

בראות מושלמת 2000 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 חוזים 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.

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 שבין המדד 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 שבהסכם: מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או התקשר המבטחת בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבטחת במועד התביעה.
2.31. ניתוח: פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure), החודרת דרך רקמות, ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח.

במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות,

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 אם נרכשה הפוליסה וצוינה בדף פרטי הביטוח, ובכפפות 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 וכו"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, כליה, 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

- 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 מבטוח בפוליסה זו כל עוד משולמים דמי הביטוח על ידי בעל הפוליסה, ללא מגבלת גיל. מבטוח 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 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 להשתללות 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.

- 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 כליה 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 תגמולי הביטוח:** נספח המכיל את סכומי הביטוח ואת סכומי ההשתתפויות העצמיות.
- 2.34. **סכום הביטוח:** הסכום המרבי הנקוב בנספח תגמולי הביטוח ו/או בכל נספח הפוליסה, שתשלם המבטחת למבוטח או לנותני שירותים רפואיים למבוטח כתגמולי ביטוח, בקרות למבוטח מקרה הביטוח, כשהוא צמוד למדד לפי תנאי פוליסה זו.
- 2.35. **פוליסה:** חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה למבטחת, לרבות הצעת הביטוח, הצהרת הבריאות, דף פרטי הביטוח, וכל נספח או תוספת המצורפים לו.
- 2.36. **פיזיותרפיסט:** אדם בעל תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות לתת טיפולי פיזיותרפיה במדינה בה ניתנים הטיפולים.
- 2.37. **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.
- 2.38. **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים כמרדים במדינה בה בוצע הניתוח.
- 2.39. **רופא שיניים:** אדם העוסק ברפואת שיניים על פי רשיון כחוק מטעם הרשויות המוסמכות בישראל.
- 2.40. **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.
- 2.41. **שנת ביטוח:** תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח, כאמור בדף פרטי הביטוח.
- 2.42. **שתל:** כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח, המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), **למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה.**
- 2.43. **תקופת אכשרה:** תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך תחילת תקופת הביטוח ומסתיימת בתום 90 יום לגבי כיסוי הפוליסה, **אלא אם צוין במפורש אחרת.** תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות ותחול מחדש בכל פעם בה צורך המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שאירע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שאירע לפני תחילת תקופת הביטוח.
- 2.44. **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.

- 4.2. אם ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, לשאלה בעניין מהותי שיש בו כדי להשפיע על נכונות מבטח סביר לכרות 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 במקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והיא פטורה כליל 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.
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 תידרש תקופת אכשרה של 270 יום:
- 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, אלוהוליות 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 (AIDS (אייס) ובמחלות: HUMAN T-CELL LYMPHATROPIC VIRUS TYPE III (HTLV) ו- LYMPHADENOPATHY ASSOCIATED VIRUS (LAV) ו/או מחלות או מצבים שהם מוטציות או וריאציות למחלת האידס או כל מחלה או תסמונת דומה אחרת יהא שמה אשר יהא.
- 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 ומומך ומורשה להובלת נוסעים, או בכלי טייס אזרחי מורשה כחוק המופעל על ידי מפעיל מוכר לטיסות שכר.
- 5.11. פעילות ספורטיבית מקצועית 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, נהיגת מרוצים מכל הסוגים לרבות מרוץ סוסים, ציחה, גלישה ודאייב באוויר, רכיבה על אופנוע ים, שחיה 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 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.

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.

- 5.14 **בדיקות שגרה ומעקב.**
5.15 **טיפולים ניסיוניים, אשר לא אושרו על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה מתבצע הטיפול.**
5.16 **המבטחת לא תחוב על פי פוליסה זו בכל מקרה בו קיימת מניעה חוקית ביישומה על פי כל דין.**

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 כרטיסי 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 **בוטלה הפוליסה כאמור בסעיף 10.1 לעיל, יהיה בן/ בת הזוג רשאי/ת להמשיך את הביטוח בתנאי שהודיע/ה על כך למבטחת לא יאוחר מ- 90 ימים מיום הודעת המבטחת על ביטול הביטוח, ובכפוף לכך ששילם/ה את דמי הביטוח החסרים בגין התקופה.**
10.3 **לא שולמו דמי הביטוח במועד, רשאית המבטחת לבטל את הביטוח בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.**
10.4 **העלים המבוטח מהמבטחת עובדה מהותית, רשאית המבטחת לבטל את הפוליסה או לשלם תגמולי ביטוח מופחתים, בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח.**
10.5 **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 ויתור על סודיות רפואית, כל מסמכים 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.**
11.2 למרות האמור לעיל, במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר, יגיש המבוטח למבטחת העתק קבלה מאושר ויצוין 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 חשבונו, 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.

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 כרטיסי האשראי יוהוה 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- 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, אך לא לפני 1.6.2011, 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

מתאימה, והילד יצורף לביטוח רק לאחר קבלת אישור בכתב מאת המבטחת. תחילת תקופת הביטוח ודמי הביטוח הנוספים עבורו יצינו 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 המבוטחת 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 יצינו 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, יערכו בפוליסה השינויים המתבקשים מכך בכפוף לאישור מראש של המפקח על הביטוח.

15. התיישנות

תקופת ההתיישנות 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-ידה 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, יכנס 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 לא תחשב כפרשנות הפוליסה לפי דיני ישראל ולא כפסק דין שניתן בבית משפט ישראלי.

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 מורחב לניתוחים בישראל

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.

2. מקרה הביטוח

מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח, אשר יבוצע בישראל על ידי מנתח הסכם או מנתח אחר.

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 מהקבוע 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, יחולו 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 לשאת פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכויותיה של המבטחת כאמור, לרבות המחאת זכויותיו של המבוטח כלפי הצד השלישי או על פי הפוליסות האחרות, כאמור, למבטחת, לגבי סכום תגמולי הביטוח העולים על חלקה היחסי של המבטחת בהוצאות שהוצאו בפועל.

12.6. המבוטח לא יחולו זכאי לתגמולי ביטוח נוספים מסוג שיפוי בשל פוליסות אחרות, דומות או זהות, אצל המבטחת, בשל אותו מקרה ביטוח ערכה המבטחת למבוטח פוליסות נוספות כאמור, תחזיר לו את דמי הביטוח עבור הפוליסות הנוספות מהמועד בו נתגלה כפל הביטוח.

12.7. קיבל המבוטח מצד שלישי שיפוי בגין הוצאות המכוסות בפוליסה זו, בין מכוח חוזה ביטוח ובין שלא מכוח חוזה ביטוח, תהא המבטחת זכאית לקזז את סכום השיפוי מסך תגמולי הביטוח מסוג שיפוי להם זכאי המבוטח על פי פוליסה זו.

13. צירוף תינוק שנולד למבוטח וצירוף ילדו של המבוטח

13.1. מבוטח ו/או מבטחת יהיו זכאים לצרף לפוליסה זו את ילדיהם. במקרה כנ"ל תוגש על ידם הצעה והצהרת בריאות

3. **תנאי מוקדם להתחייבויות המבטחת**
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 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 לתברה קשורה יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי פוליסה זו.
4. **התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח**
המבטחת תשפה את המבוטח, באופן מלא וישיר אצל נותן השרות שבהסכם, או כנגד קבלות, שימציא לה המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן, שהוצאו בפועל בגין מקרה ביטוח, ובלבד שסכום הביטוח המרבי אותו תשלם המבטחת לא יעלה על הסכום המשולם לנוותן שירות שבהסכם:
- 4.1. **שכר מנתח בבי"ח פרטי:**
4.1.1. שכר מנתח הסכם ישולם במלואו ישירות למנתח ההסכם.
4.1.2. שכר מנתח אחר - התשלום למבוטח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע על ידי מנתח אחר יהיה בגובה הסכום ששולם על ידו בפועל, עד לתקרת הסכום הקבוע למנתחי הסכם של המבטחת, עבור הניתוח שבוצע.
- 4.2. **שכר רופא מרדים בבית חולים פרטי:** המבטחת תשלם ישירות את הוצאות הרופא המרדים בגין הרדמה שבוצעה במבוטח בעת ניתוח או תחזיר הוצאות אלה למבוטח עד לתקרת הסכום הקבוע ברשימת הניתוחים של המבטחת עבור רופא מרדים על פי הניתוח שבוצע.
- 4.3. **כיסוי הוצאות אשפוז בבית חולים פרטי במקרה ניתוח:** המבטחת תכסה הוצאות אשפוז בבית חולים מוסכם או תחזיר למבוטח את הוצאותיו 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.
- 4.4. **הוצאות חדר ניתוח בבית חולים פרטי:** המבטחת תשלם ישירות לבית חולים מוסכם את ההוצאות עבור חדר ניתוח על פי הניתוח שבוצע, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח אם נותח בבית חולים פרטי אחר, עד לתקרת הסכום הקבוע אצל המבטחת עבור חדר ניתוח על פי הניתוח שבוצע.
- 4.5. **הוצאות בגין בדיקה פתולוגית בבית חולים פרטי:** המבטחת תשלם ישירות לבית חולים מוסכם בגין בדיקה פתולוגית הנדרשת במקרה של ניתוח, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח עד לתקרת תעריף המבטחת לסוג הניתוח שבוצע.
- 4.6. **שתל:** בוצע במבוטח ניתוח בבית חולים, ובמהלך הניתוח הושתלו/ במבוטח שתלים/ כלשהו/כלשהם, תשתתף המבטחת בעלות השתל/ים 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 חולים ובתי 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.
- 4.9. **ניתוח במימון מלא של קופת החולים:** המציא המבוטח אישור בית החולים על ביצוע הניתוח ומהלכו, והמבטחת לא השתתפה כלל במימון הניתוח, כאמור בסעיפים 4.8 – 4.1 לעיל, תשלם המבטחת למבוטח לפי המפורט להלן:
- 4.9.1. בגין ניתוח אלקטיבי המופיע במחירון משרד הבריאות לשירותים אמבולטוריים ולשירותי אשפוז, המפורסם באתר האינטרנט של משרד הבריאות
- (להלן: "המחירון"), תשלם המבטחת 50% מהסך הנקוב במחירון.
- 4.9.2. בגין ניתוח אלקטיבי שאינו מופיע במחירון, תשלם המבטחת את הסכום המפורט בנספח תגמולי הביטוח בגין יום אשפוז במכפלת מספר ימי האשפוז. בוצע הניתוח ללא אשפוז, תשלם המבטחת את הסכום המפורט בנספח תגמולי הביטוח.
- 4.9.3. היה הניתוח ניתוח שאינו אלקטיבי, שבוצע לאחר יום אשפוז אחד לפחות, זכאי המבוטח לקבל מהמבטחת פיצוי יומי לכל יום אשפוז, החל מהיום השני לקבלתו לבית-החולים, בגובה הסכום המפורט בנספח תגמולי הביטוח, עד לתקרה של 14 ימי אשפוז.
- 4.10. **ניתוח במימון חלקי של המבטחת:** המציא המבוטח לביה"ח טופס התחייבות מטעם קופת החולים בה הוא חבר, לכיסוי הוצאות הניתוח המבוצע בבית החולים, והמבטח השתתף במימון הניתוח, מכפורט בסעיפים 4.1-4.8 לעיל, תשלם המבטחת למבוטח לפי המפורט להלן:
- 4.10.1. בגין ניתוח אלקטיבי המופיע במחירון, תשלם המבטחת 25% מהסך הנקוב במחירון.
- 4.10.2. בגין ניתוח אלקטיבי שאינו מופיע במחירון, תשלם המבטחת את הסכום המפורט בנספח תגמולי הביטוח במכפלת מספר ימי האשפוז. בוצע הניתוח ללא אשפוז, תשלם המבטחת את הסכום המפורט בנספח תגמולי הביטוח.
- 4.10.3. היה הניתוח ניתוח שאינו אלקטיבי, שבוצע לאחר יום אשפוז אחד לפחות, זכאי המבוטח לקבל מהמבטחת פיצוי יומי לכל יום אשפוז, החל מהיום השני לקבלתו לבית-החולים, בגובה הסכום המפורט בנספח תגמולי הביטוח, עד לתקרה של 14 ימי אשפוז.
5. **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 המפורט לעיל, פיצוי נוסף בגובה הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח, ובלבד שהניתוח בוצע בתוך תקופת הביטוח. כיסוי זה יהיה בתוקף עבור מבטחים שבעת ביצוע הניתוח מלאו להם 21 שנה.
6. **השתתפות עצמית**
בקרות מקרה הביטוח המכוסה על פי פרק זה, למעט מותו של המבוטח עקב ניתוח, ינוכה מתגמולי הביטוח המגיעים למבוטח סכום ההשתתפות העצמית הנקוב בדף פרטי הביטוח, במידה ונקוב.
7. **חריגים מיוחדים לפרק זה**
בנוסף לאמור בחריגים הכלליים בסעיף 5 לפוליסה, לא תהא 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 כימותרפיים 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.

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 המבוטח ושל מלווה אחד לחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח וחזרתו ארצה לאחר הניתוח מחו"ל, בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה ובאותו מועד. היה המבוטח קטין שגילו נמוך מ-18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות טיסה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה.

4.10.2 כיסוי להוצאות הטסה רפואית: במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה המבטחת את הוצאות ההטסה הרפואית מישראל לחו"ל ומחו"ל לישראל, בהתאם לצורך, עד גובה הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.

4.10.3 כיסוי להוצאות הטסה רפואית: הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל ו/או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה. הכיסוי כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

4.10.4 כיסוי להוצאות שהייה של מלווה: במקרה שהמבוטח אושפז, תכסה המבטחת 50% מההוצאות 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 המבוטח קטין, שגילו נמוך מ-18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, בהתאם לאמור בסעיף זה.

4.10.4 כיסוי להוצאות שהייה של המבוטח לאחר ניתוח: המבטחת תכסה את הוצאות השהייה של המבוטח בחו"ל בכפוף לאישורה מראש ולאישור בית החולים בו בוצע הניתוח כי מצבו של המבוטח מחייב את המשך שהייתו בחו"ל. הכיסוי יהיה עד לסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח לשהייה מלווה בהתאם לס"ק 4.10.3 לעיל ועד לתקרה של 5 ימי שהייה בחו"ל מיום ששוחרר המבוטח מבית החולים.

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

4.10.6 הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל: מבוטח, אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מומחה מחו"ל לישראל. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא

7.7 חריג לסעיפים 4.9.3, 4.10.3 ו-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 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.

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

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.

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: תכוסה במלואן ללא תקרה למחיר יום אשפוז, למשך תקופה שלא תעלה על 30 ימים.

4.4 הוצאות חדר ניתוח בבית חולים: תכוסה במלואן ללא תקרה.

4.5 הוצאות בגין בדיקה פתולוגית בבית חולים: תכוסה במלואן ללא תקרה.

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

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

- 2.3.1. סרטן (Cancer) – נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות רבות 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 (פרוטונאלית) 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 נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנמתך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה.
- שבץ מוחי לא יכול אי ספיקה ורטברו - 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:

- יעלה על הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.
5. 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 המפורט לעיל, פיצוי נוסף בגובה הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח, ובלבד שהניתוח בוצע בתוך תקופת הביטוח. כיסוי זה יהיה בתוקף עבור מבוטחים, שבעת ביצוע הניתוח מלאו להם 21 שנה.
6. השתתפות עצמית
- בקורות מקרה הביטוח המכוסה על פי פרק זה, למעט מותו של המבוטח עקב ניתוח, ינוכה מתגמולי הביטוח המגיעים למבוטח סכום ההשתתפות העצמית הנקוב בדף פרטי הביטוח, במידה ונקוב.
7. חריגים מיוחדים לפרק זה
- בנוסף לאמור בחריגים הכלליים בסעיף 5 לפוליסה, לא תהא 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 כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקות, הזלפות, בדיקות ופעולות הדמיה 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. 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 ג' - התייעצויות עם רופאים מומחים

1. מבוא
- תמורת תשלום דמי ביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח תשפה המבטחת את המבוטח, בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה ולהוראות ולחריגים המפורטים בפרק זה.
2. מקרה הביטוח
- 2.1. לגבי התייעצויות בארץ לפני ניתוח: מצבו הבריאותי של המבוטח, המחייב ביצוע ניתוח, שבעטיו התייעץ המבוטח עם רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה מנתח בתחומו.
- 2.2. לגבי התייעצות בארץ שלא לפני ניתוח: מצבו הבריאותי של המבוטח (שלא לפני ניתוח), שבעטיו התייעץ המבוטח עם רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחומו.
- 2.3. לגבי התייעצות כאשר נתגלתה במבוטח מחלה קשה: מצבו הבריאותי של המבוטח אשר נתגלתה בו אחת המחלות הקשות הבאות, שבעטיה התייעץ המבוטח עם רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחומו.

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

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 לחביות 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 ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל עבור שירותים רפואיים שניתנו לו לצורך ההשתלה. המבטחת זכאית לשיבוב הסכומים ששילמה, כאמור, כולם או מקצתם, מקופת החולים בה חבר המבוטח, בהתאם לחביות 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.

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):

4.1.4.1. תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה רפואית של המבוטח הנבועות 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 שניתנו 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

4.1. התייעצות הבאה לתקן פגם ו/או מום מולד, בכפוף לחריגי 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 בניתוח לקיצור קיבה הינו עפ"י צורך רפואי, ולמעט ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד.

4.3. התייעצות הקשורה בניתוח ניסיוני ו/או ניתוח הדורש אישור ועדת הסיניקי 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 שייעשו 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 חיי 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

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.

לישראל, וכן תשלום הוצאות העברה ביבשתית 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. 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.

תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח מלווה 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 המבטוח הוצאות שהייה כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, בהתאם לאמור בסעיף זה.

תשלום עבור טיפולי המשך הנובעים מביצוע
ההשתלה.

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

תשלום עבור הבאת מומחה מח"ל לביצוע ההשתלה בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע ההשתלה בחו"ל, עד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.

הוצאות לאיתור תרומת מח עצם ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או תאי דם טבורי עד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח עבור כל הבדיקות המנויות בסעיף זה.

ורת אפשרות שיפוי בגין הוצאות השתלה, וקרה של ביצוע השתלה המכוסה על פי פרק נשלם המבטחת למבוטח בחייו גמלה נוספת ורא "ממלת החלמה" (להלן: "הגמלה") ולבד שסך כל התשלומים שתשלם וחת על פי סעיפים 4.1-4.1.5 לא יעלה ובר על סכום הביטוח המרבי הנקוב ור תגמולי הביטוח בגין השתלה:

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

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

חר המבוטח, במקום אפשרות השיפוי בגין ת ההשתלה, כמפורט בסעיפים 4.1.1- לעיל, על סעיפיהם הקטנים, באפשרות חד פעמי בגין השתלה, תשלום לו המבטחת כסום הפיצוי הנקוב בנספח תגמולי הביטוח, ביצוע ההשתלה בחו"ל, ובלבד שההשתלה עתה אינה השתלת מח עצמות שלנלקז מגופו ממבוטח עצמו. למען הסר ספק, אם היה הביטוח השתלה, יוכל המבוטח לבחור יע על בחירתו בכתב למבטחת, אך ורק ת משתי האפשרויות דלעיל: אפשרות שיפוי הוצאות השתלה, כמפורט בסעיפים 4.1.1 - או אפשרות פיצוי חד פעמי בגין השתלה בסעיף 4.1.6 לעיל.

לקרוב משפחה מדרגה ראשונה של טח בגין הוצאות ממשיכות: במידה ותורם ר להשתלה במבוטח הינו קרוב משפחה של

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 החבויות אותן זכאי המבוטח לקבל מקופת החולים בה הוא מבוטח בהתאם לחוק ביטוח בריאות והתקנות שנהקקו 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 בצוע 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 מדרג ראשונה. בהתאם לאמור בסעיף זה.

4.2.3.5. תשלום עבור הפצאות הסטה 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

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

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 כתוצאה ישירה ובלעדית מתאונה או מחלה.
 - 2.2.2. מחלת המבוטח בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כתוצאה מעירוי דם ומוצריו 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 ומוצריו 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 לאשפוזו.**
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 ומוצריו 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 ומוצריו 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 ו- 5.12 בתנאים הכלליים לפוליסה.

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 הטיפול המיוחד ועוד 6 ימים), תשלם המבטחת למוטבים על פי פוליסה זו, ובהיעדר קביעת מוטבים – ליורשי המבוטח על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח על 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.
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 לחריגי 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 שגרה ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה, בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, בדיקות הקשורות בהריון או בדיקות 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 הגבוה מביניהם, ובלבד שלא יהיה זכאי לכלל ביטוח בגין אותו מקרה הביטוח.

פרק ה' - פיצוי לאירועים הקשורים באשפוז

1. **מבוא**
תמורת תשלום דמי ביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח תפצה או

פרק ו' – נספח תגמולי הביטוח

הסכומים הנקובים בש"ח הינם צמודי מדד ונכונים למדד הידוע ביום 1.12.06, העומד על 10245 נקודות.

פרק וסעיף הזכאות בפוליסה		תגמולי הביטוח
פרק א' – כיסוי מורחב לניתוחים בישראל		
סעיף 4.3	ש"ח 1,750 ליום	
סעיף 4.6	ש"ח 20,500	
סעיף 4.7	ש"ח 500 ליום	
סעיף 4.9.2	ש"ח 800	
סעיף 4.9.3	ש"ח 800 ליום	
סעיף 4.10.2	ש"ח 400	
סעיף 4.10.3	ש"ח 400 ליום	
סעיף 5	ש"ח 85,000	
פרק ב' – ניתוחים פרטיים בחו"ל		
סעיף 4.6	ש"ח 40,000	
סעיף 4.7	ש"ח 500 ליום	
סעיף 4.9	ש"ח 3,200	
סעיף 4.9.1	ש"ח 3,200	
סעיף 4.10.2	ש"ח 40,000	
סעיף 4.10.3	ש"ח 500 ליום	
סעיף 4.10.6	ש"ח 20,000	
סעיף 5	ש"ח 85,000	
פרק ג' – התייעצויות עם רופאים מומחים		
סעיף 3.1	ש"ח 650	
סעיף 3.2	ש"ח 500	
סעיף 3.3	ש"ח 1,000	
סעיף 3.4.1	ש"ח 3,200	
סעיף 3.4.2	ש"ח 3,200	
פרק ד' – השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל		
סעיף 4.1.1	השתלת איבר מלאכותי – 2,000,000 ש"ח	
סעיף 4.1.2	השתלת איבר מן החי – 2,000,000 ש"ח	
	השתלת איבר מלאכותי – 2,000,000 ש"ח	
	השתלת איבר מן החי – 2,000,000 ש"ח	
	כל השתלה אחרת – 4,000,000 ש"ח	
סעיף 4.1.4.6	ש"ח 40,000	
סעיף 4.1.4.7	ש"ח 250 לאדם ליום	
סעיף 4.1.4.10	ש"ח 40,000	
סעיף 4.1.4.11	ש"ח 150,000	
סעיף 4.1.5.1	ש"ח 6,500	
סעיף 4.1.6	ש"ח 250,000	
סעיף 4.1.7	ש"ח 10,000	
סעיף 4.2.1	ש"ח 500,000	
סעיף 4.2.3.5	ש"ח 40,000	
סעיף 4.2.3.6	ש"ח 250 לאדם ליום	
סעיף 4.2.3.8	ש"ח 40,000	
סעיף 4.3	ש"ח 85,000	
פרק ה' – פיצוי לאירועים הקשורים לאשפוז		
סעיף 3.1	ש"ח 500	
סעיף 3.2	ש"ח 450,000	
סעיף 3.3	ש"ח 60,000	

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, יזדהה בשמו, 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 חשבון 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 חשבון.

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, חילט על פינוי באמבולנס, תשלם החברה לחולה את סכום הפינוי באמבולנס ששולם

נספח 838

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

7. סמכות שיפוט

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

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.

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. שטן 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 שנת 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. ביקור המבוטח לקבל את שירותי הבדיקה התקופתית כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפנית 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 מיושמים כלשהם.

3.6. **מובהר בזאת במפורש, כי שירותי הבדיקה התקופתית אינם כוללים איבחון ו/או גילוי מחלות תורשתיות ו/או מחלות שבאופן סביר לא ניתן לגלותן במסגרת בדיקות המפורטות בסעיף 2.2 לעיל.**

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

1. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם.

- 1.1. המבטח - 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 המבטח, ואשר המבוטח על פיה זכאי לקבל את השירותים על פי כתב שירות זה.
1.4. החברה - מוקד רפואי המפעיל רופאי הסכם, הקשור עם המבטח בהסכם למתן השירות כמפורט בכתב זה.
1.5. רופא - רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות בישראל ובעל 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 **1-800-35-1100** (רב קווי), המאפשר שיחת טלפון בחינם.
1.8. 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.

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).

לאחר שנתנה לבעל הפוליסה הודעה בכתב על כך.

6. **אחריות**
- 6.1. מחויבותה של החברה כלפי המבוטח בטיפול בקריאה של מבוטח לקבלת שירותי הבדיקה התקופתית תסתיים 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, חורג 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 בדיקה.

7. **סמכות השיפוט**
- בכל מחלוקת שתתגלע בין הצדדים בקשר עם כתב שירות זה יחא 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 תתקשר עמה בעתיד, בין בעצמה ובין באמצעות אחרים, בהסכם למתן שירותי עזרה ראשונה ע"י רופאי שיניים.
- 1.8. **מוקד השירות** - מוקד טלפוני ארצי בקו ירוק שמספרו **1-800-35-1100** (רב קווי), המאפשר שיחת טלפון בחינם.
- 1.9. **המדד** - מדד המחירים הידוע בשם מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יורכב על פי אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו.
- 1.10. **חג** - מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.

2. **השירות**
- 2.1. המבוטח יחא 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.

- 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 חשבונו אל רופא ההסכם לפי כתובת שתימסר לו על ידי מוקד השירות.**
- להסרת ספק מובהר כי במקומות ישוב ביהודה ובשומרון, לא יינתן שירות אלא בישובים אלה.
- 3.9. עם תום הביקור יחתום המבוטח, על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי רופא ההסכם ביצע את הבדיקה התקופתית.
- 3.10. במקרה שהמבוטח יבקש לבטל את קריאתו לקבל שירותי הבדיקה התקופתית, יודיע על כך למוקד השירות לפחות 24 שעות מראש. לא הודיע המבוטח על ביטול קריאתו לפחות 24 שעות מראש, 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.

4. **ביטול כתב השירות**
- תוקף כתב שירות זה יפוג בקרות אחת המקרים שלהלן, 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.

5. **השתתפות עצמית**
- 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, תהא החברה רשאית להפסיק ליתן את השירותים למבוטח ו/או לבני משפחתו המבוטחים באותה פוליסת ביטוח.

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

1. **הגדרות**
- בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם.
- 1.1. **המבטח** - מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.
- 1.2. **המבוטח** - אשר שמו נקוב ברשימה, ואשר הפוליסה שבידו תקפה.
- 1.3. **פוליסת הביטוח** - פוליסת ביטוח שהוצאה ע"י המבוטח ואשר המבוטח על פיה זכאי לקבל את השירותים על פי כתב שירות זה.
- 1.4. **החברה** - חברה המפעילה רופאי שיניים, הקשורה בהסכם עם המבוטח למתן השירות הרפואי נשוא כתב שירות זה.
- 1.5. **רופא שיניים** - רופא שיניים שהוסמך ואושר ע"י השלטונות בישראל ובעל רשיון מטעם משרד הבריאות לעסוק ברפואת שיניים.
- 1.6. **מרפאת שיניים** - מרפאה בה הציוד והמכשור, שבהם ניתן לתת את כל השירותים של טיפול שיניים, הינם על פי תקני הציוד כפי שמקובלים במקצוע רפואת השיניים.

- לקבלת השירות הרפואי במרפאת השיניים הקרובה ביותר למקום הימצאו.
- 3.3. מבטוח 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 המבטוח על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי קיבל את השירות הרפואי במרפאת השיניים שבהסכם.
- 3.6. במקרה שהמבטוח יבקש לבטל את קריאתו לקבלת השירות הרפואי, יודיע על כך המבטוח למוקד השירות.
- 3.7. **על אף האמור בכתב שירות זה, החברה לא תהא מחויבת ליתן את השירות במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מחסור כללי ברופאים באזור הרלוונטי ו/או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש או שאין באפשרות החברה למונעו.**
- 3.8. במקרים המתוארים בסעיף 3.7 לעיל וכן במידה ונבצר ממוקד השירות לשלוח את המבטוח למרפאת שיניים שבהסכם הנמצאת במרחק סביר ממקום הימצאו של המבטוח, ובכפוף לאישור מוקד השירות, יהיה המבטוח זכאי לקבל את השירות הרפואי בתשלום אצל רופא שיניים פרטי או אצל כל גורם אחר. החברה תשפה את המבטוח 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 המבטוח סיים את התקשרותו עם החברה. במקרה דנן ימסור המבטוח הודעה על כך לכלל המבטוחים בכתב 90 יום מראש.

5. אחריות

- 5.1. מחויבותה של החברה כלפי המבטוח בטיפול בקריאה של מבטוח לקבלת השירות הרפואי תסתיים בהתרחש אחד משני האירועים שמפורטים להלן המוקדם מביניהם:
- 5.1.1. הפנית המבטוח 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 המבטוח 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 למבטוח ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות הרפואי נשוא כתב שירות זה.
- 5.2.2. הוצאות שהוציא המבטוח עבור טיפול החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.
- 5.2.3. בכפוף לאמור בסעיף 3.7 לעיל, הוצאות שהוציא המבטוח עבור טיפולים או שירותים על יד רופא שיניים אחר שאינו פועל במרפאת שיניים שבהסכם.

6. סמכות שיפוט

6. 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

- 2.1.1. השירות יינתן בשעות היום במרפאות השיניים שבהסכם עם החברה. רשימת המרפאות המעודכנת נמצאת במוקד השירות, וניתן לקבלה 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 לקבלה בשיחת חינו למספר הטלפון הרשום בסעיף 1.8 לעיל.
- 2.1.3. החברה תהיה רשאית לשנות את פריסת המרפאות לפי שיקול דעתה.
- 2.2. המבטוח יהא זכאי 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	שחרור פצעי לחץ קיימת
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 המבטוח 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 שהמבטוח יגיע למרפאה עד השעה 19:00 ובימי ו' וערבי חג בין השעות 08:00 עד 13:00 (ובתנאי שהמבטוח יגיע למרפאה עד שעה 12:00).
- 3.1.2. בין השעות 20:00 עד 08:00 למחרת, ובימי ו' ובערבי חג מהשעה 13:00 עד השעה 08:00 ביום א' או ביום הראשון שלאחר החג - ע"י רופא שיניים כונן אחד בכל אחת ממרפאות השיניים שבהסכם בערים באר שבע, חיפה, ירושלים ותל-אביב. **השירות הרפואי לא יינתן בערב יום כיפור מהשעה 14:00 וביום כיפור עד שעתיים לאחר תום הצום.**

- 3.2. נזקק המבטוח 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 המבטוח

בריאות מושלמת 2000

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

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 ביטול 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 במועד.
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" - בדרך 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 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.

פירוט הכיסויים המוחזרים בגין מצב רפואי קודם: כמצוין בדף הרשימה.

סייגים לחבות "מנורה מבטחים"

ראה פירוט החריגים בסעיף 5 בפרק התנאים הכלליים לביטוח, סעיף 7 בפרק א', סעיף 7 בפרק ב', סעיף 4 בפרק ג', סעיף 5 בפרק ד', סעיף 4 בפרק ה'.

הכיסויים בפוליסה

המבוטח זכאי לכיסויים הביטוחיים הבאים: כיסוי מורחב לניתוחים בישראל, ניתוחים פרטיים בחו"ל, התייעצויות עם רופאים מומחים, השתלות בארץ ובחו"ל, טיפולים מיוחדים בחו"ל, 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.

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 מבטוח בפוליסה זו כל עוד משולמים דמי הביטוח על ידי בעל הפוליסה, ללא מגבלת גיל. מבטוח בפוליסה זו יחד עם הורה, 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 מבטוח 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 ובעת קבלת השירותים הרפואיים: שירות רפואי בבית המבוטח, שירותי בדיקה תקופתית. לפירוט ההשתתפות העצמית, אנא ראה את פירוט הכיסויים.

שינוי הפרמיה ותנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח

באישור מראש של המפקח על הביטוח, אך לא לפני 1.6.2011, 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.

פירוט הכיסויים:

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
כיסוי מורחב לניתוחים בישראל שיפוי מלא לשכר 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", תשלם "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.	תחליפי	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
ניתוח במימון מלא של קופת החולים: בגין ניתוח אלקטיבי המופיע במחירון משרד הבריאות - 50% מהסך הנקוב במחירון. בגין ניתוח אלקטיבי שאינו מופיע במחירון - 800 ש"ח לכל יום אשפוז. בוצע הניתוח ללא אשפוז - 800 ש"ח. בגין ניתוח שאינו אלקטיבי, שבוצע לאחר יום אשפוז אחד לפחות - 800 ש"ח לכל יום אשפוז , החל מהיום השני לקבלת המבוטח לבית-החולים, עד לתקרה של 14 ימי אשפוז . ניתוח במימון חלקי של המבטחת: בגין ניתוח אלקטיבי המופיע במחירון משרד הבריאות - 25% מהסך הנקוב במחירון. בגין ניתוח אלקטיבי שאינו מופיע במחירון - 400 ש"ח לכל יום אשפוז. בוצע הניתוח ללא אשפוז - 400 ש"ח. בגין ניתוח שאינו אלקטיבי, שבוצע לאחר יום אשפוז אחד לפחות - 400 ש"ח לכל יום אשפוז , החל מהיום השני לקבלת המבוטח לבית-החולים, עד לתקרה של 14 ימי אשפוז .	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיצוז
פיצוי במקרה מוות כתוצאה מניתוח 85,000 ש"ח (בתוקף למבוטח שבעת ביצוע הניתוח מלאו לו 21 שנה).	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיצוז

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
ניתוחים פרטיים בחו"ל שיפוי מלא לשכר מנתח, שכר רופא מרדים, הוצאות אשפוז עד 30 ימי אשפוז, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, שתלים עד 40,000 ש"ח, אחות פרטית או פיזיותרפיסט פרטי 500 ש"ח ליום עד 8 ימים, אמבולנס. בנוסף יינתן כיסוי להתייעצות בחו"ל לצורך ביקורת עד גובה 3,200 ש"ח, אחת לשנת ביטוח ולהוצאות טיסה עד גובה 3,200 ש"ח, הוצאות הטסה במקרה שתקופת האשפוז עולה על 8 ימים, למבטוח ולמלווה אחד (אם המבטוח קטין – למבטוח ולשני מלווים), הוצאות הטסה רפואית עד 40,000 ש"ח, הוצאות שהיית מלווה החל מהיום השמיני לאשפוז ועד ליום ה-40 לאשפוז - 500 ש"ח ליום (אם המבטוח קטין – למבטוח ולשני מלווים), הוצאות שהייה של המבטוח לאחר ניתוח לפי צורך רפואי עד 5 ימי שהייה בחו"ל מיום השחרור מביה"ח – 500 ש"ח ליום, הוצאות הטסת גופה במקרה שהמבטוח נפטר חו"ח, הבאת מומחה מחו"ל עד 20,000 ש"ח. פיצוי במקרה מוות כתוצאה מניתוח 85,000 ש"ח (בתוקף למבטוח שבעת ביצוע הניתוח מלאו לו 21 שנה).	ההתייעצות בחו"ל לצורך ביקורת – 20%	שיפוי	השיפוי המלא מותנה באישור מראש של "מנורה מבטחים". בוצע במבטוח 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 המבטוח על פי הפוליסה.	מוסף	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
התייעצויות עם רופאים מומחים ההתייעצויות בארץ: 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.	ההתייעצות לפני ניתוח – 20% ההתייעצות שלא לפני ניתוח – 25%	שיפוי	-	תחליפי	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
התייעצויות בחו"ל: לפני ניתוח – התייעצות אחת בשנת ביטוח, החזר עד 3,200 ש"ח, וכן תשלום עד 3,200 ש"ח 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 קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
השתלוח בארץ ובחו"ל שיפוי מלא במרכזים רפואיים, הקשורים בהסכמים עם "מנורה מבטחים". שיפוי עד גובה 4,000,000 ש"ח במרכזים רפואיים אחרים. במקרה של השתלת איבר מלאכותי יינתן שיפוי עד 2,000,000 ש"ח. במקרה של השתלת איבר מן החי יינתן שיפוי עד 2,000,000 ש"ח. הכיסוי כולל הוצאות גלויות כמפורט בפוליסה. גמלת החלמה לאחר השתלה: 6,500 ש"ח למשך 24 חודשים (למבטוח עד גיל 18 – מחצית הסכום). לחילופין: פיצוי חד פעמי בסך 250,000 ש"ח, שישולם לאחר ביצוע ההשתלה בחו"ל. פיצוי במקרה מוות כתוצאה מהשתלה 85,000 ש"ח (בתוקף למבטוח שבעת ביצוע ההשתלה מלאו לו 21 שנה).	-	שיפוי	אישור רופא מומחה בדרגת מנהל/סגן מנהל מחלקה	משלים	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיצוז
	-	פיצוי	אישור רופא מומחה בדרגת מנהל/סגן מנהל מחלקה	מוסף	אין קיצוז
	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיצוז

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
טיפול מיוחדים בחו"ל עד 500,000 ש"ח, כולל הוצאות נלוות כמפורט בפוליסה.	-	שיפוי	אישור רופא מומחה בישראל בדרגת מנהל מחלקה/ סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש וכן אישור רופא מטעם "מנורה מבטחים"	תחליפי	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
פיצוי במקרה מוות כתוצאה מטיפול מיוחד 85,000 ש"ח (בתוקף למבוטח שבעת ביצוע הטיפול המיוחד מלאו לו 21 שנה).	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיצוז
פיצוי בגין אשפוז כתוצאה ממחלה או תאונה 500 ש"ח ליום, החל מהיום הרביעי לאשפוז ועד ארבעה ימי אשפוז סה"כ.	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיצוז
מענק חד-פעמי לפיצוי בגין הדבקות במחלת ה-AIDS פיצוי בגובה 450,000 ש"ח בהתאם לתנאי הפוליסה.	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיצוז
מענק חד-פעמי לפיצוי בגין הידבקות בהפטיטיס B או C פיצוי בגובה 60,000 ש"ח בהתאם לתנאי הפוליסה.	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיצוז
שירות רפואי בבית המבוטח ביקורי רופא במשך כל שעות היממה, בכל ימות השנה (למעט יום כיפור). לקבלת השירות חייג: 1 800 35 1100	25 ש"ח למבוטח	-	-	מוסף	אין קיצוז
שירותי בדיקה תקופתית אחת לשנה בבית המבוטח (למבוטחים מעל גיל 14). לקבלת השירות חייג: 1 800 35 1100	98 ש"ח למבוטח	-	-	מוסף	אין קיצוז
שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים טיפול עזרה ראשונה כמפורט בכתב שירות, 24 שעות ביממה ברשת מרפאות הסדר בפריסה ארצית לקבלת השירות חייג: 1 800 35 1100	-	-	-	מוסף	אין קיצוז

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.