורף לפוליסה והמהווה חלק בלתי נפרד ממנה, וכולל את מספר הפוליסה, פרטים אישיים של בעל הפוליסה, המבוטח/ים, תקופת הביטוח, דמי הביטוח וכיו"ב.
2.9 דמי ביטוח: הפרמיה ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה לשלם למבטחת בהתאם לתנאי פוליסה זו, לרבות כל תוספת שתקבע על ידי המבטחת עקב מצב בריאותו ו/או סיכונים מיוחדים הקשורים במבוטח.
2.10 המבטחת: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.
2.11 הצעת הביטוח או ההצעה: 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 הנבקאת ו/או הוראת תשלום אחרת, כולל כרטיס/י אשראי, לתשלום דמי הביטוח.
2.12 השתלה: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, 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

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.**

2.46 **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.

2.47 **תקופת הביטוח:** התקופה המתחילה במועד הנקוב בדף פרטי הביטוח ונמשכת לכל ימי חייו של המבוטח, אלא אם צוין במפורש אחרת בפוליסה או בכתבי השירות.

3. תנאים מקדמיים לתוקף הפוליסה

3.1 הפוליסה נכנסת לתוקפה לאחר הסכמת המבטחת בכתב, החל מיום תחילת תקופת הביטוח כמצוין בדף פרטי הביטוח, ובכפוף לקיומם של התנאים המצטברים הבאים:

3.1.1 מולאה הצעת הביטוח על כל פרטיה, לרבות הצהרת הבריאות וויתור על הסודיות הרפואית ונמסרה למבטחת.

3.1.2 שולמה הפרמיה הראשונה.

3.1.3 המבוטח חי בתאריך תשלום הפרמיה הראשונה.

3.1.4 מיום ההצעה לביטוח או הבדיקה הרפואית או מיום חתימת המבוטח על הצהרת הבריאות ועד ליום בו נתקבל המבוטח לביטוח על ידי המבטחת, לא אירע מקרה הביטוח ולא חל שינוי במצב בריאותו, במצבו הגופני, במקצועו ובעיסוקיו של המבוטח, שהיו משפיעים על תנאי קבלתו לביטוח אילו ידעה עליהם המבטחת ביום קבלתו.

3.2 התנאים בסעיף 3.1 לעיל יחולו גם במקרה של חידוש הפוליסה אחרי ביטולה מכל סיבה שהיא, בכפוף לסעיף 3.6 דלקמן.

3.3 חבות המבטחת תהיה בתוקף במשך תקופת הביטוח ועד לתום תקופת הביטוח, למעט אם צוין אחרת בפוליסה או בכתבי השירות ובכפוף לתנאים הכללים לפוליסה, להוראותיה ולחריגיה.

3.4 שולמו למבטחת כספים על חשבון דמי הביטוח, לפני 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.

3.4.1 דחיית ההצעה לביטוח או פניה למבוטח בהצעה נגדית לכיסוי ביטוחי תבוצע לכל היותר תוך שלושה חודשים מיום קבלת ההפקדה הראשונה אצל המבטחת, או אם פנתה המבטחת למבוטח בבקשה להשלמת נתונים, תוך שישה חודשים מיום קבלת ההפקדה הראשונה אצל המבטחת. אם המבטחת לא דחתה את ההצעה לביטוח, ולא הציעה למבוטח הצעה נגדית לכיסוי ביטוחי, או אם הודיעה למבוטח על קבלתו לביטוח לפי תנאי ההצעה לביטוח בתוך המועדים כאמור, לא תהא המבטחת רשאית לשנות את התנאים הקבועים בהצעה לביטוח עד תום תקופת הביטוח, בכפוף לתנאי הפוליסה.

3.5 ילדו של המבוטח מבטח בפוליסה זו כל עוד משולמים דמי הביטוח על ידי בעל הפוליסה, ללא מגבלת גיל, מבטח בפוליסה זו יחד עם הורו, 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.

3.6 על אף האמור בסעיף 3.5 לעיל, אם בוטלה או התבטלה הפוליסה במועד כלשהו (להלן: "יום הזכאות"), מכל סיבה שהיא, יהיה המבוטח רשאי לבקש כי המבטחת תנפיק לו פוליסה חדשה בהתאם לתנאים כפי שיהיו במועד הבקשה, ללא צורך בחיתום רפואי מחדש, לגבי כיסויים וסכומי ביטוח חופפים בלבד, וזאת בתנאי שבקשת המבוטח תגיע למשרדי המבטחת תוך 90 ימים מיום הזכאות.

3.7 להסרת ספק יובהר, כי במקרה של חידוש הפוליסה או הנפקת פוליסת פרט חדשה למבוטח, מהסיבות המנויות

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 באמצעות גלי קול.

למען הסר ספק ומבלי לגרוע מהאמור לא יכלול בהגדרת "ניתוח": בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקת מי שפיר ובדיקות אחרות הקשורות בהריון, בדיקת עוברים, בדיקות ופעולות הדמיה (כגון: M.R.I., C.T.) ובדיקות סקר למיניהן.

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

2.33 **נספח ברות ביטוח (ביטוח המשך ללא חיתום):** נספח לפוליסה זו, הניתן לרכישה במועד תחילת הביטוח של פוליסה זו בלבד ובתמורה לדמי ביטוח נוספים, ואשר קבלתו למבוטח את הזכות להצטרף לפוליסת כיסוי מלא תוך מתן רצף ביטוחי לתנאי החיתום שנקבעו ושהיו תקפים במועד תחילת תקופת הביטוח של פוליסה זו, ללא חיתום מחדש או בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם, ללא תקופת אכשרה נוספת, ובתמורה לדמי ביטוח הנהוגים לכלל המבוטחים אצל המבטחת באותה עת.

2.34 **נספח תגמולי הביטוח:** נספח המכיל את סכומי הביטוח ואת סכומי ההשתתפויות העצמיות.

2.35 **סכום הביטוח:** הסכום המרבי הנקוב בנספח תגמולי הביטוח ו/או בכל נספח לפוליסה, שתשלם המבטחת למבוטח או לנותני שירותים רפואיים למבוטח כתגמולי ביטוח, בקרות למבוטח מקרה הביטוח, כשהוא צמוד למדד לפי תנאי פוליסה זו.

2.36 **פוליסה:** חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה למבטחת, לרבות הצעת הביטוח, הצהרת הבריאות, דף פרטי הביטוח, וכל נספח או תוספת המצורפים לו.

2.37 **פוליסת כיסוי מלא ('מהשקל הראשון'):** פוליסת בריאות הדומה בכיסוייה לפוליסה זו, שהייתה קיימת אצל המבטחת במועד בו הצטרף המבוטח לפוליסה זו, למעט פרק הניתוחים בישראל שבמסגרתו יינתן כיסוי ביטוחי מלא ללא תלות בשב"ן.

2.38 **פיזיותרפיסט:** אדם בעל תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות לתת טיפולי פיזיותרפיה במדינה בה ניתנים הטיפולים.

2.39 **קופת חולים:** 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.

2.40 **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים כמרדים במדינה בה בוצע הניתוח.

2.41 **רופא שיניים:** אדם העוסק ברפואת שיניים על פי רשיון כחוק מטעם הרשויות המוסמכות בישראל.

2.42 **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.

2.43 **שנת ביטוח:** תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח, כאמור בדף פרטי הביטוח.

2.44 **שתל:** כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, המושלם 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.

2.45 **תקופת אכשרה:** תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך תחילת תקופת הביטוח ומסתיימת בתום 90 יום לגבי כיסויי הפוליסה, אלא אם צוין במפורש אחרת. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד

- 5.2.1 הפסקת הריון שנדרשה עקב סכנת חיים לאם או עקב גילוי מום בעובר.
- 5.2.2 לידה בניתוח קיסרי מתוכנן מראש עקב צורך רפואי.
- 5.2.3 ניתוחים גניקולוגיים מתקנים בעקבות לידה בשל סיבה רפואית שאינה נפשית, קוסמטית או לצורכי פריון.
- 5.2.4 התייעצויות הקשורות להריון במסגרת פרק ג'.
- 5.2.5 אשפוז עקב הריון במסגרת פרק ו'.
- למען הסר ספק מובהר בזאת, כי לא ישולם על פי ביטוח זה שכר מיילדת ושכר מנתח במקרה של לידה, למעט אם בוצע ביולדת ניתוח קיסרי מתוכנן מראש עקב צורך רפואי, אז תשלם המבטחת את שכר המנתח, חדר הלידה, ההרדמה ואת עלות האשפוז הנוסף עקב היות הלידה בניתוח קיסרי, ובתנאי מפורש כי בטרם הצטרפה לתוכנית הביטוח או בטרם חלף תקופת האכשרה לא עברה המבטחת ניתוח קיסרי כלשהו.
- 5.3 מום או מחלה מולדים לרבות מחלות תורשתיות אשר אובחנו אצל המבוטח קודם כניסתו לביטוח, בכפוף לסייג בשל מצב רפואי קודם, כמפורט להלן בסעיף 5.12.
- 5.4 מקרה הביטוח נגרם מתאונת עבודה, כמשמעה בחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), תשנ"ה – 1995.
- 5.5 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם לרבות: בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע.
- 5.6 מקרה הביטוח נגרם עקב ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית מכוונת, הפרעות נפש ומחלות נפש, טיפולים נפשיים ופסיכולוגיים, אלוהולוזים או שימוש באלכוהול, שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראות רופא, שלא לצורך גמילה.
- 5.7 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (אידס) ובמחלות: HUMAN T-CELL LYMPHATROPIC VIRUS TYPE III (HTLV) ו- HUMAN T-CELL LYMPHATROPIC VIRUS TYPE III (HTLV) ASSOCIATED VIRUS (LAV) ו/או מחלות או מצבים שהם מוטציות או וריאציות למחלת האידס או כל מחלה או תסמונת דומה אחרת יהא שמה אשר יהא.
- חריג זה לא יחול על סעיף 3.2 בפרק ו'.
- 5.8 מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין ממעשה פלילי בו השתתף המבוטח.
- 5.9 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.
- 5.10 נסיעת המבוטח כאיש צוות בכלי טייס, נסיעה בכלי טייס מכל סוג שהוא, אלא אם נמצא המבוטח כנוסע בכלי טייס בקו תעופה סדיר ומוכר ומורשה להובלת נוסעים, או בכלי טייס אזרחי מורשה כחוק המופעל על ידי מפעיל מוכר לטיסות שכר.
- 5.11 פעילות ספורטיבית מקצוענית של המבוטח במסגרת אגודת ספורט, ששכר כספי בצדה, ו/או עיסוק המבוטח בפעילות מסוכנת או בתחביב מסוכן מכל סוג שהוא, לרבות טיפוס הרים, סנפלינג, בנג'י, החלקה בסקי וכל סוגי ספורט החורף, צייד, רכיבה על אופנוע או קטנוע, נהיגת מרוצים מכל הסוגים לרבות מרוץ סוסים, צניחה, גלישה ודאייב באוויר, רכיבה על אופנוע ים, שחייה במקום בלתי מורשה על פי דין, סקי מים, פעולות מתחת למים לרבות צלילה בעזרת מכשירים.
- 5.12 מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרפואי הרגיל של מצב רפואי קודם, שאירע למבוטח בתקופת הביטוח, בכפוף להוראות הבאות:
- 5.12.1 היה גיל המבוטח פחות מ – 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח, תהיה המבטחת פטורה מחבותה, או שהיקף חבותה יופחת, כאמור, לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתאריך תחילת הביטוח.
- 5.12.2 היה גיל המבוטח מעל ל – 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח, תהיה המבטחת פטורה

בסעיפים 3.5 ו- 3.6 לעיל, וכן במקרה של מעבר מפוליסת כיסוי מלא לפוליסה ייעודית לבעלי שב"ן או מעבר מפוליסה ייעודית לבעלי שב"ן לפוליסת כיסוי מלא, ייחשבו תגמולי ביטוח ששולמו במסגרת הכיסוי לתרופות מיוחדות, השתלות וטיפולים מיוחדים בפוליסה הקודמת, כאילו שולמו לפי תנאי הפוליסה המחודשת או החדשה, וסכום השיפוי המרבי יישאר הסכום המכסימלי לו יהיה המבוטח זכאי במשך התקופות בפוליסות.

בסעיף זה: פוליסה ייעודית לבעלי שב"ן: פוליסת בריאות הדומה בכיסוייה לפוליסה זו, למעט פרק הניתוחים בישראל שבמסגרתו יינתן כיסוי ביטוחי מלא ללא תלות בשב"ן. פוליסת כיסוי מלא: פוליסת בריאות דוגמת פוליסה זו, הכוללת בפרק הניתוחים בישראל כיסוי ביטוחי מלא ללא תלות בשב"ן.

4. חובת הגילוי:

- 4.1 הביטוח על-פי פוליסה זו נעשה על יסוד המידע הכתוב, התשובות לשאלות והצהרות בכתב שנמסרו למבטחת על-ידי המבוטח ו/או על-ידי בעל הפוליסה.
- 4.2 אם ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, לשאלה בעניין מהותי שיש בו כדי להשפיע על נכונות מבטח סביר לזכות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו, רשאית המבטחת תוך 30 יום מהיום שנודע לה על כך, וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את חוזה הביטוח בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ו/או למבוטח.
- לעניין זה, הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.
- 4.3 ביטלה המבטחת את חוזה הביטוח מכוח סעיף זה, תחזיר לבעל הפוליסה את דמי הביטוח ששולמו לה בעד התקופה שלאחר ביטול הביטוח, בניכוי הוצאות המבטחת, זולת אם פעל המבוטח ו/או בעל הפוליסה בכוונת מרמה.
- 4.4 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל החוזה מכוח סעיף זה, אין המבטחת חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והיא פטורה כליל בכל אחת מאלה:
- 4.4.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
- 4.4.2 מבטחת סבירה לא הייתה מתקשרת באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידעה את המצב לאמיתו. במקרה זה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטחת.
- 4.5 סעיפים 4.2 ו- 4.4 לא יחולו במקרים הבאים, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:
- 4.5.1 המבטחת ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהיא גרמה לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.
- 4.5.2 העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרה הביטוח, על חבות המבטחת או על היקף החבות.
- 4.6 תאריך לידתו של המבוטח הוא עניין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בפרק זה.
- 4.7 חברות בשב"ן בתאריך תחילת הביטוח היא עניין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בפרק זה.

5. חריגים כלליים לפוליסה

- המבטחת לא תהיה אחראית לתשלום תגמולי ביטוח על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה בגין מקרה ביטוח הנובע כולו או מקצתו, במישרין או בעקיפין מ:
- 5.1 מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח.
- 5.2 כל הפרוצדורות הרפואיות הקשורות בהריון ו/או לידה, פריון או עקרות וטיפולים בעובר, למעט במקרים המפורטים להלן, בגינם תיידרש תקופת אכשרה של 270 יום:

1957.

7. שינוי דמי הביטוח ותנאים

- 7.1. דמי הביטוח המשולמים בגין פוליסה זו ייקבעו אחת לשנה בהתאם לגילו של המבוטח בהתייחס לפרמיה הנגבית מקבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח.
- 7.2. באישור מראש של המפקח על הביטוח, תהיה המבטחת זכאית לשנות את דמי הביטוח והתנאים לכלל המבוטחים בביטוח זה. אם ייערך שינוי כנ"ל, יחושבו דמי הביטוח החדשים לפי התעריף החדש, הישים לכלל המבוטחים ללא התחשבות בשינוי שחל במצב בריאותם מיום קבלתם לביטוח.
- נעשה שינוי כאמור לעיל ואושר על ידי המפקח על הביטוח, תודיע המבטחת למבוטח בכתב, 60 יום מראש, על כל שינוי שאושר, תוך מתן גילוי מלא לגבי השינויים בתעריף או בהיקף הכיסוי הביטוחי.

8. השבת דמי ביטוח

פטורה המבטחת מחבותה בשל מצב רפואי קודם, כאמור בסעיף 5.12 לעיל, ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטחת סבירה לא הייתה מתקשרת באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידעה במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, תחזיר המבטחת למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח עבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח. על דמי הביטוח יתווספו הפרשי הצמדה.

9. תנאי הצמדה

- 9.1. תגמולי הביטוח, סכומי ההשתתפות העצמית ודמי הביטוח על פי פוליסה זו יהיו צמודים למדד, כמפורט להלן.
- 9.2. 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 כרטיס האשראי כיום ביצוע התשלום בפועל.
- 9.3. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המבוטח תוך הצמדתה לשיעור עליית המדד הקובע לעומת המדד היסודי.
- 9.4. כל תשלומי המבטחת יוצמדו לשיעור עליית המדד הקובע לעומת המדד היסודי.

10. ביטול הפוליסה

- 10.1. בעל הפוליסה ו/או המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הביטוח בהודעה בכתב למבטחת. הביטול ייכנס לתוקפו לאחר 15 יום מיום קבלת ההודעה על ידי המבטחת. ביטול הפוליסה, כאמור, פירושו ביטולה לגבי כל המבוטחים הרשומים בדף פרטי הביטוח.
- 10.2. לא שולמו דמי הביטוח במועד, רשאית המבטחת לבטל את הביטוח בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.
- 10.3. העלים המבוטח מהמבטחת עובדה מהותית, רשאית המבטחת לבטל את הפוליסה או לשלם תגמולי ביטוח מופחתים, בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח.
- 10.4. עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מהמבטחת את בירור חבותה או להכביד עליה, לא תהא המבטחת חייבת בתשלום תגמולי ביטוח, אלא במידה שהייתה חייבת בהם אילו לא נעשה אותו הדבר.

11. תביעות ותגמולי ביטוח

- 11.1. הודעה על מקרה ביטוח תימסר למבטחת בכתב בזמן סביר, מהר ומוקדם ככל שניתן. להודעה יצורפו כל הפרטים אודות התביעה, לרבות טופס תביעה מלא של המבטחת, כתב וויתור על סודיות רפואית, כל המסמכים הרפואיים כמפורט בסעיפים 11.4 ו- 11.5 דלקמן, וכן, אם יהיו תשלומים, כל הקבלות המקוריות. לא יבוצע החזר כנגד צילומי קבלות או העתקים נאמנים למקור.

מחבותה, או שהיקף חבותה יופחת, כאמור, לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתאריך תחילת הביטוח.

5.12.3. 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.

5.12.4. 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.

5.12.5. אין באמור לעיל כדי לפטור את המבוטח מחובת גילוי לפי חוק חוזה הביטוח לגבי מצב רפואי קודם.

5.13. המבטחת אינה אחראית לטיפול ולתוצאותיו: למען הסר ספק מובהר ומוסכם בזאת כי בחירת הרופא המטפל על פי הסכם זה ו/או הטיפולים והשירותים המכוסים על ידי פוליסה זו, נעשים על-ידי בעל הפוליסה או המבוטח וכי המבטחת אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח כתוצאה מטיפול או שירות המכוסה על ידי פוליסה זו.

5.14. בדיקות שגרה ומעקב וטיפולים ניסיוניים, אשר לא אושרו על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה מתבצע הטיפול.

5.15. המבטחת לא תחוב על פי פוליסה זו בכל מקרה בו קיימת מניעה חוקית ביישומה על פי כל דין.

6. דמי הביטוח ותשלומם

- 6.1. מועד פירעון דמי הביטוח יהיה בראשית כל חודש בו נקבע תשלומם. דמי הביטוח ישולמו בזמני הפירעון הקבועים בדף פרטי הביטוח.
- 6.2. דמי הביטוח הראשוניים ייקבעו על פי גילו של המבוטח ביום תחילת תקופת הביטוח ומצבו הרפואי במועד זה ויפורטו בדף פרטי הביטוח.
- 6.3. דמי הביטוח המשולמים בגין ביטוח זה ישתנו כרשום בדף פרטי הביטוח בתוספת הצמדה למדד, כמפורט בסעיף ההצמדה (סעיף 9) דלקמן.
- 6.4. 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. כמו כן, ניתן לשלם דמי ביטוח באמצעות סוכן הביטוח הרשום בדף פרטי הביטוח, אך זאת אך ורק בהמחאות לפקודת המבטחת. אם שולמו דמי הביטוח בהוראת קבע בנקאית או באמצעות כרטיס אשראי, כאמור, רק זיכוי חשבון המבטחת בבנק או בחברת כרטיס האשראי יהווה את תשלום דמי הביטוח.
- 6.5. **הסכמת המבטחת לקבל דמי ביטוח, שלא באחת הדרכים המפורטות בס"ק 6.4 דלעיל, או לאחר זמן פירעונה, במקרה מסוים, לא תתפרש כהסכמה לנהוג כן, גם במקרים אחרים כלשהם.**
- 6.6. בעל הפוליסה חייב לשלם למבטחת את דמי הביטוח ואת המסים הממשלתיים והאחרים החלים על פוליסה זו או המוטלים על דמי הביטוח, ועל כל התשלומים האחרים שהמבטחת מחויבת לשלם על פי הפוליסה בין אם מסים אלה קיימים ביום עריכת הפוליסה ובין אם יוטלו במועד שלאחר מכן.
- 6.7. **לא שולמו דמי הביטוח במועד, ולא שולמו גם תוך 15 יום לאחר שהמבטחת דרשה לשלם, רשאית המבטחת להודיע לבעל הפוליסה בכתב כי הפוליסה תבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן, ובכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.**
- 6.8. **לדמי ביטוח, שלא שולמו במועד, תיווסף במועד תשלומם, בנוסף להפרשי הצמדה כאמור בסעיפים 6.3 לעיל ו- 9.2 דלקמן, ריבית כפי שתהיה נהוגה באותה עת, מיום היווצרות הפיגור ועד לפירעונם בפועל על-ידי בעל הפוליסה, ובלבד ששיעור הריבית לא יעלה על שיעור הריבית המרבי בהתאם לחוק הריבית, התשי"ז –**

האחרות, כאמור, למבטחת, לגבי סכום תגמולי הביטוח העולים על חלקה היחסי של המבטחת בהוצאות שהוצאו בפועל.

12.6. **המבוטח לא יזכה 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. **צירוף תינוק שנולד למבוטח וצירוף ילדו של המבוטח מבוטח ו/או מבוטחת יהיו זכאים לצרף לפוליסה זו את ילדיהם. במקרה כ"ל תוגש על ידם 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.**

13.2. **צירוף תינוק לאחר הלידה - נולד למבוטח ו/או למבוטחת תינוק, יהיו זכאים לצרפו לפוליסה זו לאחר תום 15 יום מיום ששוחרר מבית החולים בו נולד. המבוטח או המבטחת יגישו למבטחת הצעה ויצרפו 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.**

14. **חוק חוזה ביטוח וחוק ביטוח בריאות**
14.1. **הוראות חוק חוזה ביטוח יחולו על פוליסה זו, לרבות על אותם עניינים אשר לא הוסדרו בה במפורש.**
14.2. **היה יחולו שינויים בסל שירותי הבריאות לפי חוק ביטוח בריאות, ייערכו בפוליסה השינויים המתבקשים מכך בכפוף לאישור מראש של המפקח על הביטוח.**

15. **התיישנות**
תקופת התיישנות של תביעה על פי הפוליסה היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

16. **הודעות הצדדים**
16.1. **הודעת המבטחת למבוטח ו/או לבעל הפוליסה תינתן לפי מענם האחרון הידוע למבטחת.**
16.2. **על בעל הפוליסה להודיע למבטחת על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום. הודעה שתשלח על ידי המבטחת לכתובת האחרונה של בעל הפוליסה הידועה לה, תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.**

16.3. **הודעת בעל הפוליסה ו/או המבוטח למבטחת תינתן למשרדה, כפי שצוין על-ידיה במסמכי הביטוח, או לכל כתובת אחרת אליה ביקשה המבטחת לשגר את הודעות בעל הפוליסה ו/או המבוטח. כל הודעה ו/או הצהרה למבטחת תימסר בכתב, זולת הצעת ביטוח שנמסרה באמצעות הטלפון.**

16.4. **כל שינוי בפוליסה או בתנאיה, ייכנס לתוקפו רק אם המבטחת הסכימה לכך בכתב ועדכנה בהתאם את הפוליסה או נספחיה.**

17. **ברירת דין**
17.1. **פרשנות הפוליסה וכל חילוקי דעות או תביעות על פיה או בקשר אליה, יתבררו אך ורק על פי דיני ישראל ובבתי משפט בישראל ו/או ברשויות המוסמכות בישראל בלבד.**

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

11.2. **למרות האמור לעיל, במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר, יגיש המבוטח למבטחת העתק קבלה מאושר ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה המקורית בציון הסכום שתבע ושולם לו מהגורם האחר. במקרה זה תשלם המבטחת את ההפרש בין המגיע למבוטח על פי פוליסה זו לבין הסכום ששולם מהגורם האחר, אך לא יותר מהוצאות המבוטח בפועל.**

11.3. **כתנאי -מהותי לאישור התביעה 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.**

11.4. **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.**

11.5. **המבוטח ימסור למבטחת כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ או בחו"ל להעביר למבטחת כל מידע רפואי הנמצא ברשותו הנוגע למבוטח.**

11.6. **המבטחת תהא רשאית, לפי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק מאושר מהן, כמפורט בסעיפים 11.1 ו- 11.2 לעיל.**

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

11.8. **תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל 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.**

11.9. **החזר תשלומים יבוצע על-ידי המבטחת בזמן סביר, אך לא יאוחר מהקובע על פי חוק חוזה הביטוח.**

11.10. **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.**

11.11. **המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח המרבי המצוין בכל פרק או בנספח תגמולי הביטוח, לפי העניין.**

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

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**

4.2.1 על המבוטח להמציא למבטחת אישור מהשב"ן, כי אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל המבוטחים בשב"ן או כי הוא מצוי בתקופת אכשרה/ המתנה על פי תנאי השב"ן.

4.2.2 על המבוטח לפנות למבטחת לקבלת אישור מראש ובכתב לביצוע הניתוח, לרבות מועד ביצוע הניתוח ובכפוף לתנאים הכלליים של הפוליסה. בוצע במבוטח ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, אולם ביצעו לא אושר מראש ע"י המבטחת, תשלם המבטחת למבוטח את ההוצאות, כפי שהיו, לו היה נעשה הניתוח באמצעות בית חולים אשר למבטחת או לחברה קשורה יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי פוליסה זו.

4.3 **תנאי מוקדם בקרות מקרה ביטוח, שאינו מכוסה במסגרת השב"ן, בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים:**
4.3.1 על המבוטח להמציא למבטחת אישור השב"ן בדבר היעדר זכאותו לכיסוי עקב אותן נסיבות.

5. **התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח:**

5.1 **בקרות מקרה ביטוח המכוסה בשב"ן:**

5.1.1 המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו הממשיות, 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, כאמור בסעיף 4.1.2, יופחתו סכומים אלה מסך השיפוי לו זכאי המבוטח.

5.2 **בקרות מקרה ביטוח שאינו מכוסה על פי תנאי השב"ן:**

המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות שהוצאו בפועל, ובלבד שלא יעלו על התקרות שנקבעו בסעיף 6 להלן.

5.3 **בקרות מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים:** המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה, לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן בו היה חבר המבוטח (להלן: "ההפרש"). במידה וההפרש בפועל אינו בר הוכחה, ייקבע ההפרש על סמך היסטורית התביעות לניתוחים זהים או דומים הקיימת אצל המבטחת.

6. **ההוצאות בגין זכאי המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח בכפוף לתנאי פוליסה זו:**

6.1 **שכר מנתח:** שכר המנתח, עד לתקרת הסכום הקבוע ברשימת הניתוחים של המבטחת עבור רופא מנתח על פי הניתוח שבוצע.

6.2 **שכר רופא מרדים:** שכר הרופא המרדים, עד לתקרת הסכום הקבוע ברשימת הניתוחים של המבטחת עבור רופא מרדים על פי הניתוח שבוצע.

6.3 **כיסוי הוצאות אשפוז בבית חולים במקרה ניתוח:** הוצאות האשפוז עד לתקרת הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח לכל יום אשפוז בגין אשפוז בבית חולים פרטי אחר, ובכל אחד מהמקרים הנ"ל למשך תקופה שלא תעלה על 30 ימים.

6.4 **הוצאות חדר ניתוח בבית חולים:** ההוצאות עבור חדר ניתוח על פי הניתוח שבוצע, עד לתקרת הסכום הקבוע אצל המבטחת עבור חדר ניתוח על פי הניתוח שבוצע.

6.5 **הוצאות בגין בדיקה פתולוגית בבית חולים:** ההוצאות בגין בדיקה פתולוגית הנדרשת במקרה של ניתוח, ועד לתקרת תעריף המבטחת לסוג הניתוח שבוצע.

6.6 **שתל:** בוצע במבוטח ניתוח בבית חולים, ובמהלך הניתוח הושטלו/ו במבוטח שתלים כלשהו/כלשהם, תשתף המבטחת בעלות השתלים הנ"ל ועד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח לאותו הניתוח.

6.7 **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

18. **שינויים**

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

19. **נספחי הפוליסה**

הוראות פוליסה זו יחולו גם על נספחיה, בשינויים המחויבים.

פרק א' - כיסוי משלים לניתוחים בישראל לבעלי שב"ן שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל

1. **מבוא**

תמורת תשלום דמי ביטוח, כאמור בדף פרטי הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח עבור הוצאותיו ו/או תשלם לספק השירות עבור השירות, בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה, להוראות ולחריגים המפורטים בפרק זה.

2. **מקרה הביטוח**

מצבו הבריאותי של מבוטח כהגדרתו לעיל, המחייב ביצוע ניתוח, אשר יבוצע בישראל על ידי מנתח הסכם או מנתח אחר, במהלך תקופת הביטוח.

3. **מקרי ביטוח המכוסים על פי פוליסה זו:**

3.1 **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").

3.2 **מקרה ביטוח, שהשב"ן אינו 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").**

כמקרה ביטוח, שהשב"ן אינו מכסה לכלל מבוטחיו, ייחשב גם מקרה ביטוח שאירע לחייל בשירות סדיר כהגדרתו בסעיף 1 לחוק השיפוט הצבאי, התשט"ו-1955, במשך תקופת שירותו, למעט חייל בשירות חובה בתקופת שירות ללא תשלום.

3.3 **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").**

כנסיבות הנוגעות למבוטח מסוים ייחשבו, בין היתר, הנסיבות הבאות:

3.3.1 **פיגור בתשלום דמי חבר ו/או אי תשלום לשב"ן.**

3.3.2 **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.

4. **תנאים מקדמיים להתחייבות המבטחת:**

4.1 **תנאים מקדמיים ומצטברים בקרות מקרה ביטוח, המכוסה בשב"ן:**

על המבוטח להמציא למבטחת את האישורים הבאים:

4.1.1 **אישור השב"ן על גובה ו/או שיעור כל אחת מן ההוצאות, להן זכאי המבוטח מהשב"ן בגין מקרה הביטוח.**

4.1.2 **אישור השב"ן כי מההחזרים שניתנו על ידו לא נוכו סכומים שאינם קשורים במישרין למקרה הביטוח כגון חוב דמי חבר לשב"ן וכיוצ"ב.**

במידה ומהחזרי השב"ן נוכו סכומים שאינם קשורים במישרין למקרה הביטוח, על המבוטח להמציא אישור מפורט מהשב"ן על גובה הסכומים הנ"ל.

4.2 **תנאים מקדמיים ומצטברים בקרות מקרה ביטוח, שאינו מכוסה במסגרת השב"ן:**

2. **מקרה הביטוח**
מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח אלקטיבי, אשר המבוטח בחר לבצעו בבית חולים בחו"ל, יבוצע בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.
 3. **תנאי מוקדם להתחייבויות המבטחת**
 - 3.1. **תנאי מוקדם להתחייבויות המבטחת על פי פרק זה הוא אישורה מראש ובכתב למבוטח את ביצוע הניתוח, לרבות מועד ביצוע הניתוח ובכפוף לתנאים הכלליים של הפוליסה.** בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל המכוסה על פי פוליסה זו, אולם ביצעו לא אושר מראש ע"י המבטחת, תשלם המבטחת למבוטח את ההוצאות, כפי שהיו, לו היה נעשה הניתוח באמצעות בית חולים אשר למבטחת או לחברה קשורה יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי פוליסה זו.
 - 3.2. אחריות המבטחת על פי פרק זה מותנית ומוגבלת לכך שהמבוטח הינו תושב ישראל והתגורר בישראל כדרך קבע, למעלה מ-180 ימים במהלך השנה הקודמת למועד קרות מקרה הביטוח.
 - 3.3. **במידה והמבוטח אינו עומד בתנאי זה, תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאותיו בהיקף זכאות המבוטח בגין ביצוע אותו ניתוח בישראל.**
 - 3.3. **פרק זה לא בא במקום ואינו כולל כיסוי עבור ביטוח נסיעות לחו"ל.**
 4. **התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח**
המבטחת מתחייבת לשאת בהוצאות הקשורות במקרה הביטוח כדלקמן:
 - 4.1. **שכר מנתח בבית חולים:** יכוסה במלואו ללא תקרה.
 - 4.2. **שכר רופא מרדים בבית חולים:** יכוסה במלואו ללא תקרה.
 - 4.3. **כיסוי הוצאות אשפוז בבית חולים:** תכוסנה במלואן ללא תקרה למחיר יום אשפוז, למשך תקופה שלא תעלה על 30 ימים.
 - 4.4. **הוצאות חדר ניתוח בבית חולים:** תכוסנה במלואן ללא תקרה.
 - 4.5. **הוצאות בגין בדיקה פתולוגית בבית חולים:** תכוסנה במלואן ללא תקרה.
 - 4.6. **שתל:** בוצע במבוטח ניתוח בבית חולים, ובמהלך הניתוח הושתלו/ו במבוטח שתלים/ שתלים כלשהם/ כלשהם, תשתתף המבטחת בעלות השתלים הנ"ל עד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח לאותו הניתוח.
 - 4.7. **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.
 - 4.8. **שירותי אמבולנס לבתי החולים ובין בתי חולים בחו"ל:** המבטחת תחזיר למבוטח את הוצאותיו בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי החולים בחו"ל.
 - 4.9. **כיסוי להמשך טיפול:** נזקק המבוטח להתייעצות בחו"ל לצורך ביקורת בגין ניתוח שאושר ובוצע במימון המבטחת עפ"י פוליסה זו, תשלם המבטחת למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בגין התייעצות, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח תגמולי הביטוח. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת במהלך שנת ביטוח.
 - 4.9.1. **בנוסף, בכפוף לאישור זכאות על ידי המבטחת, תשפה המבטחת את המבוטח בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה, ובאותו מועד, ועד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.**
 - 4.10. **בנוסף לכיסוי ההוצאות הרשומות לעיל, תשתתף המבטחת בהוצאות הרשומות להלן:**
 - 4.10.1. **כיסוי להוצאות הטסה:** במקרה שתקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 8 ימים, תישא המבטחת בתשלום הוצאות טיסה מסחרית רגילה, של
- הנקוב בנספח תגמולי הביטוח בגין כל יום אשפוז, ולתקופה שלא תעלה על 8 ימי אשפוז.
 - 6.8. **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. **ניתוח במימון מלא של קופת החולים במסגרת סל הבריאות:** המציא המבוטח אישור בית החולים על ביצוע הניתוח האמור ומהלכו, והמבטחת לא תשתתף כלל במימון הניתוח, כאמור בסעיף 6 לעיל, תשלם המבטחת למבוטח פיצוי יומי לכל יום אשפוז, בגובה הסכום המפורט בנספח תגמולי הביטוח, עד לתקרה של 14 ימי אשפוז, ובלבד שהניתוח שבוצע הינו ניתוח אלקטיבי.
 - היה הניתוח האמור ניתוח שאינו אלקטיבי, זכאי המבוטח לקבל מהמבטחת פיצוי יומי לכל יום אשפוז, החל מהיום השני לקבלתו לבית-החולים, בגובה הסכום המפורט בנספח תגמולי הביטוח, עד לתקרה של 7 ימי אשפוז.
 8. **פיצוי במקרה של מוות בניתוח:** נפטר המבוטח כתוצאה מניתוח אלקטיבי המכוסה על פי פרק זה, במהלך הניתוח או תוך 7 ימים (יום הניתוח ועוד 6 ימים), תשלם המבטחת למוטבים על פי פוליסה זו, ובהיעדר קביעת מוטבים – ליורשי המבוטח על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח על פי אחד הפרקים המפורטים 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.
 9. **חריגים מיוחדים לפרק זה:**
 - 9.1. **בנוסף לאמור בחריגים הכלליים בסעיף 5 לפוליסה, לא תהא המבטחת חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:**
 - 9.1.1. **ניתוח הבא לתקן פגם ו/או מום מולד, בכפוף לחריג סעיפים 5.3 ו- 5.12 בתנאים הכלליים לפוליסה.**
 - 9.2. **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 עפ"י צורך רפואי, ולמעט ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד שאושרה על ידי המבטחת.**
 - 9.3. **ניתוח הקשור בפוריות ו/או בעקרות.**
 - 9.4. **בדיקה/בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול הפירתרמי, זריקות, הזלפות, בדיקות ופעולות הדמייה לרבות CT ו-MRI, שאינן במהלך ניתוח.**
 - 9.5. **ניתוחי השתלת שתלים דנטליים, ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים, ובלבד שמקורם דנטלי.**
 - 9.6. **ניתוחי ברית מילה.**
 - 9.7. **חריג לסעיף 8 בלבד: מקרה הביטוח נגרם מתאונת דרכים, כמשמעה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה-1975.**
 - 9.8. **חריג לסעיף 8 בלבד: מקרה הביטוח נגרם כתוצאה מפעולת טרור או פעולת איבה או פיגוע חבלני.**
 - 9.9. **מבוטח שאירע לו מקרה ביטוח, המכוסה הן בפרק זה והן בפרק ד', יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בהתאם לתנאי פרקים אלה, לפי הגבוה מביניהם, ובלבד שלא יהיה זכאי לכלל ביטוח בגין אותו מקרה הביטוח.**
- פרק ב' - ניתוחים פרטיים בחו"ל**
1. **מבוא**
תמורת תשלום דמי ביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח תשפה המבטחת את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאותיו, בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה ולהוראות ולחריגים המפורטים בפרק זה.

המבטחת חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

- 7.1. ניתוח הבא לתקן פגם ו/או מום מולד, בכפוף לחריג סעיפים 5.3 ו- 5.12 בתנאים הכלליים לפוליסה.
- 7.2. 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 עפ"י צורך רפואי, ולמעט ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד, שאושרה על ידי המבטחת.
- 7.3. ניתוח הקשור בפוריות ו/או בעקרות.
- 7.4. בדיקה/בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כמותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקות, הזלפות, בדיקות ופעולות הדמייה לרבות CT ו- MRI, שאינן במהלך ניתוח.
- 7.5. ניתוחי השתלת שתלים דנטליים, ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים, ובלבד שמקורם דנטלי.
- 7.6. ניתוחי ברית מילה.
- 7.7. חריג לסעיף 5 בלבד: מקרה הביטוח נגרם מתאונת דרכים, כמשמעה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה-1975.
- 7.8. חריג לסעיף 5 בלבד: מקרה הביטוח נגרם כתוצאה מפעולת טרור או פעולת איבה או פיגוע חבלני.
- 7.9. מבטוח שאירע לו מקרה ביטוח, המכוסה הן בפרק זה והן בפרק ד', יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בהתאם לתנאי פרקים אלה, לפי הגבוה מביניהם, ובלבד שלא יהיה זכאי לכלל ביטוח בגין אותו מקרה הביטוח.

פרק ג' - התייעצויות עם רופאים מומחים

1. **מבוא**
תמורת תשלום דמי ביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח תשפה המבטחת את המבטוח, בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה ולהוראות ולחריגים המפורטים בפרק זה.
2. **מקרה הביטוח**
 - 2.1. **לגבי התייעצויות בארץ לפני ניתוח:** מצבו הבריאותי של המבטוח, המחייב ביצוע ניתוח, שבעטיו התייעץ המבטוח עם רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה מנתח בתחומו.
 - 2.2. **לגבי התייעצות בארץ שלא לפני ניתוח:** מצבו הבריאותי של המבטוח (שלא לפני ניתוח), שבעטיו התייעץ המבטוח עם רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחומו.
 - 2.3. **לגבי התייעצות כאשר נתגלתה במבטוח מחלה קשה:** מצבו הבריאותי של המבטוח אשר נתגלתה בו אחת המחלות הקשות הבאות, שבעטיה התייעץ המבטוח עם רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחומו.
 - 2.3.1. סרטן (Cancer) – נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחוזרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות לרבות מחלת הלויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין
 - 2.3.2. אי ספיקת כליות כרונית – (Chronic Renal Failure) חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך – צפקית (פריטונאלית) או לצורך בהשתלת כליה.
 - 2.3.3. שבץ מוחי (CVA) – כל אירוע מוחי (צברווסקולרי), 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

המבטוח 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 ובאותו מועד. היה המבטוח 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 המבטוח 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.

בסעיף זה: **הטסה רפואית:** הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבטוח, 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.

4.10.3. **כיסוי להוצאות שהייה של מלווה:** במקרה שהמבטוח אושפז, תכסה המבטחת 50% מהוצאות השהייה של מלווה אחד, עד לסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח ליום, לאדם, החל מהיום השמיני לאשפוז ועד ליום ה- 40 לאשפוז (סה"כ עד תקרה של 33 ימים). היה המבטוח 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 המבטוח לאחר ניתוח:** המבטחת תכסה את הוצאות השהייה של המבטוח בחו"ל בכפוף לאישורה מראש ולאישור בית החולים בו בוצע הניתוח כי מצבו של המבטוח 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 המבטוח מבית החולים.

4.10.5. **כיסוי להוצאות הטסת גופה:** המבטחת תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל, אם נפטר חו"ח המבטוח 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:** מבטוח, 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.

5. **פיצוי במקרה של מוות בניתוח:** נפטר המבטוח כתוצאה מניתוח אלקטיבי המכוסה על פי פרק זה, במהלך הניתוח או תוך 7 ימים (יום הניתוח ועוד 6 ימים), תשלם המבטחת למוטבים על פי פוליסה זו, ובהיעדר קביעת מוטבים – ליורשי המבטוח 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 מבטוחים, שבעת ביצוע הניתוח מלאו להם 21 שנה.

6. **השתתפות עצמית**
בקרות מקרה הביטוח המכוסה על פי פרק זה, למעט מותו של המבטוח עקב ניתוח, ינוכה מתגמולי הביטוח המגיעים למבטוח סכום ההשתתפות העצמית הנקוב בדף פרטי הביטוח, במידה ונקוב.

7. **חריגים מיוחדים לפרק זה**
בנוסף לאמור בחריגים הכלליים בסעיף 5 לפוליסה, לא תהא

4.3. **התייעצות הקשורה בניתוח ניסיוני ו/או ניתוח הדורש אישור ועדת הליסינקי ו/או אישור מכל גורם אחר שבא במקומה.**

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

1. **מבוא**
תמורת תשלום דמי ביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח תשפה המבטחת את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאותיו, בגין מקרה ביטוח, עד לתקרת סכום ביטוח, שלא יעלה על המפורט בנספח תגמולי הביטוח, **בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה ולהוראות ולחריגים המפורטים בפרק זה.**

2. **הגדרות**
- 2.1. **טיפול מיוחד:**
- 2.1.1. ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר בחו"ל **שמתקיימים בו לפחות שניים מהתנאים הבאים:**
- 2.1.1.1. הטיפול חיוני להצלת חיים ומניעתו מהווה סכנה ממשית לחיי המבוטח.
- 2.1.1.2. זמן המתנה ארוך מהסביר עלול לגרום להחמרה משמעותית, המסכנת את חיי המבוטח.
- 2.1.1.3. סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים משמעותית מטיפולים שיעשו בישראל.
- 2.1.2. או לחילופין, ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר בחו"ל המחויב מבחינה רפואית להצלת חיים או להצלת איבר או להצלת השמיעה או הראייה, והוא אינו בר ביצוע בישראל ואין לו טיפול חלופי בישראל הנותן תוצאות דומות.
- 2.1.2.1. **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.
- 2.1.2.2. **תוצאות גופניות חמורות יותר** לצורך פרק זה הינן תופעות לוואי חמורות יותר שעלולות להיווצר כתוצאה מהטיפול הרפואי, לרבות תופעות לוואי הפוגעות באיכות או בשגרת חייו של המבוטח.
- 2.1.3. בנוסף לאמור לעיל, האמור בסעיפים 2.1.1 או 2.1.2 אושר ע"י רופא מומחה בישראל בדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש ועל ידי רופא המבטחת.

3. **מקרה הביטוח**
- 3.1. **מקרה הביטוח בהשתלה:** מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה, **ובלבד שרופא מומחה בדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש, קבע את הצורך בביצוע ההשתלה, ושההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה על ידי הרשויות המוסמכות באותה מדינה.**
- 3.1.1. מקרה ביטוח של השתלת איבר מלאכותי: מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה דומה במהותו למצב רפואי המחייב ביצוע השתלת איבר מתורם, איבר מן החי או השתלה עצמית, **ובלבד שרופא מומחה בדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש, קבע את הצורך בביצוע ההשתלה, ושההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה על ידי הרשויות המוסמכות באותה מדינה.**
- 3.2. מקרה הביטוח בטיפול מיוחד: מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע טיפול מיוחד.

4. התחייבויות המבטחת

ניירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי ניירולוג מומחה. **שבץ מוחי לא יכלול אי ספיקה ורטור - בזילרית ו - TIA.**

2.3.4. התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome) – נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או חסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

2.4. **לגבי התייעצויות בחו"ל לפני ניתוח:** מצבו הבריאותי של המבוטח, המחייב ביצוע ניתוח, שבעטיו התייעץ המבוטח עם רופא מומחה במרכז רפואי בחו"ל, באמצעות חברת טל-רפואה; וכן טיסת המבוטח לחו"ל לצורך קיום התייעצות, **בכפוף לתנאים המצטברים הבאים:**

- 2.4.1. הרופא המומחה הנ"ל קבע כי נסיעתו של המבוטח לחו"ל חיונית, כדי שיוכל ליעץ לו, כאמור.
- 2.4.2. רופא המבטחת אישר את קביעתו.
- 2.5. בסעיף זה: **חברת טל-רפואה (TELEMEDICINE):** חברה המספקת שירותי TELEMEDICINE וקשורה בהסכמים עם מרכזים רפואיים בחו"ל.

3. **התחייבויות המבטחת**

3.1. **לגבי התייעצויות בארץ לפני ניתוח:** המבטחת תשלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בגין התייעצות, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח תגמולי הביטוח. **המבוטח יהיה זכאי לעד שלוש התייעצויות במהלך שנת ביטוח.**

3.2. **לגבי התייעצויות בארץ שלא לפני ניתוח:** המבטחת תשלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 75% מההוצאות שהוציא המבוטח בגין התייעצות, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח תגמולי הביטוח. **המבוטח יהיה זכאי לעד שתי התייעצויות במהלך שנת ביטוח.**

3.3. **לגבי התייעצויות עקב גילוי מחלה קשה:** 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.**

3.4. **לגבי התייעצויות בחו"ל לפני ניתוח:**

3.4.1. המבטחת תשלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בגין התייעצות, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח תגמולי הביטוח. **המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת במהלך שנת ביטוח.**

3.4.2. בנוסף, בכפוף לאישור זכאות, תשפה המבטחת את המבוטח בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה ובאותו מועד, ועד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.

4. **חריגים מיוחדים**

בנוסף לאמור בחריגים הכלליים בסעיף 5 לפוליסה, לא תהא המבטחת חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

- 4.1. התייעצות הבאה לתקן פגם ו/או מום מולד, בכפוף לחריג סעיפים 5.3 ו - 5.12 בתנאים הכלליים לפוליסה.
- 4.2. התייעצות הקשורה במישרין או בעקיפין במטרת יופי ו/או אסתטיקה, לרבות ניתוח לתיקון קוצר ראייה וקיצור קיבה (Gastroplasty), אלא אם הצורך בנייתו לקיצור קיבה הינו עפ"י צורך רפואי, ולמעט ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד.

4.1.4.6 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, עד גובה הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.

4.1.4.7 תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל עד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח ליום, ולא יותר מאשר 10% מסכום הביטוח להשתלה בסך הכל, 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.

4.1.4.8 תשלום עבור טיפולי המשך הנובעים מביצוע ההשתלה.

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

4.1.4.10 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.

4.1.4.11 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 הממוניות בסעיף זה.

4.1.5 במסגרת אפשרות שיפוי בגין הוצאות השתלה, בכל מקרה של ביצוע השתלה המכוסה על פי פרק זה, תשלם המבטחת למבוטח בחייו גמלה נוספת שתיקרא "גמלת החלמה" (להלן: "הגמלה") כדלהלן, ובלבד שסך כל התשלומים שתשלם המבטחת על פי סעיפים 4.1.1-4.1.5 לא יעלה במצטבר על סכום הביטוח המרבי הנקוב בנספח תגמולי הביטוח בגין השתלה:

4.1.5.1 גמלה חודשית בגובה הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח למשך תקופה של עד 24 חודשים.

4.1.5.2 אם המבוטח הינו מתחת לגיל 18 תהא הגמלה בשיעור 50% מהסכום הקבוע בסעיף 4.1.5.1 לעיל.

4.1.6 אם בחר המבוטח, במקום אפשרות השיפוי בגין הוצאות ההשתלה, כמפורט בסעיפים 4.1.1-4.1.5 לעיל, על סעיפיהם הקטנים, באפשרות פיצוי חד פעמי בגין השתלה, תשלם לו המבטחת את סכום הפיצוי הנקוב בנספח תגמולי הביטוח, לאחר ביצוע ההשתלה בחו"ל, ובלבד שההשתלה שבוצעה אינה השתלת מח עצמות שנלקח מגופו של המבוטח עצמו. למען הסר ספק, אם היה מקרה הביטוח השתלה, יוכל המבוטח לבחור ולהודיע על בחירתו בכתב למבטחת, אך ורק באחת משתי האפשרויות דלעיל: אפשרות שיפוי בגין הוצאות השתלה, כמפורט בסעיפים 4.1.1-4.1.5 או אפשרות פיצוי חד פעמי בגין השתלה כמפורט בסעיף 4.1.6 לעיל.

4.1.7 שיפוי לקרוב משפחה מדרגה ראשונה של המבוטח בגין הוצאות ממשיות: במידה ותורם האיבר להשתלה במבוטח הינו קרוב משפחה של המבוטח מדרגה ראשונה (להלן: "התורם"), תשפה המבטחת את התורם בגין הוצאותיו הממשיות לצורך ביצוע ההשתלה כהוצאות טיסה במחלקה מסחרית רגילה, שהייה ואשפוז, עד לסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח בגין הוצאות אלה.

4.1 היה מקרה הביטוח השתלה:

4.1.1 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 לחביונות קופת החולים לפי חוק ביטוח בריאות והתקנות שנחקקו מכוחו, ובכפוף לאמור בסעיף 12 לתנאים הכלליים של פוליסה זו. 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.

4.1.2 במידה וההשתלה בוצעה על ידי נותן שירות שלא בהסכם, תשפה המבטחת את המבוטח, בגין הוצאות 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 לחביונות קופת החולים לפי חוק ביטוח בריאות והתקנות שנחקקו מכוחו, ובכפוף לאמור בסעיף 12 לתנאים הכלליים של פוליסה זו. סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין השתלת איבר מלאכותי או בגין השתלת איבר מן החי או בגין כל השתלה אחרת לא יעלה על סכום הביטוח המרבי המפורט בנספח תגמולי הביטוח.

4.1.3 מובהר כי השתלה חוזרת אשר תידרש בעקבות ביצוע השתלה, כפעולה ראשונית, מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני. להסרת ספק, במקרה בו יושטלו/ 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 יושטל איבר מלאכותי או איבר מן החי כפרוצדורה הקודמת להשתלת איבר מגופו של המבוטח ו/או מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

4.1.4 המבטחת תשפה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור השתלה כמפורט דלקמן (להלן: אפשרות שיפוי בגין הוצאות השתלה) ותישא בו:

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

4.1.4.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל.

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

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

4.1.4.5 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 שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, בהתאם לאמור בסעיף זה.

הטיפול המיוחד ועוד 6 ימים, תשלם המבטחת למוטבים על פי פוליסה זו, 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.

4.2. היה מקרה הביטוח טיפול מיוחד:

4.2.1.

המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל עבור שירותים רפואיים שניתנו לו לצורך הטיפול המיוחד, להוציא כל החביות 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.

4.2.2.

מובהר כי טיפול מיוחד חוזר אשר יידרש בעקבות ביצוע טיפול מיוחד, כפעולה ראשונית, מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.

4.2.3.

המבטחת תשפה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הטיפול המיוחד כמפורט דלקמן ותישא ב:

4.2.3.1.

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

4.2.3.2.

תשלום עבור אשפוז בחו"ל.

4.2.3.3.

תשלום לצוות הרפואי עבור השירותים הרפואיים שינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע הטיפול המיוחד.

4.2.3.4.

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.

4.2.3.5.

תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה. עד גובה הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.

4.2.3.6.

תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל עד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח ליום, ולא יותר מאשר 10% מסכום הביטוח לטיפול המיוחד בסך הכל, 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.

4.2.3.7.

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

4.2.3.8.

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.

4.3.

פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד: נפטר המבוטח כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד המכוסה על פי פרק זה, במהלך ההשתלה או הטיפול המיוחד או תוך 7 ימים (יום ההשתלה או

5.

חריגים מיוחדים

בנוסף לאמור בחריגים הכלליים בסעיף 5 לפוליסה, לא תהא המבטחת חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

5.1.

השתלות ו/או טיפולים מיוחדים הקשורים במישרין או בעקיפין במטרת יופי ו/או אסתטיקה, לרבות ניתוח לתיקון קוצר ראייה וקיצור קיבה (Gastroplasty), אלא אם הצורך בניתוח לקיצור קיבה הינו עפ"י צורך רפואי, ולמעט ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד, שאושרה על ידי המבטחת.

5.2.

מום מולד או מחלה תורשתית בכפוף לחריג סעיפים 5.3 ו- 5.12 בתנאים הכלליים לפוליסה.

5.3.

ניתוחי השתלת שתלים דנטליים, ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים, ובלבד שמקורם דנטלי.

5.4.

המבטחת לא תשלם עבור:

5.4.1.

אביזרי עזר רפואיים כגון: משקפיים, עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורתופדיים וכדומה.

5.4.2.

טיפולים שאינם מוכרים על ידי מדע הרפואה ו/או טיפולים רפואיים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות ו/או טיפולים למטרות מחקר

5.4.3.

רפואה אלטרנטיבית לרבות טיפולים הומיאופתיים, אקופונקטורה, היפותרמיה וטיפולים לא קונבנציונליים.

5.5.

בדיקות שגרר ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה, בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, בדיקות הקשורות בהריון או בדיקת עוברים, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול דיאליזה, זריקות, הזלפות שאינם קשורים במישרין במקרה ביטוח המכוסה בפרק זה.

5.6.

חריג לסעיף 4.3 בלבד: מקרה הביטוח נגרם מתאונת דרכים, כמשמעה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה-1975.

5.7.

חריג לסעיף 4.3 בלבד: מקרה הביטוח נגרם כתוצאה מפעולת טרור או פעולת איבה או פיגוע חבלני.

5.8.

מבוטח שאירע לו מקרה ביטוח, המכוסה הן בפרק זה והן בפרק א' ו/או בפרק ב', יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בהתאם לתנאי פרקים אלה, לפי הגובה מביניהם, ובלבד שלא יהיה זכאי לכלל ביטוח בגין אותו מקרה הביטוח.

פרק ה' – תרופות מיוחדות

1. מבוא

תמורת תשלום דמי ביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח תשפה המבטחת את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאותיו, בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה, להוראות ולחריגים המפורטים בפרק זה.

2. הגדרות

2.1.

בית מרקחת: מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השירות").

2.2.

השתתפות עצמית: סכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח, שתנכה המבטחת מסכום ההוצאה למרשם שניתן לכל מבוטח. ניתנו מספר מרשמים לאותה תרופה המכסים תקופת טיפול של חודש – תנכה ההשתתפות העצמית רק פעם אחת. ניתן מרשם לאותה תרופה לתקופת טיפול של מעל חודש – תנכה ההשתתפות העצמית פעם אחת בגין כל חודש.

- 3.3. האמור בסעיפים 3.1 ו- 3.2 כפוף לתנאים המצטברים הבאים:
- 3.3.1. לתרופה כאמור בסעיפים 3.1 ו- 3.2 אין תרופה חלופית, הכלולה בסל שירותי הבריאות, כמוגדר בפרק זה.
- 3.3.1.1. **תרופה חלופית** לצורך פרק זה היא תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, שנועדה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועדה להשיג תוצאה רפואית דומה לזו המושגת על ידי התרופה נשואת מקרה הביטוח, ובלבד שהטיפול התרופתי בתרופה חלופית זו אינו כרוך בתוצאות חמורות יותר למבוטח ביחס לתרופה כאמור בסעיפים 3.1 ו- 3.2.
- 3.3.1.2. **תוצאות חמורות יותר** לצורך פרק זה תופעות לוואי חמורות יותר שעלולות להיווצר כתוצאה מהטיפול התרופתי, לרבות פגיעה באיכות או בגרתי חיי של המבוטח, למעט שינוי הנוגע לתדירות נטילת התרופה דרך הפה.
- 3.3.1.3. אם השתמש המבוטח בתרופה חלופית, ולאחר תחילת השימוש האמור התגלו תוצאות חמורות יותר אצל המבוטח, או התברר שהתרופה החלופית לא הביאה לתוצאה רפואית דומה לזו של תרופה כאמור בסעיפים 3.1 ו- 3.2, תכסה המבטחת את התרופה כאמור בסעיפים 3.1 ו- 3.2.
- 3.3.2. רופא מומחה קבע, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים, כי התרופה נדרשת לטיפול במחלתו של המבוטח ו/או לצורך החלמתו.
4. **התחייבויות המבטחת**
- המבטחת תשלם למבוטח או ישירות לנותן השירות את עלות התרופה, בכפוף לתנאים המפורטים להלן:
- 4.1. המבוטח יפנה לאישור המבטחת קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם.
- למען הסר ספק, מובהר כי אישור המבטחת מראש לרכישת התרופה הינו תנאי מהותי.**
- 4.2. **חבות המבטחת על פי פרק זה תהיה אך ורק להוצאות שהוצאו בפועל, לאחר ניכוי סכום ההשתתפות העצמית למרשם ולא יותר מהמחיר המרבי המאושר לאותה תרופה.**
- 4.3. 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 30 יום בגין כל מקרה ביטוח.
- 4.4. תגמולי הביטוח שתשלם המבטחת למבוטח בגין מקרה ביטוח ראשון לא יעלו על סכום השיפוי המרבי כמפורט בנספח תגמולי הביטוח.
- 4.5. תגמולי הביטוח שתשלם המבטחת למבוטח בגין מקרי ביטוח חדשים לא יעלו על סכום השיפוי המרבי כמפורט בנספח תגמולי הביטוח.
- 4.6. יובהר כי קבלת תגמולי ביטוח בגין מקרי ביטוח חדשים אינה מותנית במיצוי סכום השיפוי המרבי בגין מקרה ביטוח ראשון.
- 4.7. **לאחר מיצוי סכום השיפוי המרבי, הן בהתייחס למקרה ביטוח ראשון והן בהתייחס למקרי ביטוח חדשים, יבוטל פרק זה ויהיה חסר תוקף.**
- 4.8. יהיה המבוטח זכאי לכיסוי במסגרת פרק זה, אך קופת החולים ו/או השב"ן בהם הוא חבר מימנו את העלויות באופן מלא או חלקי, והמבטחת לא השתתפה במימון התרופה כאמור בסעיפים 4.1-4.7:
- 4.8.1. המבוטח יהיה זכאי להחזר סכום ההשתתפות ששילם לקופת החולים ו/או לשב"ן בהם הוא חבר עבור התרופה.
- 4.8.2. בנוסף לאמור בס"ק 4.8.1 לעיל יקבל המבוטח פיצוי בשיעור 10% מעלות התרופה באחת

- במידה וניתנו מרשמים לתרופות נוספות לטיפול באותו מצב בריאותי של המבוטח בגין אותו מקרה ביטוח – לא תנוכה השתתפות עצמית נוספת.
- 2.3. **טיפול תרופתי:** נטילת תרופה על פי מרשם, בצורה חד פעמית או מתמשכת,
- 2.4. **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.
- 2.5. **מקרי ביטוח חדשים:** מקרה/י ביטוח, שאירעו/ עקב תאונה ו/או מחלה, אשר אינו/ם נובע/ים ו/או קשור/ים למחלה הראשונה או לתאונה הראשונה, בגינה קיבל המבוטח תגמולי ביטוח לפי פרק זה.
- 2.6. **מקרה ביטוח ראשון:** מקרה ביטוח, אשר נובע ו/או קשור למחלה הראשונה או לתאונה הראשונה, בגינה קיבל המבוטח תגמולי ביטוח לפי פרק זה.
- 2.7. **מרשם:** מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה, 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 ממסך רפואי חתום בידי רופא שאינו מומחה בתחום הרלוונטי, ובלבד שאחת לשלושה חודשים במהלך הטיפול יינתן מסמך רפואי חתום בידי רופא מומחה.
- 2.8. **סכום השיפוי המרבי:** סכום השווה לסך הנקוב בנספח תגמולי הביטוח והמהווה את גובה תגמולי הביטוח המרביים למקרה ביטוח ראשון ולמקרי ביטוח חדשים, שתשלם המבטחת לכל מבוטח על פי פרק זה בגין תרופה או תרופות, בכל תקופת הביטוח, בכפוף לסעיף 4 בפרק זה.
- 2.9. **סל שירותי הבריאות:** מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל חבריה.
- 2.10. **רופא מומחה:** רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
- 2.11. **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.
3. **מקרה הביטוח**
- 3.1. מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב טיפול תרופתי באמצעות תרופה, אשר אינה כלולה בסל שירותי הבריאות, והתרופה אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית, לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, על ידי הרשות המוסמכת באחת המדינות הבאות (להלן: "המדינות המוכרות"): ישראל, 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).
- 3.2. מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב טיפול תרופתי באמצעות תרופה אשר רשומה בסל שירותי הבריאות, שאינה 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 הרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות.

פרק ו' - פיצוי לאירועים הקשורים באשפוז

1. מבוא
תמורת תשלום דמי ביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח תפצה או תשפה המבטחת את המבוטח כמפורט דלקמן, בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה ולהוראות ולחריגים המפורטים בפרק זה.

2. הגדרות
2.1. אשפוז: שהייה רצופה של המבוטח בבית חולים פרטי או ציבורי בישראל, במחלקות המוגדרות על ידי בית החולים ו/או משרד הבריאות כמחלקות אשפוז.
2.2. מקרה הביטוח הוא אחד מאלה:
2.2.1. מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב אשפוז בבית חולים בישראל במהלך תקופת הביטוח כתוצאה ישירה ובלעדית מתאונה או מחלה.
2.2.2. מחלת המבוטח בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כתוצאה מעירוי דם ומוצרים אשר ניתנו לו במהלך ניתוח שבוצע בבית חולים בישראל במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה.
2.2.3. הידבקות המבוטח בנגיף הפטיטיס B או הפטיטיס C, בשל עירוי דם ומוצרים שניתנו לו במהלך ניתוח המכוסה בפוליסה זו, שבוצע בבית חולים בישראל במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה.

3. התחייבויות המבטחת
3.1. 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.
3.2. מענק חד פעמי לפיצוי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS:
למרות האמור בחריג 5.7 לחריגים הכלליים לפוליסה, חלה המבוטח בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כתוצאה מעירוי דם ומוצרים אשר ניתנו לו 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.
3.3. מענק חד פעמי לפיצוי בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס B או C:
חלה המבוטח בהפטיטיס B או C כתוצאה מעירוי דם ומוצרים אשר ניתנו לו 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.

4. חריגים מיוחדים
בנוסף לאמור בחריגים הכלליים בסעיף 5 לפוליסה, לא תהא המבטחת חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרה של אשפוז המבוטח עקב מום מולד או מחלה תורשתית בכפוף לחריגי סעיפים 5.3 – 5.12 בתנאים הכלליים לפוליסה.

מרשתות הפארם הגדולות או מהמחיר המרבי המאושר לאותה תרופה, הנמוך מביניהם, ולא יותר מהסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח לחודש, כל עוד הוא נוטל את התרופה בהמלצת רופא מומחה.
4.9. למרות האמור לעיל בסעיף 5 לחריגים הכלליים של הפוליסה לא יחולו על פרק זה חריגים 5.4 – 5.5 (תאונת עבודה, שירות בכוחות הביטחון).

5. חריגים מיוחדים
בנוסף לאמור בחריגים הכלליים בסעיף 5 לפוליסה, למעט אלה שבוטלו מפורשות בפרק זה, לא תהא המבטחת חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:
5.1. תרופה, אשר לא אושרה לטיפול בהתוויה הרפואית הנדרשת למבוטח על ידי אף אחת מהרשויות המוסמכות במדינות המוכרות.
5.2. תרופה מתחום הרפואה האלטרנטיבית, תרופה מתחום טיפולי Anti-Aging.
5.3. תרופה לטיפול קוסמטיים ו/או אסתטיים.
5.4. תרופה לטיפול במחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים.
5.5. תרופה לטיפול שיניים.
5.6. תרופה לטיפול בהשמנת יתר.
5.7. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.
5.8. 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.
5.9. טיפול ו/או שירות רפואי הנדרש עקב מום מולד או מחלה תורשתית בכפוף לחריגי סעיפים 5.3 – 5.12 בתנאים הכלליים לפוליסה.
5.10. שתל להחדרת תרופה ותוספי מזון, שלא הוגדרו כתרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל.

6. תביעות
המבטחת תשפה את המבוטח בגין התחייבויותיה או תעביר ישירות את ההוצאות לנותן השירות בכפוף לתנאים שלהלן:
6.1. בכל מקרה של תביעה, ימסור המבוטח למבטחת סמך כל האפשר לקרות מקרה הביטוח, את המסמכים הסבירים והאחרים שהמבטחת תדרוש לבירור חבותה על פי פרק זה, לרבות הודעה חתומה על ידי רופא מומחה על המחלה ו/או תאונה שגרמה לדעתו לזכאות לקבלת התרופה.
6.2. המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא ינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים, שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפול תרופתיים עתידיים.
6.3. במקרה של הפסקת הזכאות לתגמולי ביטוח, על המבוטח להודיע על כך למבטחת בכתב רשום. תשלומים שקיבל המבוטח שלא כדין, יוחזרו למבטחת.

7. הגבלת אחריות המבטחת לגבולות מדינת ישראל
המבטחת לא תשלם תגמולי ביטוח בגין טיפול תרופתי שניתן בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות ישראל.
חזר המבוטח לגבולות המדינה, יוכיח את זכאותו לתגמולים בגין טיפול תרופתי שניתן בעת שהות המבוטח בישראל, והמבטחת תשלם את המגיע ממנה בכפוף להוראות פרק זה.

פרק ז' – נספח תגמולי הביטוח
הסכומים הנקובים בש"ח הינם צמודי מדד ונכונים למדד הידוע ביום 1.12.06, העומד על 10245 נקודות.
הסכומים הנקובים בדולר ארה"ב יחושבו עפ"י האמור בתנאים הכלליים לביטוח.

פרק וסעיף הזכאות בפוליסה		תגמולי הביטוח
פרק א' – כיסוי משלים לניתוחים בישראל לבעלי שב"ן		
סעיף 6.3	1,750 ש"ח ליום	
סעיף 6.6	20,500 ש"ח	
סעיף 6.7	500 ש"ח ליום	
סעיף 7	400 ש"ח ליום	
סעיף 8	85,000 ש"ח	
פרק ב' – ניתוחים פרטיים בחו"ל		
סעיף 4.6	10,000 דולר ארה"ב	
סעיף 4.7	125 דולר ארה"ב ליום	
סעיף 4.9	800 דולר ארה"ב	
סעיף 4.9.1	800 דולר ארה"ב	
סעיף 4.10.2	10,000 דולר ארה"ב	
סעיף 4.10.3	120 דולר ארה"ב ליום	
סעיף 4.10.6	5,000 דולר ארה"ב	
סעיף 5	85,000 ש"ח	
פרק ג' - התייעצויות עם רופאים מומחים		
סעיף 3.1	650 ש"ח	
סעיף 3.2	500 ש"ח	
סעיף 3.3	1,000 ש"ח	
סעיף 3.4.1	800 דולר ארה"ב	
סעיף 3.4.2	800 דולר ארה"ב	
פרק ד' – השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל		
סעיף 4.1.1	השתלת איבר מלאכותי – 500,000 דולר ארה"ב	
סעיף 4.1.2	השתלת איבר מן החי – 500,000 דולר ארה"ב	
	השתלת איבר מלאכותי – 500,000 דולר ארה"ב	
	השתלת איבר מן החי – 500,000 דולר ארה"ב	
	כל השתלה אחרת – 1,000,000 דולר ארה"ב	
סעיף 4.1.4.6	10,000 דולר ארה"ב	
סעיף 4.1.4.7	60 דולר ארה"ב לאדם ליום	
סעיף 4.1.4.10	10,000 דולר ארה"ב	
סעיף 4.1.4.11	150,000 ש"ח	
סעיף 4.1.5.1	6,500 ש"ח	
סעיף 4.1.6	60,000 דולר ארה"ב	
סעיף 4.1.7	10,000 ש"ח	
סעיף 4.2.1	120,000 דולר ארה"ב	
סעיף 4.2.3.5	10,000 דולר ארה"ב	
סעיף 4.2.3.6	60 דולר ארה"ב לאדם ליום	
סעיף 4.2.3.8	10,000 דולר ארה"ב	
סעיף 4.3	85,000 ש"ח	
פרק ה' – תרופות מיוחדות		
סעיף 2.2	400 ש"ח	
סעיף 2.8	מקרה ביטוח ראשון - 1,500,000 ש"ח	
	מקרי ביטוח חדשים - 1,000,000 ש"ח	
סעיף 4.3	200 ש"ח	
סעיף 4.4	מקרה ביטוח ראשון - 1,500,000 ש"ח	
סעיף 4.5	מקרי ביטוח חדשים - 1,000,000 ש"ח	
סעיף 4.8.2	1,500 ש"ח	
פרק ו' – פיצוי לאירועים הקשורים לאשפוז		
סעיף 3.1	500 ש"ח	
סעיף 3.2	450,000 ש"ח	
סעיף 3.3	60,000 ש"ח	

כתב שירות - שירות רפואי בבית המבוטח

על ידו וזאת תוך 30 ימים ממועד מסירת הקבלה על התשלום הנ"ל **במקור בלבד** לחברה, ובתנאי שהחולה אינו זכאי להחזר מקופת החולים בה הוא מבוטח.

4.2. הזכות לקבלת שירות רפואי עפ"י כתב שירות זה הינה אישית, ואין המבוטח רשאי להעבירה לאחר.

3. כללי

3.1. השירות הרפואי על פי כתב שירות זה יינתן במשך כל שעות היממה בכל ימות השנה, למעט בערב יום כיפור וביום כיפור עד שתיים לאחר תום הצום.

3.2. נזקק המבוטח לשירות רפואי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יצטרך להגיד בכוחות עצמו ועל חשבונו ימסור את מס' תעודת הזהות שלו ויודיע על מקום הימצאו.

3.3. השירות הרפואי יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.

3.4. השירותים ניתנים בכל מקום ישוב בישראל בכפוף לאמור להלן: **מבוטח הנמצא במקום ישוב ביהודה או בשומרון, יינתן השירות אצל רופא הסכם במעלה אדומים, אריאל, אורנית, שערי תקווה ובית אריה, כאשר המבוטח הנזקק לשירות הרפואי יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל רופא ההסכם לפי כתובת שתימסר לו על ידי מוקד השירות. להסרת ספק מובהר כי במקומות ישוב ביהודה או בשומרון לא יינתן שירות אלא בישובים אלה.**

3.5. עם תום הביקור יחתום המבוטח או בן משפחתו על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי רופא ההסכם ערך את ביקור הבית בבית המבוטח החולה או נתן את השירות הרפואי במוקד הרפואי.

3.6. המבוטח יודיע למוקד השירות על כל שינוי בכתובתו ובמספר הטלפון של ביתו.

3.7. במקרה שהמבוטח יבקש לבטל את קריאתו לקבלת השירות הרפואי, יודיע על כך המבוטח למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המבוטח להודיע למוקד השירות על ביטול קריאתו, גם אם מסר על ביטול הקריאה לרופא ההסכם שיצר עמו קשר טלפוני.

3.8. **על אף האמור בכתב שירות זה, החברה לא תהא מחויבת ליתן את השירות במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מחסור כללי ברופאים באזור הרלוונטי ו/או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש או שאין באפשרות החברה למונעו.**

במקרים המתוארים לעיל, אם נבצר ממוקד השירות לשלוח רופא תוך זמן סביר אל המבוטח ובכפוף לאישור מוקד השירות, יהיה המבוטח זכאי לקבל את השירות הרפואי בתשלום אצל רופא פרטי או בתחנת מגן דוד אדום או אצל כל גורם אחר. החברה תשפה את המבוטח תוך 30 יום ממועד מסירת הקבלה על התשלום הנ"ל **במקור בלבד** עד לסך הנקוב בנספח לכתב השירות, בניכוי דמי ההשתתפות העצמית כאמור בסעיף 5.

3.9. בחר המבוטח לקבל את השירות במוקד הרפואי, יגיע המבוטח למוקד הרפואי בכוחות עצמו ועל חשבונו.

4. ביטול כתב השירות

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

4.1. כאשר הפוליסה תבוטל בהתאם לאמור בתנאיה.

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

5. השתתפות עצמית ותשלומים נוספים

המבוטח ישלם ישירות לרופא ההסכם, שביצע את השירות הרפואי, דמי השתתפות עצמית בסך הנקוב בנספח לכתב השירות בגין כל מבוטח שניתן לו השירות הרפואי במסגרת אותו ביקור, בין ביקור בית ובין ביקור במוקד הרפואי.

במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המבוטח, תהא החברה רשאית להפסיק ליתן את השירותים

המבוטח יהיה זכאי לקבל שירות כמפורט להלן באמצעות מוקד רפואי המפעיל רופאי הסכם. השירות יינתן בביתו של המבוטח או בכל מקום ישוב אחר בו ימצא המבוטח הנזקק לשירות על פי הפניית המוקד.

1. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידי.

1.1. **המבוטח** - מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

1.2. **המבוטח** - אשר שמו נקוב ברשימה ואשר הפוליסה שבדיו תפקה.

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

1.4. **החברה** - מוקד רפואי המפעיל רופאי הסכם, הקשור עם המבוטח בהסכם למתן השירות כמפורט בכתב זה.

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

1.6. **רופא הסכם או מבצע השירות** - רופא אשר התקשר עם החברה בהסכם למתן טיפול למבוטחים.

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

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

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

2. השירות

2.1. המבוטח יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט בסעיף 2.2 להלן ע"י אחד מרופאי ההסכם. השירות ינתן בביתו של המבוטח או בכל מקום ישוב אחר בו ימצא המבוטח הנזקק לשירות או שהמבוטח הנזקק לשירות יפנה לקבלת השירות הרפואי באחד ממוקדי השירות הרפואי המופעלים על ידי החברה, הנמצא בסמוך למקום הימצאו (להלן - "**המוקד הרפואי**"), וזאת ללא כל תוספת מחיר לדמי ההשתתפות העצמית האמורים להלן, הכל לפי בחירת המבוטח (ובכפוף לשעות הפעילות של המוקדים הרפואיים כאמור להלן). האמור לעיל כפוף לסעיפים 3.4 ו-3.8 להלן.

2.2. המבוטח יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט להלן:

2.2.1. מסירת אגמנה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמבוטח החולה (להלן: "**החולה**").

2.2.2. בדיקה גופנית של החולה לרבות שימוש במכשירי עזר המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוחצי לשון (שפדלים), פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ-דם, קרדיו-פון, הכל כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

2.2.3. קביעת אבחנה רפואית.

2.2.4. קבלת תרופות ראשוניות מתיק התרופות של החברה, המכיל תרופות להקלה על כאב ותרופות לעזרה ראשונית בלבד לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

2.2.5. קבלת מרשם לתרופות, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

2.2.6. הפניה להמשך טיפול לרופא משפחה/ רופא ילדים, המטפל בחולה באופן שוטף, ו/או לרופא מומחה אחר, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

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

2.2.8. מתן תעודה רפואית.

2.2.9. פינוי חינום באמבולנס - במקרה שרופא ההסכם, שבדק את החולה בעקבות קריאתו לקבלת השירות, תחליט על פינוי באמבולנס, תשלם החברה לחולה את סכום הפינוי באמבולנס ששולם

נספח 834

- 6.2.2. הוצאות שהוציא המבוטח עבור טיפול חגור מהשירות המפורט בכתב שירות זה.
6.2.3. בכפוף לאמור בסעיף 3.8 לעיל, הוצאות שהוציא המבוטח עבור טיפולים או שירותים על ידי רופא אחר שאינו רופא הסכם.

7. סמכות שיפוט

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

נספח לכתב השירות:

הסכומים הינם צמודי מדד ונכונים למדד הידוע ביום 1.12.06, העומד על 10245 נקודות. הסכומים כוללים מע"מ בשיעור של 15.5%. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו הסכומים בהתאם.

סעיף הזכאות בכתב השירות	הסכום
סעיף 3.8	170 ש"ח
סעיף 5	25 ש"ח

כתב שירות - שירותי בדיקה תקופתית

- 2.2. המבוטח יהא זכאי לקבל שירותי בדיקה תקופתית כמפורט להלן:
2.2.1. מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמבוטח לרופא הסכם.
2.2.2. בדיקה גופנית של המבוטח על ידי רופא ההסכם הכוללת: מדידת דופק, מדידת לחץ דם, מדידת גובה, מדידת משקל, מדידת השמנה (ביחידות BMI), בדיקת המראה הכללי, התרשמות כללית של הרופא מבדיקה חיצונית בלבד.
2.2.3. בדיקת א.ק.ג. (עם תדפיס).
2.3. בדיקות מעבדה המפורטות להלן:
2.3.1. ספירת דם לפי 8 פרמטרים.
2.3.2. דיפרנציאל לפי 5 פרמטרים.
2.3.3. שתן כללית לפי 20 פרמטרים.
2.3.4. מתן דו"ח מסכם.
2.4. הזכות לקבלת שירות רפואי עפ"י כתב שירות זה הינה אישית, ואין המבוטח רשאי להעבירה לאחר.

3. כללי

- 3.1. שירותי הבדיקה התקופתית על פי כתב שירות זה יינתנו פעם אחת בכל שנה ביטוח על פי פוליסת הביטוח. **מבוטח אשר יזמין שירותי בדיקה תקופתית ולא יהיה נוכח בעת ביקור הרופא, תפקע זכותו לקבל שירותי בדיקה תקופתית באותה שנה.**
3.2. ביקש המבוטח לקבל את שירותי הבדיקה התקופתית כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מס' תעודת הזהות שלו, שם בעל הפוליסה ומס' הטלפון של בית המגורים של בעל הפוליסה (המהווה את מספר המבוטח של המשפחה המבוטחת אצל החברה).
3.3. שירותי הבדיקה התקופתית יינתנו במועד שיתואם עם המבוטח.
3.4. **שירותי הבדיקה התקופתית לא יינתנו לילדים מתחת לגיל 14.**
3.5. מובהר בזאת במפורש, כי הדו"ח המסכם יציין אך ורק האם נמצאו או לא נמצאו ממצאים פתולוגיים בזמן הבדיקה בלבד, וכי אין בו כדי להעיד שהאדם בריא, או כדי להחליף בדיקה אצל רופא במקום שהמבוטח מתלונן על מיחושים כלשהם.
3.6. **מובהר בזאת במפורש, כי שירותי הבדיקה התקופתית אינם כוללים איבחון ו/או גילוי מחלות**

למבוטח לאחר שנתנה לו הודעה בכתב על כך. המבוטח ישלם ישירות לרופא ההסכם תמורה בגין תרופה בבקבוקים או תרופה באמפולות או זריקות, במידה ותרופות כאמור ניתנו לו על ידי רופא ההסכם. להסרת ספק המבוטח לא ישלם כל תשלום בתמורה לתרופות הניתנות על פי סעיף 2.2.4.

6. אחריות

- 6.1. מחויבותה של החברה כלפי המבוטח בטיפול בקריאה של מבוטח לקבלת השירות הרפואי תסתיים בהתרחש אחד משני האירועים שמפורטים להלן, המוקדם מביניהם:
6.1.1. הגעת רופא ההסכם לבית המבוטח או הפנית המבוטח למוקד הרפואי הסמוך למקום המצאו, בכפוף לאמור בסעיפים 3.4 ו-3.8 לעיל.
6.1.2. ביטול הקריאה לקבלת השירות הרפואי ע"י הודעת המבוטח למוקד השירות.
6.2. האחריות בגין רשלנות רפואית, תחול על רופא ההסכם הרלוונטי בלבד, והחברה לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
6.2.1. רשלנות רפואית ו/או כל נזק או הפסד שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות הרפואי נשוא כתב שירות זה.

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

1. הגדרות

- בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם.
1.1. המבוטח - מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
1.2. המבוטח - אשר שמו נקוב ברשימה בכפוף לסעיף 3.4 להלן, ואשר הפוליסה שבידו תקפה.
1.3. פוליסת ביטוח - פוליסת ביטוח שהוצאה על ידי המבוטח, ואשר המבוטח על פיה זכאי לקבל את השירותים על פי כתב שירות זה.
1.4. החברה - מוקד רפואי המפעיל רופא הסכם, הקשור עם המבוטח בהסכם למתן השירות כמפורט בכתב זה.
1.5. רופא - רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות בישראל ובעל רישיון מטעם משרד הבריאות לעסוק ברפואה.
1.6. רופא הסכם או מבצע השירות - רופא אשר התקשר עם החברה בהסכם למתן טיפול למבוטחים.
1.7. מוקד השירות - מוקד טלפוני ארצי בקו ירוק שמספרו **1100-35-8001** (רב קווי), המאפשר שיחת טלפון בחינם.
1.8. המדד - מדד המחירים הידוע בשם מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יורכב על פי אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו.

2. השירות

- 2.1. המבוטח יהא זכאי לקבל שירותי בדיקה תקופתית כמפורט בסעיף 2.2 להלן ע"י אחד מרופאי ההסכם. השירות יינתן בביתו של המבוטח או שהמבוטח שביקש את שירותי הבדיקה התקופתית יופנה לקבלתם לאחד ממוקדי השירות הרפואי המופעלים על ידי החברה, הנמצא בסמוך למקום הימצאו (להלן - "המוקד הרפואי"), וזאת ללא כל תוספת מחיר לדמי ההשתתפות העצמית האמורים להלן, הכל לפי בחירת המבוטח (ובכפוף לשעות הפעילות של המוקדים הרפואיים כאמור להלן).

נספח 834

המבוטח, תהא החברה רשאית להפסיק ליתן את השירותים למבוטח ו/או לבני משפחתו המבוטחים באותה פוליסת ביטוח, לאחר שנתנה לבעל הפוליסה הודעה בכתב על כך.

אחריות 6.

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

6.1.1 הגעת רופא הסכם לבית המבוטח בכפוף לאמור בסעיפים 3.4 ו- 3.8 לעיל.

6.1.2 ביטול הקריאה לקבלת שירותי הבדיקה התקופתית ע"י הודעת המבוטח למוקד השירות.

6.2 האחריות בגין רשלנות רפואית, תחול על רופא ההסכם הרלוונטי ועל המעבדה בלבד לפי העניין, והחברה ו/או המבוטח לא יהיו אחראיים בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

6.2.1 רשלנות רפואית ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למבוטח ו/או לכל אדם אחר בקשר עם שירותי הבדיקה התקופתית נשואת כתב שירות זה.

6.2.2 הוצאות שהוציא המבוטח עבור טיפול, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.

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

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

סמכות השיפוט 7.

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

נספח לכתב השירות:

הסכום הינו צמוד מדד ונכון למדד הידוע ביום 1.12.06, העומד על 10245 נקודות.

הסכום כולל מע"מ בשיעור של 15.5%. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכן הסכום בהתאם.

סעיף הזכאות בכתב השירות	הסכום
סעיף 5	98 ש"ח

כתב שירות - שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים

1.7 מרפאת שיניים בהסכם - מרפאת שיניים שהחברה

התקשרה עמה בעבר או מתקשר עמה בעתיד, בין בעצמה ובין באמצעות אחרים, בהסכם למתן שירותי עזרה ראשונה ע"י רופאי שיניים.

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

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

1.10 חג - מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.

השירות 2.

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

תורשיות ו/או מחלות שבאופן סביר לא ניתן לגלותן במסגרת בדיקות המפורטות בסעיף 2.2 לעיל.

3.7 השירות יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.

3.8 השירותים ניתנים בכל מקום ישוב בישראל בכפוף לאמור להלן: מבוטח הנמצא במקום ישוב ביהודה או בשומרון, יינתן השירות אצל רופאי הסכם במעלה אדומים, אריאל, אורנית, שערי תקווה ובית אריה, כאשר המבוטח הנזקק לשירות הרפואי יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבון אל רופא ההסכם לפי כתובת שתימסר לו על ידי מוקד השירות.

להסרת ספק מובהר כי במקומות ישוב ביהודה ובשומרון, לא יינתן שירות אלא בישושים אלה.

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

3.10 במקרה שהמבוטח יבקש לבטל את קריאתו לקבל שירותי הבדיקה התקופתית, יודיע על כך למוקד השירות לפחות 24 שעות מראש. לא הודיע המבוטח על ביטול קריאתו לפחות 24 שעות מראש, יחויב המבוטח בדמי ההשתתפות העצמית כאמור בסעיף 5 להלן. למען הסר ספק מובהר, כי על המבוטח להודיע למוקד השירות על ביטול קריאתו, גם אם מסר על ביטול הקריאה לרופא ההסכם שיצר עמו קשר טלפוני.

3.11 על אף האמור בכתב שירות זה, החברה לא תהא מחויבת ליתן את השירות במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מחסור כללי זמני ברופאים באזור הרלוונטי ו/או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש או שאין באפשרות החברה למונעו.

ביטול כתב השירות 4.

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

4.1 כאשר הפוליסה תבטל בהתאם לאמור בתנאיה.

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

השתתפות עצמית 5.

המבוטח ישלם שירות לרופא ההסכם, שביצע את השירות הרפואי, דמי השתתפות עצמית בסך הנקוב בנספח לכתב השירות בגין כל מבוטח שניתנו לו השירותים במסגרת אותו ביקור, וזאת בדרך של חיוב כרטיס האשראי של המבוטח.

במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי

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

הגדרות 1.

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם.

1.1 המבוטח - מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.

1.2 המבוטח - אשר שמו נקוב ברשימה, ואשר הפוליסה שבדיו תקפה.

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

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

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

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

נספח 834

- לקבלת השירות הרפואי במרפאת השיניים הקרובה ביותר למקום הימצאו.
- 3.3. מבוסס הנזקק לשירות הרפואי יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל מרפאת השיניים שבהסכם לפי כתובת שתימסר לו על ידי מוקד השירות.
- 3.4. השירות הרפואי יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.
- 3.5. עם תום מתן השירות יחתום המבוטח על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי קיבל את השירות הרפואי במרפאת השיניים שבהסכם.
- 3.6. במקרה שהמבוטח יבקש לבטל את קריאתו לקבלת השירות הרפואי, יודיע על כך המבוטח למוקד השירות.
- 3.7. **על אף האמור בכתב שירות זה, החברה לא תהא מחויבת ליתן את השירות במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מחסור כללי ברופאים באזור הרלוונטי ו/או מפתת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש או שאין באפשרות החברה למונעו.**
- 3.8. במקרים המתוארים בסעיף 3.7 לעיל וכן במידה ונבצר ממוקד השירות לשלוח את המבוטח למרפאת שיניים שבהסכם הנמצאת במרחק סביר ממקום הימצאו של המבוטח, ובכפוף לאישור מוקד השירות, יהיה המבוטח זכאי לקבל את השירות הרפואי בתשלום אצל רופא שיניים פרטי או אצל כל גורם אחר. החברה תשפה את המבוטח תוך 30 יום ממועד מסירת הקבלה על התשלום הנ"ל במקור בלבד עד לסך הנקוב בנספח לכתב השירות.

4. ביטול כתב שירות

- תוקף כתב שירות זה יפוג בקרות אחת המקרים דלהלן, הקודם מביניהם:
- 4.1. כאשר הפוליסה תבטל בהתאם לאמור בתנאיה.
- 4.2. כאשר המבטח סיים את התקשרותו עם החברה. במקרה דנן ימסור המבטח הודעה על כך לכלל המבוטחים בכתב 90 יום מראש.

5. אחריות

- 5.1. מחויבותה של החברה כלפי המבוטח בטיפול בקריאה של מבוטח לקבלת השירות הרפואי תסתיים בהתרחש אחד משני האירועים שמפורטים להלן המוקדם מביניהם:
- 5.1.1. הפנית המבוטח למרפאת השיניים שבהסכם הסמוכה למקום הימצאו, בכפוף לאמור בסעיפים 3.4 ו- 3.7 לעיל.
- 5.1.2. ביטול הקריאה לקבלת השירות הרפואי ע"י הודעת המבוטח למוקד השירות.
- 5.2. האחריות בגין רשלנות רפואית, תחול על מרפאת השיניים שבהסכם ו/או על רופא השיניים הפועלים בה בלבד, והחברה לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- 5.2.1. רשלנות רפואית ו/או כל נזק או הפסד שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות הרפואי נשוא כתב שירות זה.
- 5.2.2. הוצאות שהוציא המבוטח עבור טיפול החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.
- 5.2.3. בכפוף לאמור בסעיף 3.7 לעיל, הוצאות שהוציא המבוטח עבור טיפולים או שירותים על ידי רופא שיניים אחר שאינו פועל במרפאת שיניים שבהסכם.

6. סמכות שיפוט

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

נספח לכתב השירות:

הסכום הינו צמוד מדד ונכון למדד הידוע ביום 1.12.06, העומד על 10245 נקודות. הסכום כולל מע"מ בשיעור של 15.5%. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכן הסכום בהתאם.

סעיף	הסכום
סעיף 3.7	163 ש"ח

השירות יינתן בשעות היום במרפאות השיניים שבהסכם עם החברה. רשימת המרפאות המעודכנת נמצאת במוקד השירות, וניתן לקבלת בשיחת חינו למספר הטלפון הרשום בסעיף 1.8 לעיל.

2.1.2. השירות יינתן בשעות הלילה במרפאות השיניים שבהסכם עם החברה. רשימת המרפאות המעודכנת נמצאת במוקד השירות, וניתן לקבלת בשיחת חינו למספר הטלפון הרשום בסעיף 1.8 לעיל.

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

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

השירות	הבעיה הרפואית
עששת נרחבת	סתימה זמנית
חלל פתוח בשן	סתימה זמנית
צוואר שן חשוף	חומר למניעת רגישות
דלקת חריפה	עקירת עצב או חומר חניטה
מורסה ממקור שן	ניקוז מורסה ו/או טיפול בסגר
דחיסת מזון	טיפול בחניכיים
דלקת סב כותרתית	שטיפה ו/או טיפול תרופתי
דלקת חניכיים	הסרת אבנית מקומית ו/או טיפול תרופתי
כאבים לאחר עקירה	שיכון כאבים
מכתשית יבשה	ניקוי מכתשית ו/או טיפול תרופתי
דימום לאחר עקירה או פרוצדורה כירורגית	עצירת דימום
פצעי לחץ תחת תותבת קיימת	שחרור פצעי לחץ
נפילת כתר	הדבקה זמנית
כל טיפול נוסף הנובע מכאב שיניים	יינתן טיפול להקלה או הפסקת הכאב
שירותים נוספים	בדיקה וצילום השיניים הכואבות מתן מרשם מתאים לשיכון הכאב במידה ולא ניתן לטפל בשן באותה עת

2.3. הזכות לקבלת שירות רפואי עפ"י כתב שירות זה הינה אישית, ואין המבוטח רשאי להעבירה לאחר.

3. כללי

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

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

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

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

3.2. נזקק המבוטח לשירות רפואי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, ימסור את מס' תעודת הזהות שלו ויודיע על מקום הימצאו. מוקד השירות יפנה את המבוטח

כתב שירות – מוקד מושלמת בשידור

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

מונחים הנגזרים מן ההגדרות דלעיל יפורשו בהתאמה להם.

הפניה לסעיפים או נספחים הינה לסעיפים ונספחים בכתב שירות זה אלא אם כן נאמר אחרת. מילים או ביטויים בלשון יחיד כוללים גם לשון רבים וההיפך. התייחסות לאנשים תכלול גם התייחסות לגופים, תאגידים או גופים לא מאוגדים. מילות זכר או נקבה יתייחסו לכל המינים או למין סתמי, לפי העניין. שימוש בכותרות והדגשות בכתב השירות הינם לצורך הנוחיות בלבד ולא ישפיעו על מבנה כתב השירות.

2. השירות

2.1. המטופל יהא זכאי בתקופת הזכאות לשירות לפנות ביוזמתו ולבקש להתחבר למוקד באמצעות הערכה הביתית לשם קבלת השירות. במסגרת זכאות החינם כאמור בסעיף 4.1 להלן יינתן השירות עצמו ללא תשלום, וכל שירות חורג או נוסף יינתן תמורת דמי שירות כמפורט בסעיף 4.2 להלן. מובהר כי אין החברה נוטלת על עצמה בכתב שירות זה חובה כלשהי ליצור מיוזמתה קשר עם המטופל.

2.2. במהלך תקופת הזכאות לשירות המטופל זכאי לפנות למוקד החברה באמצעות הערכה הביתית או כל אמצעי תקשורת אחר, לקבל תמיכה, מידע הכוונה ו/או הסבר הרלוונטי לתהליך החלמה מהאירוע.

2.3. אם יבקש זאת המטופל, או במקרה שנותן השירות יגיע - עפ"י שקול דעתו - למסקנה כי מצבו של המטופל, או נושא השיחה, מצריכים ביקור רופא בבית המטופל, עפ"י בקשתו של המטופל ובכפוף להסכמתו מראש של המטופל לשלם את דמי השירות (כאמור בסעיף 4 להלן), תתאם האחות ביקור רופא בבית המטופל. מובהר בזאת כי החברה אינה מספקת בעצמה את שירות ביקור הרופא בבית המטופל, והאחריות בהקשר לשירות זה חלה על הרופא שנשלח ו/או על החברה המעסיקה אותו.

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

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

המבוטח יהיה זכאי לקבל שירות כמפורט להלן באמצעות נותני השירותים והציוד של חברת סקונד אופיניון ישראל (1995) בע"מ.

1. הגדרות

בכתב שירות זה למונחים הבאים תהא המשמעות המובאת בצידם:

- 1.1. **המבטח** - מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.
- 1.2. **החברה** - סקונד אופיניון ישראל (1995) בע"מ.
- 1.3. **השירות** - פנייה באמצעות הערכה הביתית למוקד החברה, המאויש באחיות מוסמכות, בבעיה רפואית הקשורה לאירוע או נובעת ממנו.
- 1.4. **פוליסת הביטוח או הפוליסה** - פוליסה לביטוח בריאות "בראות מושלמת טופ לבעלי שב"ן", שכתב שירות זה הינו חלק בלתי נפרד ממנה.
- 1.5. **המבוטח** - אשר שמו נקוב ברשימה ואשר הפוליסה שבידו תקפה.
- 1.6. **מנוי** - המבוטח וכן בן/בת זוגו (לרבות ידועה/ה בציבור כבן/בת זוג) וילדיהם עד גיל 18 הגרים עימם (להלן: "מבוטחים נוספים") ובלבד שבטוחו באמצעות הפוליסה כמבוטחים נוספים.
- 1.7. **מטופל** - מנוי בתקופת הזכאות לשירות, אשר פנה לחברה לצורך קבלת השירות, והותקנה אצלו ערכה ביתית.
- 1.8. **אירוע** - ניתוח המכוסה במסגרת הפוליסה אשר עבר המנוי בבית חולים ו/או במוסד רפואי אחר.
- 1.9. **בקשה לקבלת השירות** - בקשתו של מנוי שעבר אירוע להפוך למטופל בווהל הקבוע בסעיף 3 לכתב שירות זה, אשר תוגש לא יאוחר מאשר 15 יום מהיום בו חזר המנוי מבית החולים לביתו לאחר האירוע.
- 1.10. **תקופת הזכאות לשירות** - 14 יום החל מיום התקנת הערכה הביתית בבית המטופל.
- 1.11. **תיק רפואי** - תיק ובו פרטים אישיים אודות המנוי, והאירוע אשר בגינו הפך המנוי למטופל, לרבות אך לא רק, תולדות המחלה וההיסטוריה הרפואית של המטופל, הכל כפי שיימסר על ידי המטופל.
- 1.12. **זכאות חינם** - מספר שעות השירות ללא תשלום, להם זכאי המטופל במסגרת תקופת הזכאות לשירות.
- 1.13. **דמי התקנה** - דמי התקנת הערכה הביתית בבית המטופל, ופירוקה בסיום תקופת הזכאות לשירות.
- 1.14. **דמי שירות** - דמי שירות אשר משולמים על ידי המטופל עבור כל זמן שירות מעבר לזכאות חינם - כמפורט בסעיף 4.
- 1.15. **ערכה ביתית** - ציוד טל - רפואה, הכולל בין השאר מערכת וידאו קונפרנס, המותקן בבית המטופל ומאפשר חיבור אודיו ו/או ויזואלי עם מוקד החברה, ו/או כל ציוד מדידה רפואי אחר ו/או ציוד תקשורת אחר.
- 1.16. **מוקד** - הציוד וכוח האדם במשרדי החברה הדרושים לצורך מתן השירות למטופלים בהתאם לכתב שירות זה.
- 1.17. **אחות** - אחות מוסמכת אשר מונתה והוסמכה על ידי המנהל הרפואי של החברה למתן השירות כהגדרתו בכתב השירות.
- 1.18. **המנהל הרפואי של החברה** - רופא בעל רשיון לעסוק ברפואה במדינת ישראל אשר מועסק על ידי החברה כמנהל רפואי לצרכים האמורים בכתב השירות.
- 1.19. **רופא ממונה** - רופא בעל רשיון לעסוק ברפואה במדינת ישראל אשר מונה ע"י החברה, באישור המנהל הרפואי, לנהל מקצועית את המוקד לצורך מתן השירותים למטופלים בהתאם לכתב השירות.
- 1.20. **נותן השירות** - האחיות ו/או המנהל הרפואי ו/או הרופא הממונה.
- 1.21. **מקרה המחייב ביקור בית של רופא** - מקרה, אשר לפי שיקול דעתו של המטופל או של נותן השירות, מצדיק ביקור של רופא בבית המטופל.

המטופל מתחייב להעמיד קו טלפון תקין וזמין (שלא באמצעות מרכזת) לשם קבלת השירות.

בכפוף לאמור לעיל ולהלן ולכוח עליון, החברה אחראית לפעולתה התקינה של הערכה הביתית במובן זה שהחברה תהא אחראית לתיקון הערכה הביתית ו/או העמדת ערכה ביתית חלופית בתוך שני ימי עבודה מהמועד שנדרש לכך על ידי המטופל.

החברה לא תהא אחראית לכל פגם או קלקול שהינו תוצאת פגיעה מכוונת, נפילה, קריעת חיווט, הפעלה שלא על פי הוראות השימוש.

החברה רשאית להקליט באופן חלקי או מלא את כל ההתקשרויות בין המוקד למטופל, והחברה ו/או המבטח יהיו רשאים לעשות כל שימוש בהקלטות אלה במסגרת הליכים שיפוטניים ו/או משמעותיים ו/או מעין שיפוטניים ו/או בוועדות חקירה ו/או בכל הליך של בירור מקצועי או ביטוחי, מכל סוג ומין, ולמטרות אלה בלבד, והמטופל מוותר על כל טענה או דרישה, לרבות כל טענה הנובעת מחוק הגנת הפרטיות ו/או חוק איסור האזנת סתר ו/או כל דין אחר שיתווסף עליהם ו/או יבוא במקומם.

מובהר בזאת כי המטופל יעודכן הן טלפונית והן במהלך התקנת הערכה הביתית כי השיחות הינן מוקלטות.

דמי שירות ותשלומים נוספים

בעת ההתקנה על ידי נציג החברה ומהלך תקופת החיבור יעודכן המטופל כי הינו זכאי לתקופת זכאות חנים של 14 יום מרגע התקנה הערכה הביתית. לאחר 14 יום יפנה נציג החברה למטופל לשם ניתוק או לאיתור מצב רפואי המצריך הארכת תקופת החיבור לשירות.

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

יבקש המטופל להסתייע בשירות בהיקף העולה על הזכאות חנים, יחויב חשבונו, בגין הזמן העודף (בכל שבוע ושבוע) בדמי שירות בסך 2 ש"ח + מע"מ עבור כל דקה נוספת. דמי השירות יהיו צמודים לשיעור עלייתו של מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן - "המדד") ממדד חודש דצמבר 1999 שפורסם ביום 15.1.2000 ועד למדד הידוע במועד כל תשלום בפועל (להלן - "התעריף הממוזג"). מובהר כי במקרה של פרסום מדד שלילי או במקרה של מדד בשיעור אפס, לא יופחת התעריף.

ביקש המטופל שישלח לביתו רופא, או הציעה זאת האחות והמטופל קיבל את עצתה, אז:

במידה והמטופל זכאי לביקור רופא בביתו על פי כתב השירות של המבטח 'שירות רפואי בבית המבוטח', יחויב חשבונו של המטופל בסך ההשתתפות העצמית בגין הביקור כנקוב בכתב השירות.

במידה והמטופל אינו זכאי לביקור רופא בביתו כמפורט בסעיף 4.5, יחויב חשבונו של המטופל בסך 150 ש"ח פלוס מע"מ.

בחר המטופל להמשיך את התקשרותו עם החברה לצורך קבלת השירות לתקופה העולה על תקופת הזכאות, ויכל לעשות זאת בתנאי שהודיע על כל לחברה לפחות 7 ימים מראש, והביע את נכונותו לחיוב חשבונו בסכום דמי השירות לפי מחירון החברה למנויים פרטיים.

עם חיבור המטופל למוקד, הוא ימסור לנציג החברה שיתקין בביתו את הערכה הביתית המחאה ע"ס 975 ש"ח (ערוכה לפקודת החברה). מתוך סכום ההמחאה ישמשו כפיקדון בסך 900 ש"ח להבטחת השבתה של הערכה הביתית במצב תקין לאחר תקופת הזכאות (או

3.16

3.17

3.18

3.19

4.

4.1

4.2

4.3

4.4

4.5

4.6

4.7

4.8

השירות יינתן בשפה העברית – דוברי רוסית, ערבית או אנגלית המתקשים בשפה העברית יהיו זכאים לשירותי תרגום ע"פ בקשה מראש בעת ההתחברות למוקד.

נוהל קבלת השירות

3.1 עבר המטופל אירוע וחזר לביתו לאחר אשפוז, יתקשר טלפונית למוקד החברה בטלפון מספר **03-6137745** או כל מספר אחר עליו תודיע החברה מעת לעת, ויודעה בשמו, כתובתו, מס' הטלפון של דירת מגוריו, שם חברת הביטוח מכוחה הוא מנוי ומספר הפוליסה.

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

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

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

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

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

3.7 במהלך התקשרות הראשונה עם המוקד יבוצע תהליך של פתיחת תיק רפואי עבור המנוי. באחריות המנוי, טרם היותו מטופל וכתנאי לכך, להעביר את כל הפרטים הרלוונטיים לאירוע לשביעות רצון החברה. לא קיבלה החברה את כל הפרטים הרלוונטיים לאירוע, תפנה למנוי בהקדם האפשרי ותתריע על כך.

3.8 העברת התיק הרפואי כמפורט בסעיף 3.7, מהווה תנאי בסיסי למתן השירות ולהפיכת המנוי למטופל. מובהר בזאת כי תיק רפואי מעודכן מהווה בסיס למתן שירות רפואי מדויק ומהימן למטופל המחובר למוקד.

3.9 בראשית הפגישה עם נציג החברה כאמור לעיל, וכתנאי להתקנת הערכה הביתית, החיבור למוקד ולמתן השירות, יחתום המנוי על כתב שחרור (מצורף כנספח א' לכתב שירות זה) למבטח בנוסח המצורף לכתב שירות זה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו. כמו כן, יחתום המנוי במהלך הפגישה על הוראת קבע בנקאית או על הרשאה לחיוב בכרטיס האשראי שלו בגין דמי השירות ו/או שירותים הניתנים תמורת תשלום (דוגמת הזמנת רופא לביקור בית), בגין כל תשלום עבור זמן שירות החורג מזכאות החנים, ובגין דמי התקנה.

3.10 בראשית ההתקשרות הראשונה למוקד בנוכחות נציג החברה, וכתנאי להמשך קיומה, יציג המנוי תעודת זהות שלו, ובמקרה שהפונה הוא מבטח נוסף בפוליסה, יתבקש המנוי הפונה להציג תעודת זהות שלו, המציינת את הקירבה האמורה (במקרה שהינו קטין שאין לו תעודת זהות, את תעודת הזהות של הבגיר אצלו הוא רשום). לא נכלל מי שהציג עצמו כמנוי על פי הפוליסה ברשימות שהעביר המבטח לחברה, תפנה החברה למבטח בשעות העבודה המקובלות של המבטח על מנת שזו יוודא כי הפונה הינו אכן בגדר מנוי על פי הפוליסה.

3.11 רק לאחר השלמת הפעולות המצוינות בסעיפים 3.6 - 3.10 ייפוך המנוי למטופל ויהיה זכאי לקבלת השירות.

3.12 במהלך תקופת זכאות החנים יהיה זכאי המטופל להסתייע בשירות על ידי פניה למוקד בכל אמצעי לרבות הערכה הביתית.

3.13 בסיום תקופת הזכאות באחריות החברה לשלוח נציג לבית המטופל לפירוק הערכה הביתית.

3.14 **השימוש בערכה הביתית**

3.15 המטופל מתחייב להשתמש בערכה הביתית שימוש זהיר בהתאם להוראות השימוש.

לביתו של המטופל, והאחריות בהקשר לשירות זה חלה על הרופא שנשלח ו/או על החברה המעסיקה אותו.

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

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

6.7. המטופל מצהיר כי הינו מודע לכך שקיימת אפשרות לשתק, לנטרל, לשבש או להוציא מכלל פעולה את הערכה הביתית ואת ציוד הידאו קונפרנס - ו/או את ציוד הטלרפואה ו/או את פעולת המוקד, וכן כי קיימת אפשרות כי הקשר בין הערכה הביתית לבין המוקד ישובש או יפגע במזיד או שלא במזיד, בין היתר כתוצאה מפגעי טבע ומזג האוויר, תקלות בשירותי תקשורת מכל סוג ומין, וכל תופעת טבע או סיבה אשר לחברה אין שליטה עליהם.

6.8. מבלי לגרוע מכלליות האמור בסעיף 6.7 לעיל, המנוי מצהיר כי ידוע לו כי התחום של התייעצות סיעודית ו/או פרה-רפואית ו/או רפואית, באמצעות טלרפואה, הינו תחום חדש הנמצא בתהליך התפתחות טכנולוגית וחוקית, וככזה כפוף לשינויים במסגרת החוקית המסדירה אותו, רגיש לתקלות ושיבושים - כאמור בסעיף 6.7, ולפיכך המטופל מוותר על כל תביעה, דרישה או טענה נגד החברה, עובדיה, שלוחיה וכל מי מטעמה על פי כתב שירות זה, בגין כך שלא הצליח ליצור קשר באמצעות הערכה הביתית עם המוקד ו/או בגין זאת שקריאתו לא נקלטה ו/או נקלטה באופן חלקי או משובש ו/או בגין כל שינוי בהיקף השירות ולרבות הפסקתו עקב אילוצים שבדין.

7. ביטול כתב השירות

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

- 7.1. כאשר הפוליסה תבטל בהתאם לאמור בתנאיה.
- 7.2. כאשר המבטח סיים את התקשרותו עם החברה. במקרה דנן יסמור המבטח הודעה על כך לכלל המבוטחים בכתב 90 יום מראש.

נספח א'

נחתם על ידי החברה: (בהתאם להוראות סעיף 4.5)
ע"י (שם מלא): _____

המאשר קבלת הסך של _____ ש"ח בהמחאה שפרטיה הינם _____, מהמטופל דלהלן ביום _____.

הצהרת המנוי וכתב שחרור (בהתאם להוראות סעיף 3.9)

אני הח"מ _____ (ת.ז. _____) מרצה _____ מרצה _____ מאשר ומתחייב בזאת,

כי קראתי בעיון את כל כתב השירות דלעיל של שירותי סקונד אופניון ישראל (1995) בע"מ (להלן - "סקונד אופניון") בתחום השירות כהגדרתו בכתב שירות זה והבנתי את תוכנו, ובהסתמך על כך ומתוך שיקול דעת עצמאי ומלא שניתן לי, אני מסכים ללא הסתייגות שכל האמור בכתב השירות יחול עלי ויחייב אותי. ידוע לי שסקונד אופניון אינה אחראית לכל מעשה או מחדל שנעשו על ידי צדדים שלישיים שאינם קשורים במישרין לסקונד אופניון או למבטחת (למעט נותני השירות שיועסקו במוקד) בין אם נעשו ברשלנות, בתום לב או במתכוון.

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

לאחר התקופה הנוספת בה בחר מרצונו ועל חשבונו להיות מנוי, המאוחר מבין השניים), ואילו הסכום של 75 ש"ח ישמש לתשלום עבור דמי ההתקנה (וסכום זה לא יוחזר).

עם תום התקופה, ובלבד שיוחזר הציוד במצב תקין, יוחזרו למטופל 900 ש"ח ששילם כפיקדון.

4.9. מובהר בזאת שדמי השירות וכל התשלומים הנוספים משולמים לחברה על ידי המנוי בנוסף לדמי המנוי המשולמים לחברה ע"י המבטח. במידה וההסכם בין המבטח לחברה, ביחס למתן השירות למבוטחים לפי תנאי כתב השירות, יבוטל או לא יכובד על ידי המבטח, המטופל לא יהיה זכאי עוד להנות מהשירות.

4.10. דמי השירות וכל התשלומים האחרים המשולמים לחברה ע"י המטופל יהיו צמודים לשיעור עלייתו של מדד המחיר לצרכן, המתפרסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן: "המדד"), ממדד חודש דצמבר 1999 שפורסם ביום 15.1.2000 ועד למדד הידוע במועד כל תשלום בפועל (להלן: "התעריף הממודד"). מובהר כי במקרה של פרסום מדד שלילי או במקרה של מדד בשיעור אפס, לא יופחת התעריף.

5. כוח עליון

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

6. אחריות

6.1

6.1.1

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

6.1.2

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

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

6.2

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

6.3

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

6.4

מובהר בזאת כי החברה אינה מספקת בעצמה את השירות של ביקור רופא בבית המטופל, ועל כן במקרה של הפניית רופא לביקור בית תצא החברה ידי חובתה עם מסירת הפנייה לחברה שעיסוקה בהפניית רופאים לביקור בית. בכל מקרה, החברה לא תהא אחראית בשום אופן לטיב הטיפול ו/או לכל מעשה או מחדל של רופא ביקור הבית, לרבות, אך לא רק, לגבי זמן הגעתו

בריאות מושלמת ^{TOP} לבעלי שב"ן פוליסה לכיסוי הוצאות רפואיות בארץ ובעולם

כל הסכומים המצוינים להלן צמודים למדד המחירים לצרכן המתפרסם מידי חודש ונכונים למדד הידוע ביום 1.12.06, העומד על 10245 נקודות

שינוי הפרמיה ותנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח
באישור מראש של המפקח על הביטוח, תהיה "מנורה מבטחים" זכאית לשנות את דמי הביטוח והתנאים לכלל המבוטחים בביטוח זה. אם ייערך שינוי כנ"ל, יחושבו דמי הביטוח החדשים לפי התעריף החדש, הישים לכלל המבוטחים ללא התחשבות בשינוי שחל במצב בריאותם מיום קבלתם לביטוח.

נעשה שינוי כאמור לעיל ואושר על ידי המפקח על הביטוח, תודיע "מנורה מבטחים" למבוטח בכתב, 60 יום מראש, על כל שינוי שאושר, תוך מתן גילוי מלא לגבי השינויים בתעריף או בהיקף הכיסוי הביטוחי.

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 יוכלו להצטרף לפוליסה המשפחתית עד גיל 20. בהצטרפות לאחר גיל 20, תופק עבורם פוליסה אישית.
- ילד רביעי ואילך עד גיל 20 במשפחה - חינם.
- גיל כניסה מקסימלי - 69 שנה.

מבנה הפרמיה

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

תנאי ביטול

תנאי ביטול הפוליסה על-ידי המבוטח

בעל הפוליסה ו/או המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הביטוח בהודעה בכתב ל"מנורה מבטחים". הביטול ייכנס לתוקפו לאחר 15 יום מיום קבלת ההודעה על ידי "מנורה מבטחים". ביטול הפוליסה, כאמור, פירושו ביטולה לגבי כל המבוטחים הרשומים בדף פרטי הביטוח.

תנאי ביטול הפוליסה על-ידי "מנורה מבטחים"

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

1. המבוטח אינו משלם או לא שולמו בגינו דמי הביטוח במועדם.
2. המבוטח העלים מ"מנורה מבטחים" עובדה מהותית או נתן תשובה שאינה מלאה וכנה לשאלה שנשאלה ע"י "מנורה מבטחים" או מי מטעמה.
3. המבוטח הגיש ל"מנורה מבטחים" תביעה כוזבת או תביעת מרמה לתשלום תגמולי הביטוח.
4. כל עילה אחרת עפ"י חוק, המקנה ל"מנורה מבטחים" זכות לבטל את הביטוח.

בכל אחד מהמקרים שלעיל, הביטול יעשה בכפיפות להוראות חוק חוזה הביטוח, וכל דין אחר.

חריגים

סייג בשל מצב רפואי קודם

1. מצב רפואי קודם: מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרכ של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
2. לא יכוסה מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרפואי הרגיל של מצב רפואי קודם, שאירע למבוטח בתקופת הביטוח, בכפוף להוראות הבאות:
 - 2.1. היה גיל המבוטח פחות מ- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח, תהיה "מנורה מבטחים" פטורה מחבותה, או שהיקף חבותה יופחת, כאמור, לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתאריך תחילת הביטוח.
 - 2.2. היה גיל המבוטח מעל ל- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח, תהיה "מנורה מבטחים" פטורה מחבותה, או שהיקף חבותה יופחת, כאמור, לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתאריך תחילת הביטוח.
 - 2.3. נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח על מצב בריאותו ונתן פרטים מלאים על מצב רפואי קודם, תהיה "מנורה מבטחים" רשאית לסייג את היקף חבותה וסייג זה יפורט

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, וזאת 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.

הכיסויים בפוליסה

המבוטח זכאי לכיסויים הביטוחיים הבאים: כיסוי משלים לניתוחים בישראל לבעלי שב"ן, ניתוחים פרטיים בחו"ל, התייעצויות עם רופאים מומחים, השתלות בארץ ובחו"ל, טיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות מיוחדות, פיצוי לאירועים הקשורים באשפוז.

המבוטח זכאי לשירותים הרפואיים הבאים (להלן: "השירותים הרפואיים"): שירות רפואי בבית המבוטח 24 שעות ביממה, שירותי בדיקה תקופתית, שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים, מוקד "מושלמת בשידור".

משך תקופת הביטוח

בכיסויים הביטוחיים - כל החיים.

בשירותים הרפואיים - כל עוד "מנורה מבטחים" קשורה בהסכם עם ספק השירותים.

תנאים לחידוש אוטומטי

1. ילדו של המבוטח מבוטח בפוליסה זו כל עוד משולמים דמי הביטוח על ידי בעל הפוליסה, ללא מגבלת גיל. מבוטח בפוליסה זו יחד עם הורו, יוכל לבקש, בכל עת לאחר הגיעו לגיל 21, כי "מנורה מבטחים" תנפיק לו פוליסה חדשה בהתאם לתנאים כפי שיהיו במועד הבקשה, ללא צורך בחיתום רפואי מחדש לגבי כיסויים וסכומי ביטוח חופפים בלבד.
2. על אף האמור בסעיף 1 לעיל, אם בוטלה או התבטלה הפוליסה במועד כלשהו (להלן: "יום הזכאות"), מכל סיבה שהיא, יהיה המבוטח רשאי לבקש כי "מנורה מבטחים" תנפיק לו פוליסה חדשה בהתאם לתנאים כפי שיהיו במועד הבקשה, ללא צורך בחיתום רפואי מחדש, לגבי כיסויים וסכומי ביטוח חופפים בלבד, וזאת בתנאי שבקשת המבוטח תגיע למשרדי "מנורה מבטחים" תוך 90 ימים מיום הזכאות.

תקופת אכשרה

תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח בתאריך תחילת הביטוח ומסתיימת בתום 90 יום לגבי כיסויי הפוליסה, למעט ביחס לכיסויים הבאים, אשר בגינם תקופת האכשרה תסתיים כעבור 270 יום: הפסקת הריון שנדרשה עקב סכנת חיים לאם או עקב גילוי מום בעובר; לידה בניתוח קיסרי מתוכנן מראש עקב צורך רפואי; ניתוחים גניקולוגיים מתקנים בעקבות לידה בשל סיבה רפואית שאינה נפשית, קוסמטית או לצורכי פרייון; התייעצויות הקשורות להריון ואשפוז עקב הריון. אין תקופת אכשרה לגבי השירותים הרפואיים כהגדרתם לעיל.

תקופת המתנה

אין.

השתתפות עצמית

המבוטח נדרש בתשלום השתתפות עצמית בפרק ב' - ניתוחים פרטיים בחו"ל, בפרק ג' - התייעצויות עם רופאים מומחים, בפרק ה' - תרופות מיוחדות ובעת קבלת השירותים הרפואיים: שירות רפואי בבית המבוטח, שירותי בדיקה תקופתית. לפירוט ההשתתפות העצמית, אנא ראה את פירוט הכיסויים.

נספח 834

פירוט הכיסויים המוחרגים בגין מצב רפואי קיים: כמצוין בדף הרשימה.
סייגים לחבות "מנורה מבטחים"
ראה פירוט החריגים בסעיף 5 בפרק התנאים הכלליים לביטוח,
סעיף 9 בפרק א', סעיף 7 בפרק ב', סעיף 4 בפרק ג', סעיף 5
בפרק ד', סעיף 5 בפרק ה', סעיף 4 בפרק ו'.

- בדף פרטי הביטוח, ויהיה תקף לתקופה שפורטה בו לצד
אותו מצב רפואי קודם.
2.4. הודיע המבוטח על מצב רפואי קודם, ו"מנורה מבטחים"
לא סייגה במפורש את המצב הרפואי הקודם בדף פרטי
הביטוח, יהיה הביטוח ללא סייגים או מגבלות מכל מין
וסוג שהוא לעניין מצב רפואי קודם.
2.5. אין באמור לעיל כדי לפטור את המבוטח מחובת גילוי לפי
חוק חוזה הביטוח לגבי מצב רפואי קודם.

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
כיסוי משלים לניתוחים בישראל לבעלי שב"ן שיפוי המבוטח מעבר לכיסוי הניתן על ידי השב"ן בו המבוטח חבר, עבור שכר מנתח הסכם, שכר רופא מרדים בהסכם, הוצאות אשפוז שיפוי מלא בבית חולים בהסכם או עד 1,750 ש"ח ליום בבית חולים אחר ובכל מקרה עד 30 ימי אשפוז, חדר ניתוח בבית חולים בהסכם, בדיקה פתולוגית בבית חולים בהסכם, שתלים עד 20,500 ש"ח, אחות פרטית או פיזיותרפיסט פרטי 500 ש"ח ליום עד 8 ימים, אמבולנס.	-	שיפוי	השיפוי המלא מותנה באישור מראש של "מנורה מבטחים". בוצע במבוטח ניתוח מכוסה, אשר ביצעו לא אושר מראש ע"י "מנורה מבטחים", תשלום "מנורה מבטחים" את ההוצאות, כפי שהיו, לו היה נעשה הניתוח באמצעות בית חולים אשר ל"מנורה מבטחים" או לחברה קשורה יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי הפוליסה.	משלים	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
פיצוי במקרה ניתוח במימון מלא של קופת החולים במסגרת סל הבריאות, שלא מומן כלל ע"י המבטחת: פיצוי בסך 400 ש"ח ליום אשפוז, ועד לתקרה של 14 ימי אשפוז. פיצוי במקרה ניתוח שאינו אלקטיבי: פיצוי בסך 400 ש"ח ליום אשפוז, החל מהיום השני ועד לתקרה של 7 ימי אשפוז	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז
פיצוי במקרה מוות כתוצאה מניתוח 85,000 ש"ח (בתוקף למבוטח שבעת ביצוע הניתוח מלאו לו 21 שנה).	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז
ניתוחים פרטיים בחו"ל שיפוי מלא לשכר מנתח, שכר רופא מרדים, הוצאות אשפוז עד 30 ימי אשפוז, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, שתלים עד 10,000 דולר, אחות פרטית או פיזיותרפיסט פרטי 125 דולר ליום עד 8 ימים, אמבולנס. בנוסף יינתן כיסוי להתייעצות בחו"ל לצורך ביקורת עד גובה 800 דולר, אחת לשנת ביטוח ולהוצאות טיסה עד גובה 800 דולר, הוצאות הטסה במקרה שתקופת האשפוז עולה על 8 ימים, למבוטח ולמלווה אחד (אם המבוטח קטין – למבוטח ולשני מלווים), הוצאות הטסה רפואית עד 10,000 דולר, הוצאות שהיית מלווה החל מהיום השמיני לאשפוז ועד ליום ה-40 לאשפוז - 120 דולר ליום (אם המבוטח קטין – למבוטח ולשני מלווים), הוצאות שהייה של המבוטח לאחר ניתוח לפי צורך רפואי עד 5 ימי שהייה בחו"ל מיום השחרור מביה"ח – 120 דולר ליום, הוצאות הטסת גופה במקרה שהמבוטח נפטר חו"ח, הבאת מומחה מחו"ל עד 5,000 דולר. פיצוי במקרה מוות כתוצאה מניתוח 85,000 ש"ח (בתוקף למבוטח שבעת ביצוע הניתוח מלאו לו 21 שנה).	-	שיפוי התייעצות בחו"ל לצורך ביקורת – 20% הוצאות שהיית מלווה - 50%	השיפוי המלא מותנה באישור מראש של "מנורה מבטחים". בוצע במבוטח ניתוח מכוסה, אשר ביצעו לא אושר מראש ע"י "מנורה מבטחים", תשלום "מנורה מבטחים" את ההוצאות, כפי שהיו, לו היה נעשה הניתוח באמצעות בית חולים אשר ל"מנורה מבטחים" או לחברה קשורה יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי הפוליסה.	מוסף	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
פיצוי במקרה מוות כתוצאה מניתוח 85,000 ש"ח (בתוקף למבוטח שבעת ביצוע הניתוח מלאו לו 21 שנה).	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
התייעצויות עם רופאים מומחים לפני ניתוח – עד 650 ש"ח להתייעצות, עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח. לא לפני ניתוח – עד 500 ש"ח להתייעצות, עד 2 התייעצויות בשנת ביטוח. במקרה גילוי מחלה קשה – עד 1,000 ש"ח להתייעצות, עד 2 התייעצויות בגין כל מחלה.	התייעצות לפני ניתוח – 20% התייעצות שלא לפני ניתוח – 25%	שיפוי	-	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
התייעצויות בחו"ל: לפני ניתוח – התייעצות אחת בשנת ביטוח, החזר עד 800 דולר, וכן תשלום עד 800 דולר בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל.	יש	שיפוי	נדרש אישור מטעם רופא "מנורה מבטחים" לנסיעה לחו"ל לצורך קבלת חוות דעת שלא באמצעות תקשורת נתונים	מוסף	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
השתלוח בארץ ובחו"ל שיפוי מלא במרכזים רפואיים, הקשורים בהסכמים עם "מנורה מבטחים". שיפוי עד גובה 1,000,000 דולר במרכזים רפואיים אחרים. במקרה של השתלת איבר מלאכותי יינתן שיפוי עד 500,000 דולר. במקרה של השתלת איבר מן החי יינתן שיפוי עד 500,000 דולר. הכיסוי כולל הוצאות נלוות כמפורט בפוליסה. גמלת החלמה לאחר השתלה: 6,500 ש"ח למשך 24 חודשים (למבוטח עד גיל 18 – מחצית הסכום). לחילופין: פיצוי חד פעמי בסך 60,000 דולר, שישולם לאחר ביצוע ההשתלה בחו"ל. פיצוי במקרה מוות כתוצאה מהשתלה 85,000 ש"ח (בתוקף למבוטח שבעת ביצוע ההשתלה מלאו לו 21 שנה).	-	שיפוי	אישור רופא מומחה בדרגת מנהל/סגן מנהל מחלקה	משלים	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
טיפול מיוחדים בחו"ל עד \$ 120,000 , כולל הוצאות נלוות כמפורט בפוליסה. פיצוי במקרה מוות כתוצאה מטיפול מיוחד 85,000 ש"ח (בתוקף למבוטח שבעת ביצוע הטיפול המיוחד מלאו לו 21 שנה).	-	שיפוי	אישור רופא מומחה בישראל בדרגת מנהל מחלקה/ סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש וכן אישור רופא מטעם "מנורה מבטחים"	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
תרופות מיוחדות עד 1,500,000 ש"ח למקרה הביטוח הראשון ועד 1,000,000 ש"ח למקרי ביטוח חדשים במקרה בו לא השתתפה "מנורה מבטחים" במימון התרופה - שיפוי בגין ההשתתפות ששילם המבוטח לקופ"ח ואו לשב"ן וכן פיצוי בגובה 10% מהמחיר ברשתות הפארם הגדולות או מהמחיר המירבי המאושר לתרופה, הנמוך מביניהם, ועד 1,500 ש"ח לחודש	400 ש"ח לחודש	שיפוי	אישור מראש של "מנורה מבטחים" לרכישת התרופה	מוסף או משלים	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
פיצוי בגין אשפוז כתוצאה ממחלה או תאונה 500 ש"ח ליום, החל מהיום הרביעי לאשפוז ועד ארבעה ימי אשפוז סה"כ.	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז
מענק חד פעמי לפיצוי בגין הדבקות במחלת ה-AIDS פיצוי בגובה 450,000 ש"ח בהתאם לתנאי הפוליסה.	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז

נספח 834

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
מענק חד-פעמי לפיצוי בגין הידבקות בהפטיטיס B או C	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז
שירותי רפואי בבית המבוטח	25 ש"ח למבוטח	-	-	מוסף	אין קיזוז
שירותי בדיקה תקופתית	98 ש"ח למבוטח	-	-	מוסף	אין קיזוז
שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים	-	-	-	מוסף	אין קיזוז
מוקד מושלמת בשידור	-	-	-	מוסף	אין קיזוז

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

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

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

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