

מענקית זהב
ביטוח מחלות קשות
נספח מספר 455

- | | | |
|------|---|---|
| 1. | מבוא | תמורת תשלום דמי ביטוח, כמפורט בדף פרטי הביטוח, ובכפופות לתנאים, להוראות לסייגים ולחריגים המפורטים להלן ובהתאם להצהרות המבוטח, החברה תפצה את המבוטח בקרות מקרה הביטוח - הכל בהתאם למחויבויות החברה על-פי הוראות הפוליסה, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי הנקוב בדף פרטי הביטוח ו/או בכל נספח או סעיף בהם נקבע שיעור כזה. |
| 2. | הגדרות בפוליסה זו | בפוליסה זו תהיה למונחים הבאים המשמעות המפורשת בצידם: |
| 2.1 | החברה ו/או המבטח: הראל חברה לביטוח בע"מ. | |
| 2.2 | הפוליסה: חוזה ביטוח זה, לרבות הצעת הביטוח, דף פרטי הביטוח וכל נספח או תוספת המצורפים לו. | |
| 2.3 | המשלם: האדם או התאגיד, המתקשר עם החברה על-פי פוליסה זו לצורך תשלום הפרמיה, ואשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח ובהצעה. | |
| 2.4 | המבוטח: אדם ששמו נקוב בדף פרטי הביטוח כ"מבוטח". | |
| 2.5 | המוטב: הגורם אשר זכאי לקבל את תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח על-פי קביעת המבוטח. המבוטח הוא גם המוטב אם לא נקבע מוטב זולתו. במקרה של פטירת המוטב, תהא הזכות לקבלת תגמולי הביטוח לירשיו החוקיים של המוטב. | |
| 2.6 | הפרמיה/דמי הביטוח: הסכום בגין פוליסה זו שעל המשלם ו/או על המבוטח לשלם לחברה, על-פי 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 על ידי אפוטרופוס חוקי. ההצעה תכלול גם את הצהרת הבריאות ושמואלא ונחתמה על ידי המבוטח או על ידי אפוטרופוס חוקי. | |
| 2.8 | מקרה הביטוח: מערכת עובדות ונסיבות המתוארות בכל אחד מפרקי הפוליסה, אשר בהתקיימה קמה למוטב זכות לקבלת תגמולי ביטוח על-פי הפוליסה ובלבד שהמבוטח לא נפטר במהלך 14 ימים ממועד קרות מקרה הביטוח (למעט במקרה של השתלת האיברים כמוגדר בסעיף 1.1.4 לפרק א'). | |
| 2.9 | סכום הביטוח: הסכום המרבי לתגמולי ביטוח בקרות מקרה ביטוח כמפורט בכל פרק מפרקי הפוליסה ו/או כפי שנקוב בדף פרטי הביטוח ובכפוף לאמור בסעיף 5 להלן. במקרה של סתירה ו/או אי-בהירות בין סכום הביטוח הנקוב בפוליסה לבין הסכום הנקוב בדף פרטי הביטוח, סכום הביטוח הקובע יהא על-פי הנקוב בדף פרטי הביטוח ובכפוף לאמור בסעיף 5 להלן. | |
| 2.10 | תאריך תחילת הביטוח: התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כ"תאריך תחילת הביטוח". | |
| 2.11 | תקופת הביטוח: כמפורט בסעיף 10 ובסעיף 11 להלן. | |
| 2.12 | גיל המבוטח: גיל המבוטח 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/מדד: מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד שמפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוויד לשירות בריאות. | |
| 2.14 | דף פרטי הביטוח: דף המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל, בין היתר, פרטים אישיים של המבוטח ואת התנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח. | |

לסעיף 40 לחוק הפיקוח, רק כנלווים לתכנית בסיס.

3. תוקף הפוליסה

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

שולמו לחברה כספים על חשבון 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, ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על-פיה המבטח 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 המבטח 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.

4. חובת הגילוי

(א) הציג המבטח למבטח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לירות את החוזה בכלל או לירותו בתנאים שבו (להלן - ענין מהותי), על המבטח 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 המבטח של ענין שהוא ידע כי הוא ענין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

למבטח. במקרה של סתירה בין תנאי הפוליסה לבין התנאים המפורטים בדף פרטי הביטוח, יגברו התנאים בדף פרטי הביטוח.

2.15. תקופת אכשרה: תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבטח מתאריך תחילת הביטוח או ביום קרות מקרה ביטוח ראשון, לפי העניין (לרבות "תקופת אכשרה מיוחדת" כמוגדר בפרק א' סעיף 4.3.2 להלן) ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל נספח שצורף לפוליסה, אשר בה המבטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה ואשר בה החברה לא תהא אחראית למקרה ביטוח שארע ו/או התגלה במהלכה, אף אם נמשך לאחר מכן. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבטח לביטוח מחדש בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מודגש, כי מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה (למעט מקרה ביטוח עקב תאונה), דינו כמקרה ביטוח שארע ו/או התגלה לפני תחילת הביטוח, והחברה לא תהא אחראית לתשלום תגמולי ביטוח כלשהם בגינו על-פי פוליסה זו.

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

2.18. תכנית בסיס: תכנית ביטוח שמבטח רשאי להנהיג בהתאם לסעיף 40 לחוק הפיקוח כתכנית בפני עצמה (ללא תלות ברכישת תכנית אחרת).

2.19. תכנית נוספת: תכנית ביטוח או כתב שירות שמבטח רשאי להנהיג בהתאם

לתרופות האמורות לעיל, לאחר שעברו שלוש שנים מכירתת החוזה, זולת אם המבוטח פעל בכוונת מרמה.

סכום הביטוח

5.1. סכום הביטוח המרבי שעל החברה לשלם למבוטח אשר טרם הגיע לגיל 65 במועד קרות מקרה הביטוח, יהיה כמפורט בדף פרטי הביטוח.

5.2. סכום הביטוח המרבי שעל החברה לשלם בקרות מקרה הביטוח למבוטח אשר גילו 65 ומעלה במועד קרות מקרה הביטוח, יוקטן מידי שנה החל מגיל 65 ואילך ועד תום התקופה (כולל בתקופות ביטוח רצופות) בה ביטוח זה הנו בתוקף, בשיעור של 5% לשנה מסכום הביטוח שהיה בתוקף לפני הגיעו של המבוטח לגיל 65.

5.3. ברות ביטוח: המבוטח יהיה זכאי לרכוש תוספת של עד 10% לסכום הביטוח שבתוקף (ולא יותר מהסכום המרבי הניתן לרכישה בחברה בתכנית זו), ללא הצהרת בריאות חדשה, על-פי המחיר הנהוג בחברה באותה עת, ובתנאי שלא קרה לו מקרה הביטוח על-פי כל אחד מפרקי הפוליסה במועד הבקשה לרכישת התוספת כאמור, וזאת אך ורק בכל אחד מהמועדים שלהלן:

5.3.1. תוך 60 יום מהמועד בו הגיע המבוטח לגיל 45.

5.3.2. תוך 60 יום מהמועד בו הגיע המבוטח לגיל 55.

תשלום הפרמיות

6.1. הפרמיה הראשונה תקבע על-פי גיל, מין והרגלי עישון של המבוטח בתאריך תחילת הביטוח בכפוף לתנאי החיתום של המבוטח ותפורט בדף פרטי הביטוח.

6.2. שולמו תגמולי ביטוח על-פי פוליסה וטרם פג תוקפה של פוליסה זו כמפורט בסעיפים 10 - 11 להלן, ימשיך המבוטח לשלם בגין התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח את אותה הפרמיה לו לא קרה מקרה הביטוח.

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.

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.

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:

4.3.1. התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

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.

4.4. המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא היתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

4.4.1. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה.

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.

4.4.3. במידה שמדובר בתגמולי ביטוח מסוג פיצוי המבטח, אינו זכאי

8.2. מקרה ביטוח שארע עקב השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, משטרתית, במהפכה, במרד, בפרעות, במהומות ובמעשה חבלה, או מקרה ביטוח במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי לרבות תרגילים/אימונים צבאיים או טרום צבאיים מכל סוג שהוא, צבא קבע או שירות במילואים או צבא סדיר.

8.3. השתתפות המבוטח בפעולה אלימה המוגדרת כפשע.

8.4. אלוהולזים, שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.

8.5. התאבדות או ניסיון לכך, פגיעה עצמית.

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. מקרה ביטוח שנגרם עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה בנשק לא קונבנציונאלי (כגון אטומי, כימי, ביולוגי) או מטילים בליסטיים קונבנציונאליים.

8.8. 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.

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

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

6.3. במקרה שבו לא שולמה הפרמיה במועד הקבוע בפוליסה:

6.3.1. תהא החברה זכאית לבטל את הפוליסה בהתאם להוראות חוק הביטוח.

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/דמי הביטוח והתנאים

7.1. דמי הביטוח על-פי פוליסה זו יקבעו בהתאם לגיל של המבוטח, במועד הצטרפותו לביטוח. וכן בהתאם למינו ולהרגלי העישון שלו. דמי הביטוח 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 דמי הביטוח האחרון) ישונו דמי הביטוח וממועד זה יהיו דמי הביטוח קבועים, הכל בהתאם לסכום המיוחס לגיל 65 בטבלת דמי הביטוח המצורפת לפוליסה זו ובכפוף לסעיף 10 להלן.

7.2. החברה תהא זכאית לשנות את טבלת הפרמיות וכפועל יוצא מכך את דמי הביטוח הנגבים ושיגבו מן המבוטח ואת התנאים של פוליסה זו, לכלל המבוטחים בפוליסה זו, במועדי החידוש ובהתאם להוראות סעיף 11 להלן ו/או באישור המפקח על הביטוח.

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 אחד מהמקרים הבאים ו/או שנגרם במישרין ו/או בעקיפין כתוצאה מהמקרים הבאים:

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

9.3. החברה תהא זכאית בכל עת לבדוק באופן סביר בכל דרך הנראית לה את מצבו הרפואי של המבוטח, לאחר שהוגשה תביעה. ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ועל חשבון המבוטח. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולות של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.

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

10. ביטול הביטוח

10.1. המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הביטוח בהודעה לחברה או כמפורט בסעיף 10.4 להלן.

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.

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

10.3.1. מות המבוטח.

10.3.2. 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'.

10.3.3. עם תשלום סכום ביטוח בגין מקרה ביטוח שני כמוגדר בסעיף 4.3 לפרק א'.

10.3.4. עם תשלום סכום ביטוח בגין מקרה שני של מחלת הסרטן כהגדרתו בסעיף 2 לפרק ב'.

10.3.5. בתאריך הלידה בו הגיע המבוטח לגיל 75.

10.3.6. על-פי בקשת המבוטח על-פי המפורט בסעיף 11 וסעיף 10.4 להלן.

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

8.12. 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 התקיימו כל אלה:

9.1. המבוטח מסר לחברה מוקדם ככל האפשר הודעה והוכחות לשביעות רצונה של החברה על קרות מקרה הביטוח, וכן מסר לחברה את המסמכים הדרושים לשם בירור התביעה. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

9.2. המבוטח חתם על 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 ברשותם והנוגע למבוטח לצורך בירור התביעה.

ע"י המבוטח, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס כאמור.

11. תקופת ביטוח וחידוש תקופת הביטוח

11.1. תקופת הביטוח בפוליסה הינה 24 חודשים.

11.2. אחת לשנתיים, בראשון לחודש יוני החל מיום 1 ביוני 2018 (להלן - **מועד החידוש**), הפוליסה תחודש מאליה (ללא צורך בקבלת הסכמת המבוטח) לכלל המבוטחים בה לתקופה של שנתיים נוספות, בין אם באותם תנאים או בין אם בתנאים שונים, ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה נוספת (להלן - **רצף ביטוחי**).

11.3. על אף האמור בסעיף 11.1 לעיל, ככל שמשך תקופת הביטוח ממועד צירופו לראשונה של המבוטח לביטוח ועד למועד החידוש הראשון שלאחר תאריך תחילת הביטוח של אותו המבוטח, קצר משנתיים - תהיה תקופת הביטוח של אותו מבוטח החל ממועד צירופו לראשונה לביטוח ועד למועד החידוש הקרוב של הפוליסה לכלל המבוטחים.

11.4. נדרש המבטח לבצע שינויים בתנאים בפוליסה במועד החידוש, והמבטח אינו ממשיך לשווק פוליסה זו למבוטחים חדשים, רשאי הוא במועד החידוש שלא לבצע את השינויים, ולחדש לכלל המבוטחים הקיימים בפוליסה את הפוליסה באותם תנאים שהיו בה ערב החידוש. יובהר כי במקרה זה לא יוכל המבטח לשווק פוליסה זו למבוטחים חדשים עד לביצוע השינויים האמורים אשר יחולו על כלל המבוטחים.

11.5. על אף האמור בסעיף 11.2 לעיל, לא תחודש מאליה פוליסה כאמור באותו סעיף לעיל, ו/או חלקים ממנה, לפי העניין במקרים הבאים:

11.5.1. בכתב שירות - אם נקבעו בו הוראות מפורשות לעניין אי חידוש כתב השירות על ידי המבטח;

10.3.7. עקב אי תשלום פרמיות במועדן בכפוף לסעיף 6.3 לעיל או בהתאם לזכויות הביטול האחרות המוקנות לה על-פי דין.

10.3.8. במקרים הנקובים בסעיף 11 ובסעיף 10.4 להלן.

10.4. הבהרות נוספות לביטול הביטוח:

10.4.1. במקרה של אי קבלת הסכמה מפורשת של המבוטח לחידוש הביטוח עד למועד החידוש כאמור בסעיף 11.6 להלן, ובתנאי שלא התקיימו תנאי סעיף 11.7, לא יחודש הכיסוי הביטוחי לפי תכנית ביטוח לגביה נדרשה הסכמה מפורשת כאמור לתקופה נוספת ויסתיים הביטוח על-פיה.

10.4.2. יובהר, כי ככל שהתכנית לגביה נדרשת הסכמתו המפורשת של המבוטח הינה תכנית בסיס (כהגדרתה לעיל) ולא ניתנה ע"י המבוטח הסכמה כאמור, תבוטל תכנית הבסיס וכל התכניות הנוספות (כהגדרתן לעיל) הנלוות לה, למעט אם הן יכולות לשמש כתכניות נלוות לתכנית בסיס אחרת אשר נרכשה ע"י המבוטח במסגרת הפוליסה.

10.4.3. במקרה של ביטול כיסוי ע"פ תכנית ביטוח, לא תבוטל הנחה בתכנית אחרת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן למבוטח בשל כך שרכש מספר תכניות בסיס ושהמפקח לא התנגד לו.

10.4.4. על אף האמור בסעיף 10.1 לעיל, הותר למבטח שיווק של תכנית נוספת מסוימת רק יחד עם תכנית בסיס מסוימת, ובוטלה ע"י המבוטח אותה תכנית בסיס תבוטל גם התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עמה.

10.4.5. על אף האמור בסעיף 10.1 לעיל, בוטלו כל תכניות הבסיס

בתקופה של 120 ימים שקדמו למועד החידוש באופן מפורש את השינויים בתנאי הביטוח ודמי הביטוח שיחולו במועד החידוש הקרוב, והמבוטח נתן את הסכמתו להם טרם ההצטרפות;

11.7.3. אם המפקח קבע מראש ובכתב כי לא נדרש לקבל את הסכמת המבוטח לגבי שינוי מסוים שערך המבטח בתכנית.

11.8. במקרה שבו חודשה הפוליסה שלא על-פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיפים 11.2 ו- 11.7 לעיל, המבוטח רשאי להודיע למבטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הפוליסה, על ביטול הפוליסה והפוליסה תבוטל לגביו במועד חידוש הביטוח ויושבו למבוטח דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו, ככל שנגבו, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

12. תנאי ההצמדה

12.1. כל הסכומים הנקובים בפוליסה זו, לרבות סכומי הביטוח הקובעים, הפרמיות וגובה ההשתתפות העצמית (אם קיימת), שיש לשלם על-פי תנאי הפוליסה על ידי החברה ו/או המבוטח לפי העניין, הינם צמודים למדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל.

12.2. חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל על ידי החברה או על ידי המבוטח, לבין המדד הידוע בראשון לחודש במועד תחילת הביטוח כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.

13. מסים והיטלים

המשלם או המבוטח או המוטב, לפי העניין, חייב לשלם לחברה את הפרמיות ואת המיסים הממשלתיים והאחרים (הקיימים במועד עריכת הפוליסה או שיטולו במועד לאחר מכן), החלים על הפוליסה, או המוטלים על הפרמיות, או על סכומי הביטוח.

11.5.2. בפוליסה לביטוח מפני מחלות קשות, בה נקבע גיל ביטוח מרבי - אם המבוטח הגיע לגיל הביטוח המרבי שנקבע או אם המבוטח מיצה את כל תגמולי הביטוח שהוא זכאי להם על-פי הפוליסה;

11.5.3. פוליסה ששווקה על-פי תכנית שהמפקח אישר לגביה מראש ובכתב כי פוליסות לפיה לא יחודשו מאליהן.

11.6. על אף האמור בסעיף 11.2 לעיל, לא תחודש מאליה פוליסה ללא קבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח לחידוש, אם חלה עלייה בדמי הביטוח החודשיים בתקופת הביטוח הבאה, של יותר מ- 10 ש"ח או יותר מ- 20% מדמי הביטוח, לפי הגבוה מבניהם, ביחס לדמי הביטוח החודשיים ששילם המבוטח ערב חידוש הפוליסה. יובהר, כי במקרה של חידוש פוליסה שנעשתה לפי מספר תכניות ביטוח בחבילה, תיבחן גם עליית דמי הביטוח ביחס לכל תכנית בחבילה.

לעניין זה -

"הסכמתו המפורשת של מבוטח" - לגבי ילד עד גיל 21 של מבוטח באותה תכנית או בן זוגו של מבוטח כאמור, ההסכמה המפורשת יכולה להיות של המבוטח עבור ילדו עד גיל 21 או עבור בן זוגו; "עליה בדמי הביטוח" - לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאת דמי הביטוח ולמעט שינוי הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או בשל מעבר בין קבוצות גיל או בשל סיום הנחה שניתנה לתקופה קצובה, כפי שפורטו בדף פרטי הביטוח.

11.7. על אף האמור בסעיף 11.6 לעיל, לא נדרשת הסכמתו המפורשת של מבוטח בטרם חידוש פוליסה מאליה כאמור בסעיף 11.2 לעיל, במקרים המפורטים להלן -

11.7.1. אם המבוטח הגיש במהלך תקופת הביטוח, הנוכחית או זו שקדמה לה, תביעה למימוש זכויות לפי תנאי הפוליסה;

11.7.2. אם המבטח פירט למבוטח שהצטרף לראשונה לתכנית

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 I - 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.
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 היפרספלינזם.

1.1.4. השתלת אברים - (ORGAN TRANSPLANTATION)
לב, ריאה, לב-ריאות, کلیה, לבלב, כבד, מוח עצמות, מעי
קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר ובטרם ביצוע ההשתלה בפועל או לאחר ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר, ובתנאי שההשתלה בוצעה בהתאם לחוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008 וכן בתנאי שנטילת האיבר והשתלת האיבר נעשתה על-פי הדין החל באותה מדינה בה בוצע ההשתלה וכי מתקיימות הוראות החוק לעניין סחר באיברים.

14. התיישנות

תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על-פי פוליסה זו, היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח. אם עילת התביעה הנה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת התיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

15. שינוי כתובת

על המבוטח ו/או המשלם להודיע לחברה על כל שינוי כתובת של המבוטח. הודעה שתשלח על ידי החברה לכתובת האחרונה של המבוטח הידועה לה, תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.

פרק א' מחלות קשות

פרק זה כולל כיסוי ביטוחי למחלות קשות או אירועים חמורים.

1. מקרה הביטוח והתחייבות 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 להימודיאלזה 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:

העורקי של דו תחמוצת
הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.

1.1.9. 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 מ"מ"כ או לחץ
ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20
מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר
ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת
לב ימנית.

1.1.10. מצב רפואי חמור ובלתי הפיך -

המבוטח הנו במצב רפואי חמור
ובלתי הפיך וזאת לאחר
שנתקבלה חוות דעתו של
הרופא המטפל שהנו רופא
מומחה, בעוד המבוטח בחיים,
כי מוצו הטיפולים הרפואיים
המקובלים בישראל, בארה"ב או
באירופה, לטיפול להארכת
החיים במצב הרפואי של
המבוטח.

1.1.11. סוכרת 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 הבלב.
האבחנה תתבצע על ידי מומחה
לאינדוקרינולוגיה המתמחה
בילדים ובתנאי שנמשכת
לפחות 6 חודשים.

1.1.12. תשישות נפש (DEMENTIA) -

פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית
של המבוטח וירידה ביכולתו
האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי
בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון

1.1.5. 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.

1.1.6. 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.

1.1.7. 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

(GLASGOW COMA SCALE).

1.1.8. 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 מ"מ"כ ועליה בלחץ

לטווח ארוך או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על-פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. **מצבים אלו חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות 3 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 להיתמך ע"י הקריטריונים 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 בסטייה מהערך התקין על-פי אמות מידה רפואיות המקובלות להגדרת אוטם, זאת בהתייחס לערכי המעבדה הבודקת, 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 להיתמך על ידי 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 (צרברוסקולרי), 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

7. סרטן תירואיד שבו לא

הוסרה כל הבלוטה;

8. גידולים במעי או בכיס

השתן שאינם מחייבים

פעולה רפואית מעבר

לכריתה מקומית ו/או

צריבה מקומית ו/או מעבר

לטיפול שטיפה 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.

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

כטרוממאירים.

2. מלנומה ממאירה בעובי

פחות מ - 0.75 מ"מ, עם

פחות ממיטוזה אחת

לממ'ר וללא אולצרציות

(התכייבויות);

3. מחלות עור מסוג:

Hyperkeratosis 3.1

Basal Cell

;Carcinoma

3.2 מחלות עור מסוג

Squamous Cell

Carcinoma

אלא אם

כן התפשטו לאיברים

אחרים.

4. מחלות סרטניות מסוג

סרקומה ע"ש קפוזי

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

ul/10,000 B cell

lymphocytes ובלבד

שהמבוטח לא מקבל

טיפול תרופתי;

חוש השמיעה בשתי האוזניים, על-פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה שתוצאתה ירידה של מעל 90 DB בכל התדרים.

1.4.8. טרשת נפוצה -

(MULTIPLE SCLEROSIS)

דמיליניזציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיליניזציה (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.

1.4.9. ניוון שרירים -

(MUSCULAR DYSTROPHY)

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.

1.4.10. דלקת מוח - (ENCEPHALITIS)

דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותרו 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

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) -

(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 (קרי בבדיקת חדות ראייה מרבית בשתי העיניים של 3/60 או פחות מזה), 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

פרטי הביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.

על הביטוח 2013-1-5
**הכיסוי אינו כולל דלקת מוח
הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או
הרפס.**

**1.4.11. דלקת חיידקית של קרום המוח
(BACTERIAL MENINGITIS) -**

דלקת קרום המוח, בה בודד
חיידק כמחולל מחלה דלקתית
בקרום המוח או בחוט השדרה
אשר לדעת נוירולוג מומחה,
יותירו 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.**

1.4.12. 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 נוירולוג
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

2. סכום הביטוח

סכום הביטוח על-פי פרק זה הינו כמוגדר בדף

3. תקופת אכשרה

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

4. הזכות לקבלת סכום ביטוח

4.1. מקרה ביטוח ראשון

קרות מקרה ביטוח, אשר אירע לראשונה
בתקופה בה הביטוח בתוקף 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 העל קרות 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, 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 (למעט
קבוצה ראשונה), ימשיך הכיסוי
למבוטח על-פי פרק זה
במסגרת קבוצה אחרת גם
לאחר תשלום תגמולי הביטוח
בגין מקרה הביטוח הראשון
והמבוטח ימשיך לשלם את
אותה הפרמיה אשר היה עליו
לשלם כפי המפורט בדף פרטי
הביטוח. יובהר כי המבוטח יהיה

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 המפורטים להלן בגובה 15% מסכום הביטוח

בקרות אחד ממקרי הסרטן המפורטים להלן, אשר אירע לראשונה בתקופה בה הביטוח בתוקף 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 התקופה (כולל בתקופות ביטוח רצופות) בה ביטוח זה הנו בתוקף:

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 (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה אצל המבוטח. במסגרת זו לא יראו כניתוח פעולות פולשניות-חודרניות, כולל

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

4.3. תנאים 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 180 יום שתחל ביום קרות מקרה הביטוח הראשון.

4.3.3. מקרה ביטוח שני והתשלום בגינו

בקרות מקרה ביטוח בגינו זכאי המבוטח לכיסוי בהתאם להוראות סעיף 4.2.2 לעיל, אשר ארע בתום תקופת האכשרה המיוחדת (להלן - מקרה ביטוח שני) יהא זכאי לתגמולי ביטוח למקרה ביטוח שני בהתקיים 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 10.3 לעיל.

מימצא על הישנות המחלה ו/או מחלת סרטן כלשהי ו/או ממצאים המצריכים בירור נוסף.

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.

הזכות לקבלת סכום ביטוח

3.1. קרות מקרה סרטן אמור בסעיפים 1 ו-2 בפרק זה, אשר אירע בתוך התקופה (כולל בתקופות ביטוח רצופות) בה ביטוח זה בתוקף ולאחר תקופת האכשרה, ייזכה את המבוטח או המוטב, לפי עניין, בסכום הביטוח כמפורט לעיל ובהתקיים כל התנאים המפורטים להלן:

3.1.1. קיימת אבחנה חד-משמעית של רופא מומחה על קרות מקרה הביטוח.

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

תקופת אכשרה

תקופת אכשרה למקרה ביטוח כמוגדר בסעיף 1 בפרק זה הינה בת 90 יום.

סיום הביטוח

אחריות החברה תסתיים על-פי פוליסה זו עם תשלום סכום הביטוח על-פי המקרים המפורטים בסעיף 10.3 לעיל.

פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר/הקרנות לצורך אבחון, לרבות ביופסיה. למען הסר ספק יובהר כי לא יינתן כיסוי בגין גידול שפיר של הערמונית.

2. תשלום נוסף של 25% מסכום הביטוח למקרה שני לאחר 5 שנים של מחלת הסרטן

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:

2.1. גילוי של מחלת סרטן כהגדרתה בסעיף 1.3.1 בפרק א' לעיל, ושהנה **מקרה ביטוח ראשון** כהגדרתו בפרק א' לעיל;

2.2. גילוי של מחלת סרטן, פעם נוספת או סוג אחר של סרטן, כהגדרתה בסעיף 1.3.1 בפרק א' לעיל, בתקופה (כולל בתקופות ביטוח רצופות) בה ביטוח זה הנו בתוקף **(להלן מקרה שני של מחלת הסרטן)**;

2.3. חלפו לפחות 5 שנים מהמועד האחרון בו נעלמו סימני מקרה הסרטן הראשון שבגיניו שולמו תגמולי ביטוח על-פי פוליסה זו, ו/או מקרה הסרטן החוזר ו/או מקרה הסרטן החדש;

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);

2.5. בדיקות ההדמיה שביצע המבוטח במהלך 5 שנים ובתום 5 שנים כאמור בסעיף 2.3 לעיל, הנן תקינות וללא

טלפון *2735 פקס 037348178	כתובת הדואר האלקטרוני polisotbs@harel-ins.co.il	אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802	כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il
------------------------------	---	--	--

תמצית תנאי הביטוח - מענקית זהב - ביטוח מחלות קשות

מספר נספח 455, מהדורה 12/2017

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	מענקית זהב
סוג הביטוח	מחלות קשות
תקופת הביטוח	מתחדשת כל שנתיים כמפורט בסעיף 11 לפוליסה אלא אם כן תסתיים או תפוג בהתאם להוראות סעיף 10.3 לפוליסה ובכלל זה - מות המבוטח, הגיע המבוטח לגיל 75 או תשלום סכום הביטוח בגין מקרה ביטוח כמפורט בפוליסה.
תיאור הביטוח	פיצוי בגין מקרה של גילוי מחלה קשה או אירוע חמור המפורטים בפוליסה, ומחולקים ל-4 קבוצות שונות. במקרה של מקרה מחלה/ אירוע שלא נכללים בקבוצה הראשונה, יהיה פיצוי למקרה ביטוח נוסף שאינו נכלל בקבוצה אליה שייך מקרה הביטוח הראשון. בנוסף, קיים פיצוי נוסף למחלת הסרטן כמפורט בפרק ב' כמפורט בפוליסה זו.
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	במקרים המפורטים בסעיף 8 לפוליסה לרבות באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן בהגדרות המחלות ככל שרלוונטי. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹	כמפורט בסעיף 3 לפרק א' בפוליסה - 90 יום למקרה ביטוח ראשון. כמפורט בסעיף 4.3 לפרק א' בפוליסה - 180 יום מקרות מקרה הביטוח הראשון. כמפורט בסעיף 4 לפרק ב' בפוליסה - 90 יום למקרה סרטן.
גובה הפיצוי הכספי שאקבל	בהתאם לסכום שרכשת, הסכום מפורט בדף פרטי הביטוח ושהינו בתוקף בטרם הגיע המבוטח לגיל 65. בהגיע המבוטח לגיל 65, יוקטן סכום הביטוח מדי שנה בשיעור של 5% מסכום הביטוח שהינו בתוקף לפני הגיעו לגיל 65.

¹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת המתנה) ²
מחלות קשות	פרק א' לפוליסה סעיף 1: קבוצה 1: אי ספיקת כליות סופנית, אי ספיקת כבד פולמינגטית, מחלת כבד סופנית (שחמת), השתלת אברים, עמילואידוזיס ראשונית, תרדמת, פגיעה מוחית מתאונה, מחלקת ריאות חסימתית כרונית, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, מצב רפואי חמור ובלתי הפיך, סכרת נעורים עד גיל 18, תשישות נפש. לאחר פיצוי בגין קבוצה זו תתבטל הפוליסה.	פרק א' לפוליסה סעיף 1: תרדמת - 96 שעות; סכרת נעורים - 6 חודשים; תשישות נפש - 3 חודשים; שבץ מוחי - 8 שבועות; אובדן דיבור - 6 חודשים; טרשת נפוצה - 2 חודשים; ניוון שרירים - 3 חודשים; דלקת קרום המוח - 3 חודשים; דלקת חיידיקית של קרום המוח - 3 חודשים.
	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 מוח. קבוצה 4: שיתוק, פוליו (שיתוק ילדים), איבוד גפיים, עיוורון, כוויות קשות, אובדן דיבור, חירשות, טרשת נפוצה, דלקת מוח, דלקת חיידיקית של קרום המוח, ניוון שרירים, פרקינסון.	
כיסויים נוספים למחלת הסרטן	פרק ב' לפוליסה סעיפים 1-2: הרחבת הכיסוי למחלת הסרטן - פיצוי חד פעמי בגובה 15% מסכום הביטוח (תשלום זה יופחת מסכום הביטוח ואינו בנוסף לו) במקרה של סרטן שד מקומי או ביצוע ניתוח לטיפול בסרטן הערמונית. פיצוי חד פעמי נוסף במקרה שני של מחלת הסרטן, בגובה 25% מסכום הביטוח.	פרק ב' לפוליסה סעיף 2: 5 שנים מהמועד האחרון בו נעלמו סימני מקרה הסרטן הראשון ובתנאים המפורטים בפוליסה.

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

² תקופת המתנה - תקופה המתחילה בקרות מקרה ביטוח בגינה אין המבוטח זכאי לפיצוי או שיפוי כלשהו, אלא רק בסופה.

טבלת הפרמיות: פרמיה חודשית לכל 10,000 ₪

גיל	גבר לא מעשן	גבר מעשן	אשה לא מעשנת	אשה מעשנת
0-17	0.83	0.83	0.83	0.83
18	1.51	1.60	1.30	1.30
19	1.54	1.64	1.36	1.34
20	1.59	1.72	1.45	1.41
21	1.64	1.82	1.59	1.51
22	1.69	1.92	1.72	1.60
23	1.75	2.00	1.86	1.72
24	1.81	2.09	2.05	1.85
25	1.88	2.13	2.26	2.01
26	1.99	2.29	2.52	2.20
27	2.10	2.44	2.72	2.39
28	2.14	2.64	2.74	2.43
29	2.30	2.88	2.78	2.46
30	2.44	3.16	2.86	2.52
31	2.55	3.51	3.11	2.63
32	2.80	3.80	3.62	2.76
33	2.96	4.14	4.06	2.93
34	3.24	4.58	4.48	3.13
35	3.45	5.08	4.91	3.41
36	3.82	5.67	5.12	3.71
37	4.25	6.34	5.57	4.12
38	4.77	7.23	6.11	4.57
39	5.36	8.54	6.80	5.12
40	6.01	10.00	7.68	5.74
41	6.74	11.60	8.71	6.46
42	7.59	13.20	9.46	7.27
43	8.55	15.38	10.61	7.86
44	9.62	17.21	11.78	8.85
45	10.88	19.28	12.97	9.97
46	12.22	20.75	14.15	10.80
47	13.70	22.77	15.26	12.17
48	15.26	25.34	16.71	13.13
49	16.99	28.09	18.73	14.71
50	18.82	30.97	20.91	16.48
51	20.78	34.15	23.24	17.01
52	22.90	37.56	25.70	18.21
53	25.19	41.32	29.65	19.47
54	27.67	43.68	31.21	20.81
55	30.60	48.91	34.30	22.26
56	33.01	50.67	34.52	23.84
57	35.55	56.63	36.39	25.61
58	38.67	62.72	38.23	27.67
59	42.81	70.62	40.54	30.04
60	46.59	79.49	43.02	32.34
61	49.77	88.45	45.92	34.62
62	52.75	97.29	49.43	36.84
63	55.58	105.74	53.33	39.00
64	58.37	113.32	57.72	41.17
65	62.64	123.79	64.60	44.64