

## תנאים כלליים לביטוח בריאות מס' 220

- 1.8 מקרה הביטוח:** מערכת עובדות ונסיונות המתוארת בכל אחד מהנספחים בפוליסה, אשר בהתקיימה קמה למבוטח זכות לקבלת תגמולי ביטוח על פי הפוליסה.
- 1.9 תקופת אכשרה:** תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך תחילת הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל נספח שצורף לפוליסה, אשר בה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה ואשר בה החברה לא תהא אחראית למקרה ביטוח שארע ו/או התגלה במהלכה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח 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.**
- 1.10 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".**
- 1.11 תקופת המתנה:** תקופה המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר הימים שצוינו כתקופת המתנה בכל כיסוי בו צוינה בפוליסה תקופת המתנה.
- 1.12 מדד:** מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 1.8 תמורת תשלום דמי ביטוח, כמפורט בדף פרטי הביטוח, ובכפופות לתנאים, להוראות לסייגים ולחריגים המפורטים להלן ובהתאם להצהרות המבוטח, החברה תשפה את המבוטח ו/או תשלם ישירות לספקי השירות ו/או תפצה את המבוטח - 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.**
- 1. הגדרות כלליות**
- בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדמ:
- 1.1 החברה ו/או המבטח:** הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2 הפוליסה:** חוזה ביטוח זה, לרבות הצעת הביטוח, דף פרטי הביטוח וכל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.3 משלם:** האדם או התאגיד, המתקשר עם החברה על-פי פוליסה זו לצורך תשלום הפרמיה, ואשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח ובהצעה.
- 1.4 המבוטח:** אדם ששמו נקוב בדף פרטי הביטוח כ"מבוטח".
- 1.5 הצעת הביטוח:** 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 שמולאה ונחתמה על ידי המבוטח (או האפוטרופוס) וכן את פרטי אמצעי התשלום.
- 1.6 תאריך תחילת הביטוח:** התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כ-"תאריך תחילת הביטוח".
- 1.7 דמי הביטוח:** הסכום בגין פוליסה זו שעל המשלם ו/או על המבוטח לשלם לחברה, על-פי תנאי הפוליסה, כמפורט בדף פרטי הביטוח.

- 1.13 **שנת ביטוח:** תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שתחילתם בתאריך תחילת הביטוח.
- 1.14 **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 למבוטח. במקרה של סתירה בין תנאי הפוליסה לבין התנאים המפורטים בדף פרטי הביטוח, יגברו התנאים בדף פרטי הביטוח.
- 1.15 **סכום ביטוח:** הסכום המרבי לתגמולי ביטוח, כמפורט בכל נספח בפוליסה ו/או כפי שנקוב בדף פרטי הביטוח. 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.
- 1.16 **חוק הביטוח:** חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981
- 1.17 **חוק הבריאות:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד - 1994
- 1.18 **קופת חולים:** כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994
- 1.19 **שירותי בריאות נוספים (שב"ן):** תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות הניתנים במסגרת סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת חולים או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.20 **ישראל:** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
- 1.21 **חו"ל:** כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.22 **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים
- 1.23 **בית חולים פרטי:** אחד מאלה:  
**(1)** בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו - 2014), התשע"ג-2013;  
**(2)** בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.24 **ניתוח:** פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח (**שאינו לצורך מניעה של אחד מאלה**), לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.25 **רופא מומחה:** רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג - 1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות או רופא שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי הדין במדינה הרלוונטית בחו"ל בה ניתן השירות.
- 1.26 **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.
- 1.27 **אח/אחות:** אחות או אח בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות או תעודת הסמכה על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי הדין במדינה הרלוונטית בחו"ל בה ניתן השירות.

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 המבוטח 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 המבוטח 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.

### חובת הגילוי

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

**3.1** 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.

**1.28** **נותן שירות/ספק שבהסכם:** בית חולים פרטי, מרפאה, מעבדה, מנתח שהינו רופא מומחה (כהגדרתו לעיל) או רופא אשר הוסמך בחו"ל, כמומחה מנתח וכל רופא או גוף אחר, עמם קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיו צד להסכם עם החברה במועד ביצוע הפרוצדורה/מתן השירות הרלוונטי.

**1.29** **השתתפות עצמית:** חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח, עד לתקרה לה התחייבה החברה. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו על-פי הנספח, תהיה בניכוי ההשתתפות העצמית של המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.

**1.30** **שתל:** כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, **למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.**

**1.31** **סייג בשל מצב רפואי קודם:** חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או המפחית את חבות החברה או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

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

**1.33** **תכנית נוספת:** תכנית ביטוח או כתב שירות שמבטח רשאי להנהיג בהתאם לסעיף 40 לחוק הפיקוח, רק כנלווים לתכנית בסיס.

**2.** **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.

<p><b>4. חריגים כלליים</b></p> <p>החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, כולו או מקצתו, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או שנגרם במישרין ו/או בעקיפין כתוצאה מהמקרים הבאים:</p> <p>4.1 מקרה הביטוח אירע לפני תאריך תחילת הביטוח.</p> <p>4.2 מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.</p> <p>4.3 מקרה הביטוח אירע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח שארע מתאונה לגביו לא תחול תקופת אכשרה.</p> <p>4.4 מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לענין 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:</p> <p>א. פחות מ- 65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.</p> <p>ב. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.</p> <p>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.</p> <p>4.5 התאבדות או ניסיון לכך, פגיעה עצמית.</p> <p>4.6 אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.</p>	<p>3.2 ביטלה החברה את הפוליסה מכוח סעיף זה, זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטוח, בניכוי הוצאות החברה, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.</p> <p>3.3 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:</p> <p>3.3.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.</p> <p>3.3.2 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.</p> <p>3.4 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא היתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:</p> <p>3.4.1 הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה.</p> <p>3.4.2 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.</p> <p>3.5 במידה שמדובר בתגמולי ביטוח מסוג פיצוי המבטח, אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל, לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבוטח פעל בכוונת מרמה.</p>
--	--

<p><b>5. אחריות</b>  החברה אינה אחראית לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של נותני השירות הנ"ל.</p>	<p>5.</p>	<p>4.7 טיפול תרופתי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ובכלל זה מוטציה ו/או וריאציה דומה אחרת ו/או טיפול תרופתי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת הצהבת לסוגיה השונים.</p>
<p><b>6. תשלום דמי ביטוח</b></p>	<p>6.</p>	<p>4.8 מקרה הביטוח שאירע עקב שירות המבוטח בגוף בטחוני (שאינו צבאי) או משטרתי.</p>
<p>6.1 מועד פירעון דמי הביטוח יהיה על-פי המועד בו נקבע תשלומם על ידי החברה.</p>	<p>6.1</p>	<p>4.9 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית, או בשל השתתפות המבוטח בפעילות משטרתית 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.</p>
<p>6.2 רק זיכוי חשבון החברה בבנק או בחברת האשראי יהווה תשלום דמי הביטוח.</p>	<p>6.2</p>	<p>4.10 מקרה ביטוח שנגרם או הינו תוצאה של סיבוכי הריון ו/או לידה, פריון ו/או עקרות.</p>
<p>6.3 לדמי ביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית על-פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א 1961 מיום היווצר הפיגור ועד לפירעון בפועל של דמי הביטוח אצל החברה.</p>	<p>6.3</p>	<p>4.11 מקרה ביטוח שאינו נובע מצורך רפואי כגון מקרה ביטוח הקשור באופן ישיר או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה, לרבות ניתוחי תשבורת (תיקון ראייה) וניתוח להפחתת משקל.</p>
<p>6.4 החברה תנכה מהתשלומים את כל החובות המגיעים לה מהמבוטח בגין פוליסה זו בכפוף להוראות הדין.</p>	<p>6.4</p>	<p>4.12 מקרה ביטוח שנגרם עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.</p>
<p><b>7. שינוי דמי ביטוח ותנאי ביטוח</b></p>	<p>7.</p>	<p>4.13 מקרה הביטוח הינו טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטריים.</p>
<p>7.1 דמי הביטוח על-פי פוליסה זו יקבעו בין היתר לפי גיל המבוטח, בהתאם לטבלת הפרמיה שבגילוי הנאות המצורף ("טבלת הפרמיות") כפי שמצוין בדף פרטי הביטוח, ובכפוף לסעיף 9 להלן.</p>	<p>7.1</p>	<p>4.14 מקרה הביטוח הינו ביצוע בדיקות שגרה ו/או מעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה אצל המבוטח.</p>
<p>7.2 דמי הביטוח ישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת הפרמיות, בהתאם לגילו של המבוטח. לעניין זה יראו את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת (<b>לדוגמא</b>: מבוטח שהצטרף לפוליסה ויגיע לגיל 40 ביום 10.1.2014, יראו את ה - 1.1.2014 כמועד הגיעו לגיל 40 לצורך חישוב דמי הביטוח, על פי טבלת הפרמיות ובמועד זה ישתנו דמי הביטוח, ככל שנדרש על-פי טבלת הפרמיות, כך שהחל ממועד זה יחויב בדמי ביטוח לבני גיל 40), ובכפוף לסעיף 9 להלן.</p>	<p>7.2</p>	<p>4.15 מקרה ביטוח הינו ביצוע בדיקות או טיפולים ניסיוניים או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות בישראל או בארה"ב או באירופה או בארץ מתן הטיפול או הבדיקה.</p>

<p>החברה תהא זכאית לנהל על חשבונה כל חקירה באופן סביר ולבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמה כפי שתמצא לנכון 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.</p>	8.2	<p>7.3 החברה תהיה זכאית לשנות את טבלת הפרמיות וכפועל יוצא מכך את דמי הביטוח הנגבים שיגבו מן המבוטח, ואת התנאים של פוליסה זו, לכלל המבוטחים בפוליסה זו, במועדי החידוש ובהתאם להוראות סעיף 10 להלן ו/או באישור המפקח על הביטוח, לרבות במקרה של שינויים בחוק הבריאות או בסל שירותי הבריאות על-פי חוק הבריאות.</p>	8.3
<p>החברה תהא רשאית על-פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השרות, או לשלם למבוטח.</p>	8.3	<p>8. תביעות ותגמולי ביטוח</p>	8.
<p>המבוטח זכאי לקבל מהחברה, מקדמות או התחייבות כספית שיאפשרו לו לקבל את השירות הרפואי, וזאת על חשבון הכספים שיגיעו לו על פי הפוליסה.</p>	8.4	<p>8.1 החברה תשלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו או תעבירם ישירות לנותני השרות שבהסכם אם התקיימו כל אלה:</p>	8.1
<p>תגמולי ביטוח מכוח פוליסה זו ישולמו במטבע ישראלי, לפי הפירוט הבא: תגמולי ביטוח להם זכאי המבוטח, בגין החזר הוצאות ששולמו במטבע ישראלי - ישולמו במטבע ישראלי ויוצמדו למדד המחירים לצרכן ממועד תשלומן על-ידי המבוטח ועד למועד תשלום תגמולי הביטוח.</p>	8.5	<p>8.1.1 קרה מקרה הביטוח, על המבוטח/ מוטב להודיע על כך למבוטח מיד לאחר שנודע לו על קרות מקרה הביטוח וקיבל אישור החברה לחבותה על-פי פוליסה זו. לא פנה המבוטח לחברה לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, תהא רשאית החברה להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיתה משלמת החברה לו היה פונה המבוטח לחברה בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יחול במקרה שהמבוטח/מוטב פנה למבוטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהמבוטח את בירור חבותו ולא הכביד על הברור.</p>	8.1.1
<p>המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח המרבי.</p>	8.6	<p>8.1.2 המבוטח חתם על כתב וויתור סודיות רפואית ומסר לחברה את כל הקבלות, הפרטים והמסמכים הרפואיים הסבירים והאחרים הדרושים לחברה לברור תביעתו. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.</p>	8.1.2
<p>נפטר מבוטח, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח להם זכאי ספק השירות הרפואי, בהתאם להתחייבות החברה.</p>	8.7		
<p>נפטר המבוטח, והיה זכאי לקבלת תגמולי ביטוח נוספים, תשלם החברה לעיזבונו ו/או ליורשיו החוקיים.</p>	8.8		
<p>היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות על-פי ביטוח זה, במלואן או חלקן, במסגרת פוליסה אחרת בחברת ביטוח אחרת, תהא החברה אחראית ביחד ולחוד עם חברת הביטוח האחרת ביחס להוצאות המכוסות החופפות. המבוטחים ישאו בנטל החיוב בינם לבין עצמם לפי היחס שבין סכומי הביטוח.</p>	8.9		
<p><b>תחלופי:</b></p>	8.10		
<p>8.10.1 הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות פיצוי או שיפוי</p>			

<b>10. תקופת הביטוח וחידוש תקופת הביטוח</b>	
<b>10.1</b> תקופת הביטוח בפוליסה הינה 24 חודשים.	כלפי אדם שלישי, שלא מכח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברה מששילמה למוטב תגמולי ביטוח וכשיעור התגמולים ששילמה.
<b>10.2</b> אחת לשנתיים, בראשון לחודש יוני החל מיום 1 ביוני 2018 (להלן - <b>מועד החידוש</b> ), 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 - <b>רצף ביטוחי</b> ).	<b>8.10.2</b> החברה אינה רשאית להשתמש בזכות שהועברה אליה לפי סעיף זה באופן שיפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן האדם השלישי פיצוי או שיפוי מעל לתגמולים שקיבל מהחברה.
<b>10.3</b> על אף האמור בסעיף 10.1 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.	<b>8.10.3</b> קיבל המבוטח מן האדם השלישי פיצוי או שיפוי שהיה מגיע לחברה על-פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה; עשה המבוטח פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך.
<b>10.4</b> 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.	<b>8.10.4</b> המבוטח מתחייב לשתף פעולה, ככל שיידרש ממנו, לשם מימוש זכותה של החברה כאמור.
<b>10.5</b> על אף האמור בסעיף 10.2 לעיל, לא תחודש מאליה פוליסה כאמור באותו סעיף לעיל, ו/או חלקים ממנה, לפי העניין במקרים הבאים:	<b>8.10.5</b> הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.
<b>10.5.1</b> בכתב שירות - אם נקבעו בו הוראות מפורשות לעניין אי חידוש כתב השירות על ידי המבטח;	<b>9. הצמדה</b>
<b>10.5.2</b> פוליסה ששווקה על פי תכנית שהמפקח אישר לגביה מראש ובכתב כי פוליסות לפיה לא יחודשו מאליהן.	<b>9.1</b> כל הסכומים הנקובים בפוליסה זו, לרבות סכומי הביטוח הקובעים, דמי הביטוח 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.
	<b>9.2</b> 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 תחילת הביטוח כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.

- 10.6** על אף האמור בסעיף 10.2 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.
- 10.7** על אף האמור בסעיף 10.6 לעיל, לא נדרשת הסכמתו המפורשת של מבוטח בטרם חידוש פוליסה מאליה כאמור בסעיף 10.2 לעיל, במקרים המפורטים להלן -
- 10.7.1** אם המבוטח הגיש במהלך תקופת הביטוח, הנוכחית או זו שקדמה לה, תביעה למימוש זכויות לפי תנאי הפוליסה;
- 10.7.2** אם המבטח פירט למבוטח שהצטרף לראשונה לתכנית 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;
- 10.7.3** אם המפקח קבע מראש ובכתב כי לא נדרש לקבל את הסכמת המבוטח לגבי שינוי מסוים שערך המבטח בתכנית.
- 10.8** במקרה שבו חודשה הפוליסה שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיפים 10.2 ו- 10.7 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.
- 11. ביטול הפוליסה**
- 11.1** פוליסה זו ניתנת לביטול על ידי החברה בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 11.1.1** המבוטח ו/או המשלם אינו/ם משלם/ים או לא שילמו את דמי הביטוח כסדרם. במקרה כזה רשאית החברה לבטל את הפוליסה בהתאם להוראת חוק חוזה הביטוח.
- 11.1.2** במקרים המצוינים בסעיף 3 לעיל לגבי חובת הגילוי או בהתאם לזכויות הביטול האחרות המוקנות לה על פי דין.
- 11.2** במקרה של אי קבלת הסכמה מפורשת של המבוטח לחידוש הביטוח עד למועד החידוש כאמור בסעיף 10.6 לעיל, לא יחודש הכיסוי הביטוחי לפי תכנית ביטוח לגביה נדרשה הסכמה מפורשת כאמור לתקופה נוספת ויסיימו הביטוח על פיה.
- 11.3** 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.
- 11.4** בנוסף לאמור בסעיף 10 לעיל, פוליסה זו, כולה או חלקה, ניתנת לביטול על ידי המבוטח, בהודעה בכתב לחברה.
- 11.5** במקרה של ביטול כיסוי ע"פ תכנית ביטוח, לא תבוטל הנחה בתכנית



- 13. 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 ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.
- 14. חוק הביטוח**  
**14.1** הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981 יחולו על פוליסה זו.
- 15. הודעות**  
על המבוטח להודיע לחברה על כל שינוי כתובת. הודעה שתישלח על ידי החברה לכתובת האחרונה הידועה לה של המבוטח תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.
- 16. שינויים**  
החברה תהיה רשאית לשנות מעת לעת את רשימת נותני השירות שבהסכם.
- 17. השימוש בפוליסה כפוף - בעת השירות הצבאי - להוראות הצבא המשתנות מפעם לפעם.**
- 11.6** אחרת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן למבוטח בשל כך שרכש מספר תכניות בסיס ושהמפקח לא התנגד לו.  
על אף האמור בסעיף 11.4 לעיל, הותר למבוטח 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.
- 11.7** על אף האמור בסעיף 11.4 לעיל, בוטלו כל תכניות הבסיס ע"י המבוטח, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס כאמור.
- 12. מסים והטלים**  
המשלם, המבוטח או המוטב, לפי העניין, חייב לשלם לחברה את דמי הביטוח ואת המסים הממשלתיים האחרים (הקיימים במועד עריכת הפוליסה או שיוטלו במועד לאחר מכן), החלים על הפוליסה או המוטלים על דמי הביטוח או על סכומי הביטוח.