

מענקית זהב ביטוח מחלות קשות נספח מס' 118

1. **מבוא**
מוצהר ומוסכם בזאת כי אם נרכשה פוליסה זו והדבר צויין בדף פרטי הביטוח, ובכפיפות לתנאים, להוראות ולחריגים המפורטים להלן ובהתאם להצהרות ולהודעות אותן מסר המבוטח לחברה הנוגעות לו, תפצה החברה את המבוטח בעת קרות מקרה הביטוח בסכום הביטוח כמפורט בדף פרטי הביטוח- הכל בהתאם להוראות פוליסה זו.
2. **הגדרות בפוליסה זו**
בפוליסה זו תהיה למונחים הבאים המשמעות המפורשת בצידם:
 - 2.1. **החברה:** הרצל חברה לביטוח בע"מ.
 - 2.2. **הפוליסה:** חוזה ביטוח זה, לרבות הצעת הביטוח, דף פרטי הביטוח וכל נספח או תוספת המצורפים לו.
 - 2.3. **בעל הפוליסה:** האדם או התאגיד, המתקשר עם החברה לצורך תשלום הפרמיה, ואשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח ובהצעה.
 - 2.4. **המבוטח:** אדם ששמו נקוב בדף פרטי הביטוח כ"מבוטח".
 - 2.5. **המוטב:** הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שניתנה על ידי המבוטח. אם לא ניתן הוראה כזו, ובמקרה פטירתו של המבוטח, יורשיו החוקיים של המבוטח.
 - 2.6. **הפרמיה:** דמי הביטוח שעל המבוטח לשלם לחברה, לפי תנאי הפוליסה, כמפורט בדף פרטי הביטוח.
 - 2.7. **הצעת הביטוח/הצעה:** טופס ההצעה המהווה בקשה להצטרף לביטוח על-פי פוליסה זו כשהוא מלא על כל פרטיו וחתום על ידי המבוטח או במקרה של מבוטח שהנו ילד קטין (מתחת לגיל 18), יהא חתום על ידי אב או אם של הילד ושהינו/ה האפוטרופוס הטבעי של הילד. ההצעה תכלול גם את הצהרת הבריאות שמולאה ונחתמה על ידי המבוטח וכן את הוראת הקבע הבנקאית ו/או הוראה
- 2.8. **מקרה הביטוח:** מערכת עובדות ונסיבות המתוארות בפוליסה אשר בהתקיימה קמה למבוטח זכות לקבלת תגמולי ביטוח על פי הפוליסה.
- 2.9. **סכום הביטוח:** סכום הנקוב בדף פרטי הביטוח ובכל פרק מפרקי הפוליסה ובהתאם לאמור בסעיף 5 להלן.
- 2.10. **תאריך תחילת הביטוח:** התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כ"תאריך תחילת הביטוח".
- 2.11. **תקופת הביטוח:** מתאריך תחילת הביטוח ועד לקרות אחד האירועים המפורטים בסעיף 10 להלן. יובהר כי תקופת הביטוח עבור הכיסוי הכלול בפרק ג', תחל בגיל 75 בכפוף להוראות סעיף 10 להלן.
- 2.12. **גיל המבוטח:** גיל המבוטח הנו נקבע לפי יום הולדתו הקרוב ביותר לתאריך התחלת הביטוח, זה שקדם לו או הבא אחרי או כפי שנקבע בדף פרטי הביטוח אם נקבע אחרת.
- 2.13. **מדד המחירים לצרכן:** משמעו 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 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 בינו לבין המדד המוחלף. (להלן המדד).
- 2.14. **דף פרטי הביטוח:** דף המצורף לפוליסת הביטוח ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.

2.15. תקופת אכשרה: תקופת זמן רצופה הרשומה בדף פרטי הביטוח, המתחילה לגבי כל מבטוח, בתאריך תחילת הביטוח או ביום קרות מקרה ביטוח ראשון, לפי העניין (לרבות "תקופת אכשרה מיוחדת" כמוגדר בפרק א' סעיף 4.3.2 להלן), ואשר החברה לא תהא אחראית למקרה ביטוח שארע ו/או התגלה במהלכה.

תקופת האכשרה תחול מחדש כל פעם בה יצטרף המבטוח לביטוח. מודגש, כי מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה, למעט מקרה עקב תאונה, דינו כמקרה ביטוח שארע ו/או התגלה לפני תחילת הביטוח והחברה לא תהא אחראית לתשלום תגמולי ביטוח כלשהם בגינו על פי פוליסה זאת.

2.16. תאונה: חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח. **למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא יחשבו כ"תאונה".**

2.17. חוק הביטוח: חוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981

ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבטוח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית. לא שלחה החברה תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבטוח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת החברה בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות בחברה לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, היתה החברה מודיעה למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

3.3. מבטוח בפוליסה זו שהגיע לגיל 18, ימשיך להיות מבטוח במסגרת פוליסה זו, ללא כל צורך בהצהרת בריאות או בבדיקות רפואיות, יהא מצבו הרפואי אשר יהא. המבטוח הנ"ל יגרע מהפוליסה בתנאי שהוא ביקש בכתב מהחברה לגורעו מהפוליסה.

3. תוקף הפוליסה וחבות החברה

3.1. חבותה של החברה נקבעת אך ורק על פי תוכנה של הפוליסה והנספחים אשר צורפו אליה והוראות החוק.

3.2. כניסתה של פוליסה זו לתוקף מותנית בתשלום פרמיה ראשונה בפועל. תנאי זה לא יחול אם התקבל על ידי המבטוח אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו את פרמיית הביטוח.

אם שולמו לחברה דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת החברה לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת החברה לעריכת הביטוח. במקרה זה תשלח החברה בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח,

4. חובת הגילוי

(א) הציג המבטוח למבטוח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטוח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן - ענין מהותי), על המבטוח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.

(ב) שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם היתה סבירה בעת כריתת החוזה.

(ג) הסתרה בכוונת מרמה מצד המבטוח של ענין שהוא ידע כי הוא ענין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

4.1	ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא היתה מלאה וכנה, רשאית החברה, תוך שלושים ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח.	5	סכום הביטוח
4.2	ביטלה החברה את הפוליסה מכוח סעיף זה, זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות החברה, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.		5.1 סכום הביטוח המירבי שעל החברה לשלם למבוטח טרם הגיעו לגיל 65 יהיה כמפורט בדף פרטי הביטוח. 5.2 בהגיע המבוטח לגיל 65, יוקטן סכום הביטוח מידי שנה בשיעור של 5% מסכום הביטוח המקורי.
4.3	קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח סעיף זה, אין החברה חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והחברה פטורה כליל בכל אחת מאלה:	6	תשלום הפרמיות
4.3.1	התשובה ניתנה בכוונת מרמה.	6.1	הפרמיה הראשונה תקבע על פי גיל, מין והרגלי עישון של המבוטח בתאריך תחילת הביטוח בכפוף למצבו הרפואי ותפורט בדף פרטי הביטוח.
4.3.2	מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה זה זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח בניכוי הוצאות החברה.	6.2	שולמו תגמולי ביטוח על פי פוליסה וטרם פג תוקפה של פוליסה זו כמפורט בסעיף 10 להלן, ימשיך המבוטח לשלם בגין התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח את אותה הפרמיה אשר היה עליו לשלם כפי המפורט בדף פרטי הביטוח לו לא קרה מקרה הביטוח. כל התנאים החלים על הפרמיה על פי פוליסה זו יחולו גם על פרמיה זו בהתאם.
4.4	המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא היתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:	6.3	לא שולמה הפרמיה במועד הקבוע בפוליסה אזי:
4.4.1	הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה.	6.3.1	תהא החברה זכאית לבטל את הפוליסה בהתאם להוראות חוק הביטוח.
4.4.2	העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.	6.3.2	לא שולמה פרמיה כלשהי, או חלק ממנה במועדה, יתווספו לסכום שבפיגור - כחלק בלתי נפרד ממנו - הפרשי הצמדה וריבית על-פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א 1961 מהמועד שנקבע לתשלום הפרמיות ועד לפירעון בפועל של הפרמיות אצל החברה.
7	שינוי הפרמיות	7.1	הפרמיות ישתנו כל חמש שנים ממועד ההצטרפות של המבוטח לביטוח וזאת עד להגיעו של המבוטח לגיל 65. בגיל 65 (גם אם טרם חלפו חמש שנים ממועד שינוי הפרמיות האחרון) ישנו

הפרמיות וממועד זה יהיו קבועים, הכל בהתאם לגובה הפרמיה המיוחס לגיל 65 בטבלת הפרמיות המצורפת לפוליסה זו.

7.2. החברה תהא זכאית החל מיום 1.1.2017 לשנות את הפרמיות לכלל המבוטחים על פי ביטוח זה. שינוי זה יהיה תקף בתנאי שהמפקח על הביטוח אישר את השינוי והוא יכנס לתוקף 60 יום לאחר שהודיעה החברה בכתב למבוטח על כך.

7.3. שינוי הפרמיות כאמור בסעיפים 7.1-7.2 לעיל יהיה לכלל המבוטחים ולא יתחשב בשינוי שחל במצב בריאותו של המבוטח (אם חל שינוי כנ"ל) בתקופה שקדמה לשינוי כאמור.

8. חריגים והגבלות לחבות החברה
החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח על פי כל אחד מפרקי הפוליסה בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל תביעה הקשורה במישרין או בעקיפין ו/או הנובעת מ:

8.1. טיסה בכלי טיס כלשהו, פרט לטיסה כנוסע בכלי טיס אזרחי בעל תעודת כשירות להובלת נוסעים.

8.2. השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, צבאית משטרתית, במהפכה, במרד, בפרעות, במהומות ובמעשה חבלה.

8.3. השתתפות המבוטח בפעולה אלימה המוגדרת כפשע.

8.4. שכרות כרונית או שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.

8.5. פציעה עצמית מכוונת או נסיון להתאבדות בין שהמבוטח שפוי ובין אם לאו.

8.6. אגרוף, היאבקות וכל סוגי קרב מגע למיניהם, סקי שלג, דאיה, צניחה, סנפלינג, טיפוס מצוקים, צלילה, קניונינג, פארקור, מרוץ מכוניות, מרוץ אופנועים, אופנוע ים, אופנוע שלג, רחיפה, או גלישה אירית.

8.7. תוצאה ישירה או עקיפה של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כולל מצבים שהם מוטציות או וריאציות למחלת האיידס ו/או תסמונת דומה למעט במקרה של מחלת הסרטן כמוגדר בסעיף 1.3.1 בפרק א' להלן. למען הסר ספק, יובהר כי כאמור בתת סעיף 4 לסעיף 1.3.1 בפרק א', מקרה הביטוח אינו מכסה מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה - AIDS.

8.8. פגיעה בנשק לא קונבנציונאלי (כגון אטומי, כימי, ביולוגי) או מטילים בליסטיים קונבנציונאליים.

8.9. פעילות חבלה, מעשה איבה או טרור מכל סוג שהוא, בין שבוצעו ע"י חברים בארגון כלשהו העויין את המדינה ובין אם לאו.
לצורך סעיף זה - טרור משמעו שימוש באלימות לצרכים פוליטיים שמטרתו להפחיד את הציבור או כל חלק ממנו. רק אישור של משטרת ישראל או משרד הביטחון קובע אם הפעולה הינה פעולת טרור.

8.10. מותו של המבוטח תוך 14 יום מיום קרות מקרה הביטוח, למעט אם מקרה הביטוח הינו השתלת אברים כמוגדר בסעיף 1.1.4 לפרק ראשון.

8.11. מקרה ביטוח שארע לפני מועד תחילת תקופת הביטוח, או לאחר תום תקופת הביטוח.

8.12. מקרה הביטוח אירע בתקופת האכשרה המוגדרת בכל אחד מפרקי הביטוח.

8.13. מקרה הביטוח נובע ממום מולד, לרבות מחלות תורשתיות אשר אובחנו אצל המבוטח קודם כניסתו לביטוח, בכפוף לאמור בסעיף 8.14.

8.14. מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג, דהיינו - 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. חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

א. פחות מ - 65 שנים: החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

ב. 65 שנים או יותר: החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סייגה במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

9. התביעה ותשלומה

החברה תשלם למבוטח או למוטב את תגמולי הביטוח על פי פוליסה זאת אם:

9.1. המבוטח מסר לחברה מוקדם ככל האפשר הודעה בכתב והוכחות לשביעות רצונה של החברה על קרות מקרה הביטוח, וכן מסר לחברה את המסמכים הדרושים לשם בירור התביעה.

9.2. המבוטח ימסור לחברה כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר לחברה כל מידע רפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח לצורך בירור התביעה.

9.3. החברה תהא זכאית בכל עת לבדוק באופן סביר בכל דרך הנראית לה את מצבו הרפואי של המבוטח, לאחר שהוגשה התביעה.

9.4. המבוטח יהא חייב להציג לחברה כל מסמך או מידע בענין מצבו הרפואי של המבוטח, וכן לעזור לחברה להשיג כל מסמך או מידע שאינם ברשותה.

9.5. החברה תנכה מהתשלומים את כל החובות המגיעים לה מהמבוטח בגין פוליסה זו בכפוף להוראות הדין.

9.6.

אירע מקרה הביטוח ונפטר המבוטח בטרם שולמו תגמולי הביטוח, בתנאי מפורש שהמוות אירע כעבור 14 יום מיום קרות מקרה הביטוח (תנאי זה לא יחול לגבי מקרה ביטוח שהינו השתלת איברים כמוגדר בסעיף 1.1.4 לפרק א'), תשלם החברה את תגמולי הביטוח למוטב והחברה תהא פטורה לחלוטין מכל חבות נוספת על פי פוליסה זאת כלפי כל מוטב אחר ו/או עזבון המבוטח ו/או צד שלישי כלשהו.

10. ביטול הביטוח

10.1. המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הביטוח בהודעה בכתב לחברה והביטול ייכנס לתוקפו תוך 3 ימים עם קבלת ההודעה אצל החברה.

10.2. החברה זכאית לבטל את הביטוח אם לא שולמו הפרמיות במועדן כאמור בסעיף 6.3 לעיל או בהתאם לזכויות הביטול האחרות המוקנות לה על פי דין.

10.4. הכיסוי הביטוחי על פי פוליסה זו יבוטל ו/או ייפוג בכל אחד מהמקרים הבאים, על פי המוקדם מביניהם:

1. מות המבוטח.
2. עם תשלום סכום הביטוח בגין מקרה ביטוח ראשון כמוגדר בסעיף 4.1 לפרק א' בגין מקרה ביטוח המופיע בקבוצה ראשונה כמפורט בסעיף 1.1 כמפורט בפרק א'.
3. עם תשלום סכום ביטוח בגין מקרה ביטוח שני כמוגדר בסעיף 4.3 לפרק א'.
4. עם תשלום סכום ביטוח בגין מקרה שני של מחלת הסרטן כהגדרתו בסעיף 2 לפרק ב'.
5. בהגיע המבוטח לגיל 75.
6. על פי בקשת המבוטח בכתב.
7. עקב אי תשלום פרמיות במועדן בכפוף לסעיף 6.3 לעיל או בהתאם לזכויות הביטול האחרות המוקנות לה על פי דין.

11. תנאי ההצמדה

פרק א' מחלות קשות

פרק זה כולל כיסוי ביטוחי למחלות קשות או אירועים חמורים.

1.

מקרה הביטוח - התחייבות החברה

החברה תשלם למבוטח או למוטב, לפי הענין, את סכום הביטוח הקבוע בדף פרטי הביטוח, בכפוף להגדרות, לתנאים ולסייגים שלהלן, בקרות אחד המקרים המפורטים בקבוצות שלהלן:

1.1. קבוצה ראשונה

1.1.1. אי ספיקת כליות סופנית -

(END STAGE RENAL FAILURE)

חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך של שתי הכליות המחייב חיבור קבוע להימודיאליזה או לדיאליזה תוך - צפקית (פריטונאלית) או לצורך בהשתלת כלייה.

1.1.2. אי ספיקת כבד פולמיננטית -

(FULMINANT HEPATIC FAILURE)

אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי הכבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות והמאופיינות על ידי כל הסימנים הבאים:

1. הקטנה חדה של נפח הכבד.
2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה.
3. ירידה חדה בבדיקות דם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו- 7
4. צהבת, מעמיקה.

1.1.3. מחלת כבד סופנית (שחמת) -

(TERMINAL LIVER DISEASE)
(CIRRHOSIS)

מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:
1. צהבת.
2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות.

11.1. סכומי הביטוח הקובעים, הפרמיות וגובה ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על-פי תנאי הפוליסה על ידי החברה ו/או על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח הכל לפי העניין, הינם צמודים למדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל.

11.2. חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל על ידי החברה לגבי סכום הביטוח בקרות מקרה ביטוח, או על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח לגבי תשלום הפרמיות, לבין המדד ביום תחילת הביטוח המופיע בדף פרטי הביטוח.

12. תשלומים נוספים

בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייב לשלם לחברה את הפרמיות ואת המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על הפוליסה, או המוטלים על הפרמיות, על סכומי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה חייבת לשלם לפי הפוליסה, בין אם המיסים ו/או ההיטלים קיימים ביום עריכת הפוליסה ובין אם יוטלו במועד שלאחר מכן.

13. התיישנות

תקופת ההתיישנות של התביעה על פי פוליסה זו, היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

14. שינוי כתובת

על המבוטח ו/או בעל הפוליסה להודיע לחברה על כל שינוי כתובת במכתב רשום. הודעה שתשלח על ידי החברה לכתובת האחרונה הידועה של המבוטח תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.

15. שונות

15.1. מתן הקלות או אורכה לא ייחשב כשינוי בתנאי הפוליסה או כויתור של החברה על זכויותיה על פיה.

15.2. כל שינוי בפוליסה אם יתבקש, ייכנס לתוקפו רק לאחר שיאושר על ידי החברה בכתב.

3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית.

4. אנצפלופתיה כבדית.

5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט, הגדלת טחול מאושרת על ידי בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי או היפרספליניזם.

1.1.4 השתלת אברים -

(ORGAN TRANSPLANTATION)

לב, ריאה, לב-ריאות, کلیה, לבלב, כבד, מוח עצמות.

קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תיפקודו של אותו איבר.

1.1.5 טרשת נפוצה -

(MULTIPLE SCLEROSIS)

דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

1.1.6 עמילואידוזיס ראשונית -

(PRIMARY AMYLOIDOSIS)

מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, کلیה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.

1.1.7 תרדמת (COMA)

מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.

1.1.8 ניוון שרירים מסוג ALS

(AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS)

עדות לפגיעה משולבת בנוירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה מפושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

1.1.9 פגיעה מוחית מתאונה -

(BRAIN DAMAGE BY ACCIDENT)

פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה ע"י רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מח. לדוגמא: גלזקו קומה 5 או פחות (GLAZGOW COMA SCALE).

1.1.10 דלקת מוח

(ENCEPHALITIS)

דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 2013-1-5

**הכיסוי אינו כולל דלקת מוח
הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או
הרפס.**

**1.1.11. דלקת חידקית של קרום המוח
(BACTERIAL MENINGITIS)**

דלקת קרום המוח, בה בודד
חיידק כמחולל מחלה דלקתית
בקרום המוח או בחוט השדרה
אשר לדעת נירולוג מומחה,
יותר נזק חמור קבוע ובלתי
הפיך ואשר בעקבותיה המבוטח
אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי
וללא עזרת הזולת, לפחות
שלוש מתוך שש הפעולות
הבאות:

לקום ולשכב, להתלבש
ולהתפשט, להתרחץ, לאכול
ולשתות, לשלוט על סוגרים,
ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח
על הביטוח 2013-1-5
מצבים אלה חייבים להיות
מתועדים רפואית לפחות
למשך 3 חודשים.

**הכיסוי אינו כולל דלקת קרום
המוח הקשורה לזיהום בנגיפי
HIV או הרפס.**

**1.1.12. מחלת ריאות חסימתית כרונית
(CHRONIC OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASE)**

מחלת ריאות סופנית המאופיינת
באופן קבוע, על ידי שני
הקריטריונים הבאים:

1. נפח FEV1 של פחות מ-1
ליטר או מתחת ל-30%
מהצפוי לפי מין וגובה ו/או
הפחתה קבועה בנפח
הנשימה לדקה (MVV)
מתחת ל-50% או פחות מ-
35 ליטר לדקה או המצריכה
טיפול בחמצן או סיוע
נשימתי תומך.

2. הפחתה קבועה בלחץ
החמצן העורקי מתחת ל-55
ממ"כ ועליה בלחץ העורקי
של דו תחמוצת הפחמן מעל
50 ממ"כ.

**1.1.13. יתר לחץ דם ריאתי ראשוני -
(PRIMARY PULMONARY
HYPERTENSION)**

עליה בלחץ הדם של עורקי
הריאה הנגרמת על ידי עליה
בלחץ בנימיות הריאה, עליה
בנפח הדם הריאתי או עליה
בתנגודת בכלי הדם הריאתיים.
האבחנה חייבת לכלול הוכחה
בצנתור לב של לחץ ריאתי
סיסטולי מעל 30 ממ"כ או לחץ
ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20
ממ"כ, היפרטרופיה של חדר
ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת
לב ימנית.

**1.1.14. פרקינסון
(Parkinson's Disease)**

האבחנה מתבטאת בתופעות
של רעד, נוקשות איברים, חוסר
יציבה ותגובות איטיות שאינן
מוסברות ע"י סיבה פתולוגית
אחרת, ואשר אובחנו ע"י נירולוג
מומחה, כמחלת פרקינסון.
המחלה צריכה להתבטא בחוסר
יכולת לבצע באופן עצמאי וללא
עזרת הזולת, לפחות שלוש
מתוך שש הפעולות הבאות:
לקום ולשכב, להתלבש
ולהתפשט, להתרחץ, לאכול
ולשתות, לשלוט על סוגרים,
ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח
על הביטוח 2013-1-5

1.1.15. מצב רפואי חמור ובלתי הפיך
מצב רפואי אשר על פי חוות
דעת רפואית שניתנה בעוד
המבוטח בחיים, על ידי רופא
מומחה ו/או הוכחה סבירה
אחרת ושהנן להנחת דעתו
הסבירה של רופא החברה,
המבוטח הנו במצב רפואי
מתקדם ובלתי הפיך, אשר
כתוצאה ישירה ממנו, אין סיכוי
סביר שהמבוטח יחיה יותר
מ- 12 חודשים.

**1.1.16. סכרת נעורים (לילד עד
גיל 18) - Insulin-Dependent
Diabetes Mellitus (IDDM)
פגיעה כרונית במטבוליזם של**

פחמימות, שומנים וחלבונים כתוצאה מחסר מלא באינסולין, המתפתחת **ומתגלה עד גיל 18**, ובתנאי שמצריך טיפול קבוע באינסולין עקב חוסר תפקוד מלא של הבלבל. האבחנה תתבצע על ידי מומחה לאינדוקריןולוגיה המתמחה בילדים **ובתנאי שנמשכת לפחות 6 חודשים**.

1.2 קבוצה שניה

1.2.1 אוטם חריף בשריר הלב -

(ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION)
נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיות ע"י הקרטריונים הבאים:

1.2.1.1 בדיקה ביוכימית, המציינת עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר.
או בכל דרך אחרת של בדיקה שמבוצעת בבתי החולים עבור כלל החולים, אשר תחליף בעתיד את הבדיקה הביוכימית האמורה.
בנוסף -

1.2.1.2 בנוסף לבדיקה הביוכימית כאמור בסעיף 1.2.1.1 לעיל, האבחנה חייבת להיות ע"י קיום של אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

למען הסר ספק, מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.

1.2.2 ניתוח מעקפי לב (CABG)

ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.

למען הסר ספק, מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.

1.2.3 ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב-

(OPEN HEART SURGERY FOR VALVE REPLACEMENT OR REPAIR)

ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

1.2.4 ניתוח אבי העורקים (AORTA)

ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן או ביצוע צינתור במקרה של מפרצת באבי העורקים בגודל 5 ס"מ או יותר.

1.2.5 קרדיומיופטיה

(CARDIOMYOPATHY)

מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.

1.2.6 שבץ מוחי (CVA)

כל ארוע מוחי (צרביוסקולרי), המתבטא בהפרעות ניורולוגיות או חוסר ניורולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק ניורולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי ניורולוג מומחה. **כל זאת להוציא TIA.**

1.3 קבוצה שלישית

1.3.1 סרטן (CANCER)

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.

מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

מקרה הביטוח אינו כולל:

1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של CARCINOMA IN SITU כולל דיספלזיה של צוואר הרחם, CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.

2. מלנומה ממאירה בעובי פחות מ- 0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות).

3. מחלות עור מסוג:

3.1. Hyperkeratosis ו - Basal Cell Carcinoma.

3.2. מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.

4. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפוש' בנוכחות מחלת ה - AIDS.

5. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל- TNM Classification T2 No Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל- 6 (כולל).

6. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ $10,000 \text{ B cell} / \text{ul}$ ובלבד lymphocytes שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי.

7. סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה.

8. פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית.

9. גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי.

10. T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל - T CELL LY

1.3.2. אנמיה אפלסטית חמורה -

(SEVERE APLASTIC ANEMIA)

כשל של מח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

1. עירוי מוצרי דם.

2. מתן חומרים/תרופות

המעודדים צמיחת מוח עצם.

3. מתן חומרים/תרופות

המדכאים את המערכת

החיסונית (אימונו-)

סופרסיביים).

4. השתלת מוח עצם.

1.3.3. גידול שפיר של המוח/יותרת

המוח /קרומי המוח-

(BENIGN BRAIN TUMOR)

תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר ע"י בדיקת MRI או CT.

הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרונולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים והמטומות.

1.4. קבוצה רביעית

1.4.1. שיתוק (פרפלגיה)

קוודריפלגיה) -

(PARALYSIS)

איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה, (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).

1.4.2. פוליו (שיתוק ילדים) - 4. הזכות לקבלת סכום ביטוח

(POLIOMYELITIS)

שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.

1.4.3. איבוד גפיים

(LOSS OF LIMBS)

איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.

1.4.4. עיוורון (BLINDNESS)

איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע ע"י רופא עיניים מומחה.

1.4.5. כוויות קשות

(SEVERE BURNS)

כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

1.4.6. אובדן דיבור -

(LOSS OF SPEECH)

איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.

1.4.7. חירשות (DEAFNESS)

אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.

2. סכום הביטוח

סכום הביטוח על פי פרק זה הינו כמוגדר בדף פרטי הביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.

3. תקופת אכשרה

תקופת אכשרה למקרה ביטוח ראשון בפרק זה הינה בת 90 יום.

4.1. תשלום מקרה ביטוח ראשון

גילוי אחת המחלות הקשות או קיום אירוע רפואי חמור המופיע באחת מהקבוצות לעיל, המוגדר והמהווה מקרה ביטוח, אשר אירע לראשונה בתוך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה (להלן - מקרה ביטוח ראשון), ייזכה את המבוטח או המוטב, לפי עניין, בסכום הביטוח המפורט בדף פרטי הביטוח ובכפוף לאמור בתנאים הכלליים ובהתקיים כל התנאים המפורטים להלן:

4.1.1. קיימת אבחנה חד-משמעית של רופא מומחה אשר אושרה על ידי החברה על קרות מקרה הביטוח ואבחנה זאת נתמכת בהוכחות רפואיות כנדרש בהגדרת מקרה הביטוח.

4.1.2. המבוטח חי תקופה העולה על 14 יום לאחר קרות מקרה הביטוח. (סעיף זה לא יחול על מקרה ביטוח המוגדר בסעיף 1.1.4 לעיל).

4.2. תוקף הביטוח לאחר תשלום מקרה ביטוח ראשון

4.2.1. אם ארע מקרה הביטוח הראשון בגין מחלה או אירוע רפואי הכלול בקבוצה הראשונה, אזי עם תשלום סכום הביטוח, ייפוג תוקפה של הפוליסה והמבוטח לא יהיה זכאי עוד לכל כיסוי שהוא במסגרתה.

4.2.2. אם ארע מקרה הביטוח הראשון בגין מחלה או אירוע רפואי הכלול בקבוצות המפורטות בסעיפים 1.2, 1.3, 1.4, ימשיך הכיסוי למבוטח על פי פרק זה במסגרת קבוצה אחרת (למעט קבוצה ראשונה) גם לאחר תשלום תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון והמבוטח ימשיך לשלם את אותה הפרמיה אשר היה עליו לשלם כפי המפורט בדף פרטי הביטוח לו לא קרה מקרה הביטוח. יובהר כי המבוטח יהיה

זכאי לכיסוי בגין מקרה ביטוח שני על פי התנאים המפורטים להלן.

4.3 תנאים מיוחדים לתשלום מקרה ביטוח שני

4.3.1 סכום הביטוח
סכום הביטוח למקרה ביטוח שני יהיה סכום הביטוח הקבוע בדף פרטי הביטוח.

4.3.2 תקופת אכשרה מיוחדת
למקרה ביטוח שני תהיה תקופת אכשרה מיוחדת של 365 יום שתחל ביום קרות מקרה הביטוח הראשון.

4.3.3 מקרה ביטוח שני והתשלום בגינו

בקרות גילוי אחת המחלות הקשות או קיום אירוע רפואי חמור המופיע באחת מהקבוצות לעיל, בגינו זכאי המבוטח לכיסוי בהתאם להוראות סעיף 4.2.2 לעיל, המוגדר והמהווה מקרה ביטוח אשר ארע בתום תקופת האכשרה המיוחדת (להלן - מקרה ביטוח שני) יהא זכאי לתגמולי ביטוח למקרה ביטוח שני אם ימולאו כל התנאים הבאים במצטבר:

4.3.3.1 המבוטח לא קיבל תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח המכוסה על פי הקבוצה הראשונה.

4.3.3.2 המבוטח לא קיבל תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח מאותה הקבוצה בגינה נדרש תשלום מקרה ביטוח שני כאמור בסעיף 4.2.2 לעיל.

4.3.3.3 המבוטח חי תקופה העולה על 14 יום לאחר קרות מקרה הביטוח השני.

4.3.3.4 מקרה הביטוח השני ארע לאחר תקופת האכשרה המיוחדת.

5.

סיום הביטוח
אחריות החברה תסתיים על פי פוליסה זו עם תשלום סכום הביטוח על פי המקרים המפורטים בסעיף 10.4 לעיל.

פרק ב' כיסויים נוספים למחלת הסרטן

בנוסף לאמור בפרק א' לעיל החברה תשלם למבוטח או למוטב, לפי הענין, אחוז מסכום הביטוח הקבוע בדף פרטי הביטוח, בכפוף להגדרות, לתנאים ולסייגים שלהלן, בקרות מקרי הביטוח המפורטים להלן:

1. הרחבת תשלום למקרי סרטן נוספים על פי רשימה בגובה 15% מסכום הביטוח

בעת גילוי אחד ממקרי הסרטן המפורטים להלן, אשר אירע לראשונה בתוך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה, יקבל המבוטח או המוטב, לפי עניין, 15% מסכום הביטוח המפורט בדף פרטי הביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פרק א' בגין מחלת הסרטן כמוגדר בסעיף 1.3.1 בפרק א'. יובהר כי הסכום שישולם בגין סעיף זה יופחת מסכום הביטוח המפורט בדף פרטי הביטוח בגין מקרה ביטוח של מחלת הסרטן כמוגדר בסעיף 1.3.1 בפרק א' ואינו בנוסף אליו. קרי סך סכום הביטוח לו יהיה זכאי המבוטח בגין מקרה ביטוח של מחלת הסרטן כהגדרתה בסעיף 1.3.1 לפרק א' לעיל ומקרה ביטוח לפי סעיף זה ביחד, לא יעלה על 100% מסכום הביטוח הנקוב בדף פרטי הביטוח על פי פרק א'. להלן מקרי הסרטן על פי סעיף זה אשר אחד מהם בלבד יזכה ב 15% מסכום הביטוח פעם אחת בלבד במהלך תקופת הביטוח:

נוכחות גידול של תאים ממאירים במקרים להלן:

1.1 גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של סרטן שד CARCINOMA IN SITU או

1.2 ביצוע ניתוח לטיפול בסרטן הערמונית - גידול ממאיר בערמונית אשר אובחן היסטולוגית ככזה (גם אם אינו על פי ההגדרה בתת סעיף 5 לסעיף 1.3.1 בפרק א' לעיל) ואשר בעקבותיו ביצע המבוטח ניתוח שהינו נדרש רפואית לצורך טיפול בסרטן הערמונית. בסעיף זה ניתוח לצורך טיפול הנו פעולה פולשנית - חדירתית

2.5. בדיקות ההדמיה שביצע המבוטח במהלך 5 שנים ובתום 5 שנים הנן תקינות וללא מימצא על הישנות המחלה ו/או מחלת סרטן כלשהי ו/או ממצאים המצריכים בירור נוסף.	(Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה אצל המבוטח. במסגרת זו לא יראו כניתוח פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר/הקרנות לצורך אבחון, לרבות ביופסיה. למען הסר ספק יובהר כי לא יינתן כיסוי בגין גידול שפיר של הערמונית.
3. הזכות לקבלת סכום ביטוח	2. תשלום נוסף של 25% מסכום הביטוח למקרה שני לאחר 5 שנים של מחלת הסרטן
3.1. גילוי אחת המחלות כאמור בסעיפים 1 ו- 2 בפרק זה, המוגדר והמהווה מקרה ביטוח, אשר אירע בתוך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה, ייזכה את המבוטח או המוטב, לפי עניין, בסכום הביטוח כמפורט לעיל ובהתקיים כל התנאים המפורטים להלן:	מבוטח שקיבל מתוקף פוליסה זו סכום ביטוח בגין מקרה ביטוח של מחלת הסרטן כהגדרתה בסעיף 1.3.1 בפרק א' לעיל (להלן מקרה סרטן ראשון) יהיה זכאי לקבל סכום ביטוח מופחת נוסף בגובה 25% מסכום הביטוח שקיבל בגין מקרה סרטן ראשון, בהתקיים כל התנאים הבאים במצטבר:
3.1.1. קיימת אבחנה חד-משמעית של רופא מומחה אשר אושרה על ידי החברה על קרות מקרה הביטוח ואבחנה זאת נתמכת בהוכחות רפואיות כנדרש בהגדרת מקרה הביטוח.	2.1. גילוי של מחלת סרטן כהגדרתה בסעיף 1.3.1 בפרק א' לעיל, ושהנה מקרה ביטוח ראשון כהגדרתו בפרק א' לעיל.
3.1.2. המבוטח חי תקופה העולה על 14 יום לאחר קרות מקרה הביטוח.	2.2. גילוי של מחלת סרטן, פעם נוספת או סוג אחר של סרטן, כהגדרתה בסעיף 1.1.3 בפרק א' לעיל, בתקופת הביטוח (להלן מקרה שני של מחלת הסרטן).
4. תקופת אכשרה תקופת אכשרה למקרה ביטוח כמוגדר בסעיף 1 בפרק זה הינה בת 90 יום.	2.3. חלפו לפחות 5 שנים מהמועד האחרון בו נעלמו סימני מקרה הסרטן הראשון שבגינו שולמו תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו, ו/או החוזר ו/או החדש.
5. סיום הביטוח אחריות החברה תסתיים על פי פוליסה זו עם תשלום סכום הביטוח על פי המקרים המפורטים בסעיף 10.3 לעיל. למען הסר ספק יובהר כי תשלום בגין מקרה שני של מחלת הסרטן כמוגדר בפרק זה לעיל, יינתן רק במקרה של תשלום סכום ביטוח בגין מקרה ביטוח של מחלת הסרטן כהגדרתה בסעיף 1.3.1 בפרק א', שארעה כמקרה ביטוח ראשון.	2.4. על פי חוות דעת רופא מומחה, חלפו לפחות 5 שנים מהמועד האחרון בו נדרש המבוטח לבצע טיפול רפואי למחלת סרטן כלשהי (למעט טיפול מונע).

מענקית זהב - מחלות קשות
פרמיה ברוטו חודשית ל-10,000 ₪ סכום ביטוח

גיל	גבר לא מעשן	גבר מעשן	אשה לא מעשנת	אשה מעשנת
42	7.59	13.20	7.27	9.46
43	8.55	15.38	7.86	10.61
44	9.63	17.22	8.85	11.78
45	10.88	19.28	9.98	12.98
46	12.22	20.73	10.79	14.13
47	13.68	22.73	12.15	15.23
48	15.23	25.27	13.10	16.66
49	16.93	27.98	14.67	18.64
50	18.74	30.83	16.42	20.80
51	20.68	33.98	16.94	23.11
52	22.79	37.37	18.13	25.55
53	25.07	41.09	19.38	29.48
54	27.52	43.42	20.70	31.02
55	30.43	48.60	22.14	34.09
56	32.81	50.32	23.70	34.28
57	35.32	56.23	25.45	36.12
58	38.40	62.24	27.50	37.93
59	42.51	70.08	29.84	40.19
60	46.24	78.88	32.12	42.63
61	49.34	87.69	34.36	45.44
62	52.23	96.38	36.52	48.85
63	54.96	104.63	38.62	52.63
64	57.63	112.01	40.71	56.91
65	60.54	120.08	42.90	61.53

מענקית זהב - מחלות קשות
פרמיה ברוטו חודשית ל-10,000 ₪ סכום ביטוח

גיל	גבר לא מעשן	גבר מעשן	אשה לא מעשנת	אשה מעשנת
1-17	0.83	0.83	0.83	0.83
18	1.50	1.60	1.31	1.29
19	1.54	1.64	1.34	1.37
20	1.59	1.72	1.41	1.45
21	1.63	1.82	1.51	1.59
22	1.69	1.92	1.60	1.72
23	1.74	2.00	1.73	1.87
24	1.81	2.09	1.86	2.05
25	1.88	2.13	2.02	2.26
26	1.98	2.29	2.20	2.52
27	2.10	2.44	2.38	2.73
28	2.14	2.63	2.43	2.73
29	2.30	2.88	2.46	2.78
30	2.44	3.16	2.53	2.86
31	2.55	3.51	2.63	3.11
32	2.81	3.80	2.76	3.62
33	2.96	4.14	2.93	4.06
34	3.24	4.58	3.13	4.48
35	3.45	5.08	3.41	4.92
36	3.82	5.67	3.71	5.13
37	4.25	6.34	4.12	5.57
38	4.78	7.23	4.57	6.11
39	5.37	8.54	5.12	6.80
40	6.01	10.00	5.74	7.68
41	6.74	11.61	6.47	8.71

תוכנית מענקית זהב (עפ"י תקנות גילוי נאות)

נושא כללי	סעיף	תנאים
	שם התוכנית/הפוליסה הכיסויים בפוליסה	מענקית זהב - ביטוח מחלות קשות פרק א': תשלום סכום הביטוח, בכפוף לתנאי הפוליסה, בקרות אחד המקרים המפורטים בקבוצות שלהלן, ובתנאי שהמבוטח לא נפטר תוך 14 יום מיום קרות מקרה הביטוח: קבוצה 1: אי ספיקת כליות סופנית, אי ספיקת כבד פולמינגטית, מחלת כבד סופנית(שחמת), השתלת אברים, טרשת נפוצה, עמילואידוזיס ראשונית, תרדמת, ניוון שרירים מסוג ALS, פגיעה מוחית מתאונה, דלקת מוח, דלקת חיידיקית של קרום המוח, מחלקת ריאות חסימתית כרונית, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, פרקינסון, מצב רפואי חמור ובלתי הפיך, סכרת נעורים עד גיל 18. קבוצה 2: אוטם חריף בשריר הלב, ניתוח מעקפי לב, ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, קרדיומיופטיה, שבץ מוחי. קבוצה 3: סרטן, אנמיה אפלסטית חמורה, גידול שפיר של המוח/יתרת המוח/קרומי המוח. קבוצה 4: שיתוק, פוליו (שיתוק ילדים), איבוד גפיים, עיוורון, כוויות קשות, אובדן דיבור, חירשות. אם ארע מקרה הביטוח הראשון בגין מחלה הכלולה בקבוצה 1 אזי יבוטל הביטוח. אם לא היה כלול בקבוצה 1, יימשך הביטוח למקרה ביטוח שני בתנאים המיוחדים הנקובים בתנאי הפוליסה לתשלום בגין מקרה ביטוח שני. פרק ב': כיסויים נוספים למחלת הסרטן - הרחבת התשלום למחלת הסרטן גם לסרטן שד מקומי או ביצוע ניתוח לטיפול בסרטן הערמונית (15% מסכום הביטוח ויופחת מסכום הביטוח למחלת הסרטן בגין פרק א'), תשלום נוסף של 25% מסכום הביטוח למקרה שני לאחר 5 שנים של מחלת הסרטן.
	משך תקופת הביטוח	מתאריך תחילת הביטוח ועד לקרות כל אחד מהמקרים הבאים, המוקדם מביניהם: 1. מות המבוטח. 2. עם תשלום סכום הביטוח בגין מקרה ביטוח ראשון כמוגדר בסעיף 4.1 לפרק א' בגין מקרה ביטוח המופיע בקבוצה ראשונה כמפורט בסעיף 1.1. 3. עם תשלום סכום ביטוח בגין מקרה ביטוח שני כמוגדר בסעיף 4.3 לפרק א'. 4. עם תשלום סכום ביטוח בגין מקרה שני של מחלת הסרטן כהגדרתו בסעיף 2 לפרק ב'. 5. בהגיע המבוטח לגיל 75 6. על פי בקשת המבוטח בכתב. 7. עקב אי תשלום פרמיות במועדן בכפוף לסעיף 6.3 לעיל או בהתאם לזכויות הביטול האחרות המוקנות לה על פי דין.
	תקופת אכשרה	למקרה ביטוח ראשון - 90 יום. למקרה ביטוח שני - 365 יום מיום קרות מקרה הביטוח הראשון. למקרה סרטן כאמור סעיף 1 לפרק ב' - 90 יום. במקרה של תאונה לא תחול תקופת אכשרה.
	תקופת המתנה	כן, למחלות הבאות, כגון: טרשת נפוצה - 2 חודשים, תרדמת - 96 שעות, ניוון שרירים מסוג ALS - 3 חודשים, דלקת מוח - 3 חודשים, דלקת חיידיקית של קרום המוח - 3 חודשים, סכרת נעורים - 6 חודשים. שבץ מוחי - 8 שבועות, אובדן דיבור - 6 חודשים.
	השתתפות עצמית	אין
שינוי התנאים	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	בכפוף לאישור המפקח על הביטוח, החברה זכאית לשנות את הפרמיה החל מהמועד הנקוב בתנאי הפוליסה. השינויים ייכנסו לתוקפם 60 יום לאחר הודעת החברה בכתב למבוטח.
פרמיה	גובה ומבנה הפרמיה	הפרמיה משתנה כל 5 שנים, מגיל 65 (גם אם טרם חלפו 5 שנים ממועד שינוי הפרמיה האחרון) עד גיל 75 הפרמיה תהיה קבועה. רצ"ב טבלת הפרמיות.

נושא	סעיף	תנאים
סכום הביטוח	סכום הביטוח	סכום הביטוח שעל החברה לשלם למבוטח בטרם הגיעו לגיל 65, יהיה כמפורט בדף פרטי הביטוח. במקרה של תביעה למקרה ביטוח שני, ישולם למבוטח 100% מסכום הביטוח בכפוף לתנאים המיוחדים בפוליסה. בהגיע המבוטח לגיל 65, יוקטן סכום הביטוח מידי שנה בשיעור של 5% מסכום הביטוח המקורי. בהגיע המבוטח לגיל 75 לא יחול שינוי נוסף בסכום הביטוח כאמור לעיל. סכום הביטוח לפרק ב' סעיף 1 - 15% מסכום הביטוח ולא יותר מ 100% בגין מחלת הסרטן. סעיף 2 - 25% מסכום הביטוח.
	שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	בכפוף לאישור המפקח על הביטוח, החברה זכאית לשנות את הפרמיה החל מהמועד הנקוב בתנאי הפוליסה. השינויים ייכנסו לתוקפם 60 יום לאחר הודעת החברה בכתב למבוטח.
תנאי ביטול	תנאי ביטול התכנית ע"י המבוטח	בהודעה בכתב לחברה בכל עת (ביטול כל המבוטחים הרשומים בדף פרטי הביטוח).
	תנאי ביטול התכנית ע"י החברה	1. אם המבוטח ו/או בעל הפוליסה אינו/ם משלם/ים או לא שילמו את הפרמיה כסדרה (על פי חוק הביטוח). 2. אם העלים המבוטח מהחברה עובדה מהותית, שידעתה היתה גורמת לחברה שלא לקבלו לביטוח (על פי חוק חוזה הביטוח 1981). 3. בתנאים הנקובים לתקופת הביטוח לעיל ובכפוף לסעיף 10.3 לתנאים הפוליסה.
חריגים	החרגה בגין מצב רפואי קודם	קיים בפרק החריגים - סעיף 8. ובנוסף, אם וכאשר הדבר צוין בדף פרטי הביטוח.
	סייגים לחבות החברה	פרק החריגים - הגבלות לאחריות החברה, סעיף 8 בתנאי הפוליסה וכן על פי הסייגים המפורטים ברשימת המחלות.
	פירוט המחלות הקשות	פרק א': תשלום סכום הביטוח, בכפוף לתנאי הפוליסה, בקרות אחד המקרים המפורטים בקבוצות שלהלן, ובתנאי שהמבוטח לא נפטר תוך 14 יום מיום קרות מקרה הביטוח: קבוצה 1: אי ספיקת כליות סופנית, אי ספיקת כבד פולמינגטית, מחלת כבד סופנית(שחמת), השתלת אברים, טרשת נפוצה, עמילואידוזיס ראשונית, תרדמת, ניוון שרירים מסוג ALS, פגיעה מוחית מתאונה, דלקת מוח, דלקת חידקית של קרום המוח, מחלקת ריאות חסימתית כרונית, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, פרקינסון, מצב רפואי חמור ובלתי הפיך, סכרת נעורים עד גיל 18. קבוצה 2: אוטם חריף בשריר הלב, ניתוח מעקפי לב, ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, קרדיומיופטיה, שבץ מוחי. קבוצה 3: סרטן, אנמיה אפלסטית חמורה, גידול שפיר של המוח/יותרת המוח/קרומי המוח. קבוצה 4: שיתוק, פוליו (שיתוק ילדים), איבוד גפיים, עיוורון, כוויות קשות, אובדן דיבור, חירשות. אם ארע מקרה הביטוח הראשון בגין מחלה הכלולה בקבוצה 1 אזי יבוטל הביטוח. אם לא היה כלול בקבוצה 1, יימשך הביטוח למקרה ביטוח שני בתנאים המיוחדים הנקובים בתנאי הפוליסה לתשלום בגין מקרה ביטוח שני. פרק ב': כיסויים נוספים למחלת הסרטן - הרחבת התשלום למחלת הסרטן גם לסרטן שד מקומי או ביצוע ניתוח לטיפול בסרטן הערמונית (15% מסכום הביטוח ויפחת מסכום הביטוח למחלת הסרטן בגין פרק א'), תשלום נוסף של 25% מסכום הביטוח למקרה שני לאחר 5 שנים של מחלת הסרטן.
	מגבלה לגבי פטירה לאחר מועד גילוי המחלה	החברה לא תהא חייבת בתשלום סכום הביטוח אם המבוטח נפטר תוך 14 יום מקרות מקרה הביטוח, למעט אם מקרה הביטוח הנו השתלת אברים.

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים שבפוליסת הביטוח