



ביטוח תאונות אישיות קבוצתי

לחברי ארגון סגל המחקר במשרד הביטחון ומשרד ראש הממשלה



תוכן עניינים

3.....	גילוי נאות.....
6.....	פוליסה לביטוח תאונות אישיות קבוצתי וגילוי מחלת הסרטן לחברי ארגון סגל המחקר במשרד הביטחון ומשרד ראש הממשלה סניף דרום (ע"ר) ובני/ות זוגם
18.....	פרק א': ביטוח תאונות אישיות.....
21.....	פרק א'1: פיצוי בגין ימי אשפוז בבית חולים.....
22.....	פרק ב': פיצוי בגין גילוי מחלה קשה (לבני/ות זוג בלבד).....
28.....	דף פרטי ביטוח:.....

גילוי נאות

כתובת אתר האינטרנט: www.harel-group.co.il	אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802	כתובת הדואר האלקטרוני: polisotbs@harel-ins.co.il	טלפון: *2735 פקס 03-7348178
---	---	--	--------------------------------

תמצית תנאי הביטוח - לביטוח תאונות אישיות קבוצתית וגילוי מחלת הסרטן לחברי ארגון סגל המחקר במשרד הביטחון ומשרד ראש הממשלה סניף דרום (ע"ר) ובני/ות זוגם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח תאונות אישיות קבוצתית וגילוי מחלת הסרטן לחברי ארגון סגל המחקר במשרד הביטחון ומשרד ראש הממשלה סניף דרום (ע"ר) ובני/ות זוגם.
סוג הביטוח	תאונות אישיות - נכות מתאונה. אשפוז - פיצוי יומי. פיצוי בעת גילוי מחלה קשה (חל על בני זוג בלבד).
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.6.2019 ועד ליום 31.5.2024.
תיאור הביטוח	תאונות אישיות: תשלום פיצוי חד פעמי במקרה של נכות מתאונה. תשלום פיצוי יומי במקרה של אשפוז בבית חולים כתוצאה מתאונה או מחלה. תשלום פיצוי בעת גילוי אחת המחלות הקשות כמפורט בפוליסה (חל על בני זוג בלבד).
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה: חריגים כללים לפוליסה - סעיף 12. פרק א' - ביטוח תאונות אישיות - סעיף 2. פרק ב' - פיצוי בגין גילוי מחלה קשה - סעיף 4. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.
גובה הפיצוי הכספי שאקבל	פרק א' - תאונות אישיות, סעיף 1.1.1.3 נכות מתאונה - פיצוי בגובה 220,000 ₪. פרק א' 1 - אשפוז בבית חולים, סעיף 2.1 - פיצוי בגובה 500 ₪ בגין כל יום אשפוז. פרק ב' - מחלות קשות, סעיף 3.2 - פיצוי בגובה 100,000 ₪.
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹	אין.

תמצית פרטי הפוליסה									
אין.	אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול ² (המתנה)?								
פרק 2 (אשפוז-פיצוי יומי) - השתתפות עצמית של יומיים.	השתתפות עצמית								
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים								
<table border="1"> <tr> <th>הכיסוי</th><th>דמי הביטוח</th></tr> <tr> <td>נכות מתאונה</td><td>16.50 ₪</td></tr> <tr> <td>אשפוז - פיצוי יומי</td><td></td></tr> <tr> <td>פיצוי בעת גילוי מחלה קשה (בן/ת זוג בלבד)</td><td>93 ₪</td></tr> </table>	הכיסוי	דמי הביטוח	נכות מתאונה	16.50 ₪	אשפוז - פיצוי יומי		פיצוי בעת גילוי מחלה קשה (בן/ת זוג בלבד)	93 ₪	עלות הביטוח
הכיסוי	דמי הביטוח								
נכות מתאונה	16.50 ₪								
אשפוז - פיצוי יומי									
פיצוי בעת גילוי מחלה קשה (בן/ת זוג בלבד)	93 ₪								
בתום 36 חודשים יבחנו הצדדים את תוצאות העסקה לטובת ביצוע התאמת פרמיה ליתרת התקופה.	שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח								

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

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

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה	
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי
תאונות אישיות	פרק א' נכות צמיתה מלאה כתוצאה מתאונה במקרה של נכות צמיתה מלאה, אשר קרתה, כתוצאה מתאונה, ישלם המבטח למבוטח פיצוי בסך 220,000 ₪. במקרה של נכות צמיתה חלקית, ישולם פיצוי בשיעור אחוז הנכות שייקבע מתוך הסכום המירבי.
	פרק א'1 פיצוי בגין ימי אשפוז בבית חולים פיצוי בסך 500 ₪ בגין כל יום אשפוז בבית חולים, החל מהיום השלישי ועד 14 ימים.

פיצוי בגין מחלה קשה (חל על בני זוג בלבד)		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת המתנה) ²
מחלות קשות	סעיף 2 אי ספיקת כליות סופנית, אי ספיקת כבד פולמינגטית, מחלת כבד סופנית (שחמת), השתלת אברים, טרשת נפוצה, עמילואידוזיס ראשונית, תרדמת, ניוון שרירים, פגיעה מוחית מתאונה, דלקת מוח, דלקת חיידקית של קרום המוח, מחלת ריאות חסימתית כרונית, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, פרקינסון, מצב רפואי חמור ובלתי הפיך סכרת נעורים (לילד עד גיל 18), תשישות נפש, אוטם חריף בשריר הלב, ניתוח מעקפי לב, ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, קרדיומיופטיה, שבץ מוחי, סרטן, אנמיה אפלסטית חמורה, גידול שפיר של המוח/יותרת המוח /קרומי המוח, שיתוק (פרפלגיה קוודריפלגיה), פוליו (שיתוק ילדים), איבוד גפיים, עיוורון, כוויות קשות, כוויות מדרגה, אובדן דיבור, חירשות. פיצוי בסך 100,000 ₪ בעת גילוי אחת המחלות כמפורט לעיל. עם תשלום הפיצוי, יפוג תוקפו של פרק זה.	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 חיידקית של קרום המוח - 3 חודשים.

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

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

פוליסה לביטוח תאונות אישיות קבוצתי וגילוי **מחלת הסרטן לחברי ארגון סגל המחקר במשרד** **הביטחון ומשרד ראש הממשלה סניף דרום (ע"ר)** **ובני/ות זוגם**

1. הגדרות כלליות

בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדמ:

- 1.1. **החברה או המבטח** - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2. **הפוליסה** - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3. **בעל הפוליסה** - ארגון סגל המחקר במשרד הביטחון ומשרד ראש הממשלה סניף דרום.
- 1.4. **המבטח** - חבר אצל בעל הפוליסה ו/או בן או בת זוגו ו/או ידועה/ה בציבור והכל בהתאם להגדרות המונחים בפוליסה אשר הצטרפו ו/או יצטרפו לפוליסה.
- 1.5. **מבוטחים קיימים** - מבוטחים אשר היו מבוטחים במועד תחילת הפוליסה במסגרת הפוליסה הקודמת.
- 1.6. **פוליסה קודמת** - פוליסה קבוצתית לביטוח תאונות אישיות ו/או פיצוי בגין מחלת הסרטן של בעל הפוליסה שהייתה בתוקף ערב תחילת הביטוח על פי פוליסה זו.
- 1.7. **הסכם הביטוח** - הסכם מיום 1.6.2019 בין בעל הפוליסה לבין המבטח לעריכת פוליסה לביטוח תאונות אישיות וגילוי מחלת הסרטן קבוצתי לבעל הפוליסה.
- 1.8. **תאריך תחילת הביטוח** - 1.6.2019.
- 1.9. **תאריך הצטרפות** - התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה או לפוליסה הקודמת לפי המוקדם ביניהם.
- 1.10. **דמי הביטוח** - הסכום בגין פוליסה זו שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה, על פי תנאי הפוליסה.
- 1.11. **מקרה הביטוח** - מערך עובדתי ונסיבתי, כמוגדר בכל אחד מפרקי או נספחי הפוליסה, אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה.
- 1.12. **תקופת אכשרה** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. 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.
- 1.13. **תקופת המתנה** - תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מנין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה. במהלך תקופת המתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת המתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי.

- 1.14. **מדד** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדף פרסום כ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיווחד לשירותי בריאות.
- 1.15. **שנת ביטוח** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח.
- 1.16. **דף פרטי הביטוח** - דף המצורף לפוליסה שכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.17. **תקנות ביטוח בריאות קבוצתי**: תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
- 1.18. **סכום ביטוח** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.
- 1.19. **חוק הביטוח** - חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.
- 1.20. **חוק הבריאות** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד - 1994.
- 1.21. **ישראל** - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
- 1.22. **חו"ל** - כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.23. **רופא מומחה** - רופא שקיבל ממוסד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים.
- 1.24. **השתתפות עצמית** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.25. **סייג בשל מצב רפואי קודם**: חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.26. **יום אשפוז** - שעות של 24 שעות בבית חולים.
- 1.27. **צירוף אוטומטי** - צירוף אובליגטורי ע"י בעל הפוליסה המתאפשר בהתאם להוראות הפיקוח הרלוונטיות המפורטות בסעיף 4.1 (ב) להלן.
- 1.28. **צירוף בהסכמה** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).
- 1.29. **רצף ביטוחי** - הצטרפות מביטוח קודם אחר (כהגדרתו לעיל) ללא חיתום, ללא הצהרת בריאות ו/או ללא תקופת אכשרה, ולעניין מצב רפואי קודם יראו כמועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח את מועד הצטרפותו לביטוח הקודם, ותנאי קבלתו לביטוח זה יהיו על פי תנאי קבלתו לביטוח הקודם, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. מובהר כי רצף ביטוחי מלא יחול על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן.
- 1.30. **בית חולים ציבורי** - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.31. **רופא** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.32. **גיל** - גיל המבוטח יחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו ולצורך קביעת זכויותיו בפוליסה בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו על פי תאריך הלידה של המבוטח כמפורט בפוליסה.

2. תוקף הפוליסה

פוליסה זו תכנס לתוקפה החל מיום תאריך תחילת הביטוח ובכפוף לתנאים הבאים:

- 2.1. שולם הסכום הראשון בגין דמי הביטוח המגיעים לחברה.
 - 2.2. בעל הפוליסה מסר לחברה מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש לחברה לשם קיום חובותיה עפ"י דין ולפי הסכם זה.
 - 2.3. צורפו כל המבוטחים אצל בעל הפוליסה נכון ליום 31.05.2019 בהתאם לאופן ההצטרפות המפורט בסעיף 3.1.
 - 2.4. הפוליסה תכנס לתוקפה באם מס' המבוטחים בקבוצה עולה על 50 מבוטחים מיום תחילת הסכם הביטוח.
 - 2.5. הפוליסה כפופה לשינויים המתחייבים על פי הוראות הפיקוח לעניין הנהגת "פוליסת מסגרת" ככל שיידרש באופן מיידי עם קבלת כל הוראה וללא כל תנאי.
- במידה והשינויים הנדרשים לא יהיו בהסכמת הצדדים, כל אחד מהצדדים יהיה רשאי לבטל את הפוליסה או את הכיסוי בגינו נדרשו השינויים כאמור וזאת בתנאי שהגיע בעל הפוליסה להסכמה לכיסוי דומה אצל מבטח אחר.

3. צירוף מבוטח - סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:

- 3.1. צורפו כל המבוטחים הקיימים אצל בעל הפוליסה באופן אובליגטורי בכפוף למפורט להלן:
(א) מוטלת על המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
 1. לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 10(ג) לחוק עובדים זרים;
 2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא תצרך החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בסעיף זה - פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד; ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

למען הסר ספק לא יצורפו לביטוח ילדי עובדים ו/או ילדי בני/בנות זוג של עובדים.

(ב) תקנת משנה (א) לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;
2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

3. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לענין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מכיסויים האלה:

(א) ניתוחים.

(ב) תרופות.

(ג) השתלות.

(ד) מחלות קשות.

(ה) שיניים.

(ו) תאונות אישיות.

3.2 מבוטח אשר גרע עצמו מהביטוח או יגרע את עצמו מהביטוח ויבקש להצטרף לביטוח לאחר מועד גריעתו, יצטרף לאחר מילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח.

3.3 עובדים שהם מבוטחים קיימים - יצטרפו לביטוח באופן אובליגטורי לכיסויים וסכומי ביטוח חופפים, ברצף ביטוחי מלא, בהתאם לסעיפים 4 (ב) וסעיף 5 (ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.

למען הסר ספק, רצף ביטוחי בפוליסה זו, משמעו צירוף ללא חיתום וללא תקופת אכשרה כלשהי, וכן, מבוטח אשר על פי הפוליסה הקודמת קיבל תגמולי ביטוח בגין תאונה או מחלה על פי המפורט בפרק א' / או בפוליסה, יקוזזו תגמולי הביטוח שקיבל בגין אותו מקרה ביטוח מזכאותו על פי פוליסה זו לאותו מקרה ביטוח.

3.4 בני/ות זוג שהינם מבוטחים קיימים - יצטרפו באופן וולונטרי לפוליסה ובכפוף להסכמתם המפורשת בכתב להעלאת דמי הביטוח שתתועד אצל בעל הפוליסה, כמפורט בסעיף 22 להלן, עד למועד תחילת הפוליסה וזאת ברצף ביטוחי.

למען הסר ספק, רצף ביטוחי בפוליסה זו, משמעו צירוף ללא חיתום וללא תקופת אכשרה כלשהי, וכן, מבוטח אשר על פי הפוליסה הקודמת קיבל תגמולי ביטוח בגין תאונה או מחלה על פי המפורט בפרק א' / או בפוליסה, יקוזזו תגמולי הביטוח שקיבל בגין אותו מקרה ביטוח מזכאותו על פי פוליסה זו לאותו מקרה ביטוח.

3.5 חבר חדש יוכל להצטרף לביטוח באופן וולונטרי בתוך 90 יום ממועד תחילת חברותו אצל בעל הפוליסה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות. לאחר מועד זה ההצטרפות תהא לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתו לביטוח.

3.6 בן/ת הזוג של חבר העמותה יוכלו להצטרף לביטוח באופן וולונטרי בתוך 90 יום ממועד תחילת ההסכם (לבני/ות זוג של חברי עמותה קיימים) או מיום תחילת חברותו של החבר בעמותה (לבני/ות זוג של חברי עמותה חדשים), או מיום הפיכתו לבן/ת זוג (נישואין וכו') ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, לאחר מועד זה ההצטרפות תהא לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח.

3.7 לגבי מבוטחים אשר נדרשים למלא הצהרת בריאות ולעבור חיתום רפואי בעת הצטרפותם לביטוח, תשלום פרמיה אינה מהווה אסמכתא לקבלה לביטוח ואינה מקנה זכות לכיסוי ביטוחי. רק אישור מאת החברה בדבר קבלת המבוטח לביטוח ישמש אסמכתא לקיום הכיסוי הביטוחי.

3.8 חבר עמותה ו/או בן/ת זוג שביקשו להצטרף לביטוח עד ל-15 לחודש, יהיה מבוטח מתחילת אותו החודש. חבר עמותה ו/או בן/ת זוג שביקשו להצטרף לביטוח לאחר ה-15 לחודש, יהיו מבוטחים מתחילת החודש העוקב.

3.9 גיל ההצטרפות המקסימאלי למבוטחים על פי פוליסה זו הינו 67 שנים.

4. מבנה הביטוח

פרקי הכיסוי	א' - תאונות אישיות	ב' - מחלות קשות
אופן הצטרפות חברי עמותה חדשים	צירוף בהסכמה	--
אופן הצטרפות *בני/בנות זוג שהינם מבוטחים	צירוף אוטומטי	צירוף בהסכמה
אופן הצטרפות *בני/בנות זוג חדשים	צירוף בהסכמה	

*בן/ת זוג יצורפו לכיסוי לתאונות אישיות ומחלות קשות (פרקים א'+ב'). לא ניתן להפריד בין כיסויים אילו.

5. תקופת הביטוח:

- 5.1. תקופת הביטוח תהיה 60 חודשים מתאריך תחילת הביטוח ועד 31.05.2024. למרות האמור לעיל, בעל הפוליסה יוכל להודיע על רצונו בביטול ההסכם בהודעה מראש של 60 יום.
- 5.2. תקופת ההסכם לא תוארך באופן אוטומטי אלא רק לאחר הסכמת הצדדים.
- 5.3. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 5.1 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבטח בשל כיסויים אלה- סעיף 9 (ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.
- 5.4. פחת מספר המבטוחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

6. תום תקופת הביטוח וברות ביטוח:

הפסקת תקופת הביטוח:

- הפסקת ביטוח תכנס לתוקפה במועד תום תקופת הביטוח או בסוף החודש בו הגיעה תקופת הביטוח לסיומה, ו/או בקרות אחד המקרים המנויים בסעיף 6.2, לפי המוקדם ביניהם.
- 6.1. סעיף המשכיות בפוליסה פרט או במסגרת הפוליסה הקבוצתית עד תום תקופת הביטוח.
 - 6.1.1. למבטח המבטח במסגרת פוליסה זו יתאפשר לעבור לפוליסת פרט לתקופת ביטוח עד הגיל המקסימאלי הקיים אצל המבטח (להלן - פוליסת המשך), שלהלן תנאיה:
 - 6.1.2. פוליסת המשך תהיה בהיקף כיסויים דומים לאלה הקבועים למבטח בפוליסה הקבוצתית שברשותו, או הדומות ביותר הקיימות אצל המבטח והמקובלות אצל המבטח במועד החתימה על טופס ההצטרפות לפוליסה הפרטית ("מועד המעבר"), בכפוף להוראות הדין לרבות הוראות המפקח על הביטוח.
 - 6.1.3. דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבטוחים אצל המבטח בפוליסה דומה ועל פי גיל המבטח באותו מועד. על התעריפים תינתן הנחה של 25% ל-5 שנים החל ממועד תחילת הביטוח בפוליסת המשך, ולאחר מכן 10% הנחה לכל משך תקופת הביטוח.
 - 6.1.4. במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי ללא בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
 - 6.2. האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף 6.1, תינתן במקרים ובתנאים המפורטים להלן:
 - 6.2.1. סיום היחסים בין המבטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבטח, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;

- 6.2.2 הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת בחברה או אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהם;
- 6.2.3 פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.
- 6.2.4 גירושין שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.
- 6.3 במקרים המפורטים בסעיף קטן 6.2, תיפנה החברה בכתב לכל מבטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 90 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי. המעבר לפוליסת ההמשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד המעבר, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין ובכפוף להוראות הדין והוראות המפקח על הביטוח.
- 6.3.1 ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

7. חובת גילוי:

- 7.1 (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 לרכות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן - "עניין מהותי"), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.
- (ב) שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה.
- (ג) הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.
- 7.2 תוצאות של אי גילוי
- 7.2.1 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.
- 7.2.2 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.
- 7.2.3 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:
- 7.2.3.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
- 7.2.3.2 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.
- 7.3 שלילת תרופות:
- המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא היתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:
- 7.3.1 הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה.

7.3.2. 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.

המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבטח פעל בכוונת מרמה.

8. דמי הביטוח:

8.1 סכומי הביטוח ודמי ביטוח:

כיסוי	פרק	סכום ביטוח	משך	ימי השתתפות עצמית	דמי ביטוח
נכות מתאונה	א	220,000 ₪	-	-	16.50 ₪
אשפוז - פיצוי יומי	2א	500 ₪	14 ימים	2 ימים	
פיצוי בעת גילוי מחלה קשה (בן/ת זוג בלבד)	ב	100,000 ₪	-	-	93 ₪

8.2 בתום 36 חודשים יבחנו הצדדים את תוצאות העסקה לטובת ביצוע התאמת פרמיה ליתרת התקופה.

8.3 אופן תשלום דמי הביטוח הינו כדלקמן:

פרקים	אופן התשלום
פרק א'	מרוכז ע"י בעל הפוליסה
פרק א' + ב'	מרוכז ע"י בעל הפוליסה

8.4 מועד פירעון דמי הביטוח יהיה בראשית כל חודש.

8.5 דמי הביטוח לא יהיו צמודים למדד כלשהו.

8.6 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.

9. תגמולי ביטוח

9.1 נפטר מבטח, תשלם החברה לעיזבונו ו/או ליורשיו של המבטח על פי צו קיום צוואה ו/או על פי צו ירושה על פי תנאי הפוליסה.

9.2 המבטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמפורט בתנאי פוליסה זו.

9.3 למען הסר ספק, מבטח אשר על פי הפוליסה הקודמת קיבל תגמולי ביטוח בגין תאונה או מחלה על פי המפורט בפרק א' / או בפוליסה, יקוּזו תגמולי הביטוח שקיבל בגין אותו מקרה ביטוח מזכאותו על פי פוליסה זו לאותו מקרה ביטוח.

9.4 שולמו על ידי החברה תגמולי ביטוח עודפים, מעבר לזכאותו של המבטח על פי הפוליסה, מלבד מקרים בהם אושר התשלום העודף כתשלום לפנים משורת הדין מטעם החברה, תנכה מהתשלומים המגיעים למבטח את התגמולים העודפים בגין פוליסה זו בכפוף להוראות הדין.

9.5. הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב

- 9.5.1. החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה חברה ובין אצל חברה אחרת.
- 9.5.2. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבוטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.
- 9.5.3. על תגמולים המשולמים על דרך הפיצוי לא יחולו הוראות חבות משוטפת וזכות שיבוב.

10. תביעות:

- 10.1. תשלום תגמולי ביטוח אם התקיימו התנאים הבאים:
- 10.1.1. על המבוטח להודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח.
- 10.1.2. המבוטח חתם על כתב וויתור סודיות רפואית ומסר לחברה את כל הפרטים והמסמכים הרפואיים הסבירים והאחרים הדרושים לחברה לברור תביעתו, המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.
- 10.1.3. החברה אינה אחראית לטיב השירותים הרפואיים שיינתנו למבוטח, אשר אינם מבוצעים בפועל על ידי החברה, ולנזקים למבוטח ו/או למי מטעמו שייגרמו עקב בחירותו של המבוטח בנותן שירות ו/או הפנייתו של המבוטח על ידי החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים עקב מעשה או מחדל של נותני השירות, למעט בסייגים המפורטים בפוליסה, זאת למעט השירותים הניתנים תחת כתבי השירות בפוליסה.

11. התיישנות:

- תקופת ההתיישנות הינה 3 שנים מקרות מקרה הביטוח או ממועד היוודע מקרה הביטוח) והגשת תביעה לאחר סיום ההסכם בתנאי שמקרה הביטוח מכוסה על פי הפוליסה וארע בתקופת הביטוח.
- אם עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

12. חריגים כלליים

- החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 12.1. מקרה הביטוח אירע לפני תאריך תחילת הביטוח.
- 12.2. מקרה הביטוח אירע בתקופת האכשרה למעט מקרה ביטוח שנגרם מתאונה לגביו לא תחול תקופת אכשרה.
- 12.3. סייג בשל מצב רפואי קודם - 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; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת מהחמש שנים שקדמו להצטרפות המבוטח לביטוח, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

- 12.4. חריג זה יהא מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
 א. פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת ממועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח.
 ב. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה ממועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח.
- 12.5. למרות האמור בסעיף 12.4, לגבי פרק א' - המבוטח יהא זכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה הנובעים ממצב רפואי קודם וכלהלי:
 א. 20% מהזכאות על פי תנאי הכיסוי בפרק זה עבור מקרי ביטוח שהתקיימו במהלך שנת הביטוח הראשונה.
 ב. 40% מהזכאות על פי תנאי הכיסוי בפרק זה עבור מקרי ביטוח שהתקיימו במהלך שנת הביטוח השנייה.
 ג. 60% מהזכאות על פי תנאי הכיסוי בפרק זה עבור מקרי ביטוח שהתקיימו במהלך שנת הביטוח השלישית ובתנאי כי לא חלה התיישנות על התביעה המוגשת.
 ד. 80% מהזכאות על פי תנאי הכיסוי בפרק זה עבור מקרי ביטוח שהתקיימו במהלך שנת הביטוח הרביעית ובתנאי כי לא חלה התיישנות על התביעה המוגשת.
 ה. 100% מהזכאות על פי תנאי הכיסוי בפרק זה עבור מקרי ביטוח שהתקיימו החל מהשנה החמישית ואילך ובתנאי כי חלה התיישנות על התביעה המוגשת.
- 12.6. סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סייגה במפורש את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.
- 12.7. על אף האמור בסעיף 12.4 לעיל, סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- 12.8. הפר המבוטח את חובת הגילוי ובשל כך פטור מבטח מחבותו בשל ההוראות מפורטות בסעיף 12.4 לעיל, ונתבטל חוזה הביטוח למבוטח זה, ומבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה ביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח שילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח בעבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח ייווספו הפרשי הצמדה. מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.
- 12.9. אי שפיות, התאבדות או ניסיון לך, פגיעה עצמית, אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.
- 12.10. מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם, לרבות: בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע.
- למען הסר ספק, עבודתו של המבוטח בקמ"ג איננה שירות בכוחות הביטחון לעניין סעיף זה.

13. מתן מסמכים והודעות למבוטח

- 13.1. החברה תמסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח; "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין החברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

13.2. על אף האמור בסעיף 13.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין-

(1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;

(2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;

(3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

13.3. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, תשלח החברה למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין החברה ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

13.4. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחווזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

13.5. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; - נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בסעיף 3 או בסעיף 15 להלן, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 32 ב' (2) לעיל; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תמסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

13.5.1. חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש- ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

13.5.2. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

13.5.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 6.2 להלן ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

14. חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תוואי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור תמסור החברה למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למבוטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

15. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח

15.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח לחברה או למבוטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

15.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 3 לעיל או בסעיף 15 להלן, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף זה ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 3 ב' (2) לעיל; לענין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" – למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

15.3. על אף האמור בסעיף 13.5.3 לעיל, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2 (1) לתקנות אלו, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

16. קביעת דמי ביטוח - תקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לענין זה, "העלאה של דמי ביטוח" –

- (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
- (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;
- (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- (4) במהלך תקופת הביטוח – בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

17. הצמדה:

סכומי הביטוח הקובעים, דמי הביטוח וגובה ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי החברה ו/או על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח הכול לפי העניין, אינם צמודים למדד כלשהו.

18. חוק הביטוח וחוק הבריאות

18.1. הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981 יחולו על פוליסה זו.

18.2. אם יחולו שינויים בחוק הבריאות או בסל שירותי הבריאות על פי חוק הבריאות, תהא החברה רשאית לערוך את השינויים המתבקשים מכך בפוליסה.

19. הודעות

על בעל הפוליסה/המבוטח להודיע לחברה על כל שינוי כתובת. הודעה שתישלח על ידי החברה לכתובת האחרונה הידועה לו של בעל הפוליסה/המבוטח תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.

20. שינויים

החברה תהיה רשאית לשנות מעת לעת את רשימת נותני השירות שבהסכם.

21. הבהרה לזמן השירות הצבאי

יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא כפי שישתנו מעת לעת.

22. הוראות כלליות לעניין הודעות למבוטחים

מובהר ומוסכם בזאת, כי בשל טיבו וטבעו של בעל הפוליסה, בכל מקום בו על פי דין ו/או על פי הסכם הביטוח ו/או על פי פוליסה זו, חלה על המבטח חובת מתן מסמכים למבוטח, בעל הפוליסה מתחייב למסור לכל אחד מהמבוטחים במועד הצטרפותו לביטוח את פוליסת הביטוח, הגילוי הנאות, דף פרטי ביטוח, דיווח שנתי למבוטחים וכן כל מידע נוסף שנדרש למסור למבוטחים בהתאם להוראות המפקח על הביטוח, שוק ההון והחיסכון והוראות הדין.

בנוסף, בעל הפוליסה מתחייב למסור לכל אחד מהמבוטחים הודעות, מסמכים וכן כל מידע שיימסרו לו על ידי הראל, מיד לאחר העברת החומרים כאמור מהראל לבעל הפוליסה וכן להעביר להראל אישור כי ביצע את האמור לעיל. בעל הפוליסה מתחייב לשמור תיעוד של מסירת החומרים כאמור למבוטחים ולמסור אותו להראל על פי דרישותיה.

בנוסף, בעל הפוליסה יתעד את אישור בני הזוג שצורפו לביטוח, ויעביר למבטח אישור מפורש חתום בידי עו"ד מטעם בעל הפוליסה, המאשר כי כל בני הזוג שצורפו לביטוח על פי סעיף 3.4 לעיל נתנו את הסכמתם לצירופם לפוליסה זו, ברצף ביטוחי, כמפורט לעיל, וכי לא תיגבה פרמיה בגין מבטח שלא נתן את הסכמתו המפורשת, ועל פי דרישת המבטח ו/או בעת תביעה, יסופק תיעוד זה.

פרק א': ביטוח תאונות אישיות

הכיסוי לפי פרק זה בלבד, חל על מקרה ביטוח (כהגדרתו להלן בחלק ההגדרות) שיארע למבוטח בכל מקום בתבל במהלך תקופת הביטוח.

1. הגדרות

1.1. מקרה הביטוח

תאונה - אירוע פתאומי, מקרי ובלתי צפוי, שנגרם במישרין על-ידי אמצעי חיצוני פיזי וגלוי לעין ואשר מהווה בלא תלות בכל סיבה אחרת, כולל פסיכולוגית ו/או אמוציונאלית, את הסיבה היחידה הישירה לאחד או יותר מנזקי הגוף שנגרמו למבוטח, כפי שהם מוגדרים להלן והמכוסים על-פי הרשום בדף פרטי הביטוח.

להסרת ספק מובהר בזה, כי פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרוטראומה) או כתוצאה מהשפעת אלימות מילולית או כתוצאה מפגיעה פסיכולוגית או אמוציונאלית, אינן בגדר תאונה על-פי פוליסה זו, למעט מקרי פגיעה בשמיעה כתוצאה מפגיעה מצטברת אשר תחשב תאונה לעניין פוליסה זו. מובהר בזה כי הולם הבא בעקבות סיבה חיצונית מכוסה בכפיפות לתנאי הפוליסה.

1.2. סוגי נזקי הגוף שנגרמו למבוטח המפורטים להלן והמכוסים עפ"י המפורט להלן:

1.2.1. "נכות"

אבדנו של אבר בשל הפרדתו הפיזית מן הגוף או אבדן מוחלט או חלקי של כושר פעולתו הפונקציונאלית של אבר מאברי הגוף.

1.2.1.1. "נכות צמיתה מלאה"

נכות צמיתה מלאה שתיגרם למבוטח שתיקבע על-פי המבחנים הקבועים לכך בפרק זה.

1.2.1.2. "נכות צמיתה חלקית"

נכות צמיתה חלקית שתיגרם למבוטח שתיקבע על-פי המבחנים הקבועים לכך בפרק זה.

1.3. "אשפוז"

שהייה רצופה של יותר מ-24 שעות בבית חולים בישראל לצורך השגחה רפואי ו/או קבלת טיפול רפואי.

1.4. "טיפול רפואי"

טיפול רפואי הניתן על ידי רופא ו/או אחות ו/או בעל מקצוע פרא רפואי לצורך טיפול בפגיעה גופנית כתוצאה מתאונה לרבות בדיקות, צילומים וכו'.

1.5. "טיפול שיניים"

טיפול הניתן על ידי רופא שיניים לצורך טיפול בשיניו של המוטב שנפגעו כתוצאה מהתאונה.

1.6. "השתתפות עצמית"

בכל מקרה של תביעה לאי כושר זמני, המבוטח לא יפוצה עבור מספר הימים ראשונים הרשום כמפורט בסעיף 3.2.1 להלן, הכוללים את יום התאונה.

1.7. כל מקום בתבל

כל מקום בעולם, חוץ ממדינות אויב ו/או השטחים שבשליטת ו/או בניהול הרשות הפלסטינית.

2. סייגים לחבות המבטח

פוליסה זו אינה מכסה כל מקרה ביטוח שנגרם כתוצאה מ-:

- 2.1. כאבי גב שאינם תוצאה של תאונה.
- 2.2. פעילותו של המבוטח כספורטאי רשום בקבוצת ספורט.
- 2.3. ליקוי גופני, נכות או מחלה כלשהם שהיו למבוטח קודם לתאונה.

3. תשלום תגמולי ביטוח לפי פרק א'

3.1. נכות

3.1.1. הכיסוי

במקרה ביטוח שבו נגרמה למבוטח נכות צמיתה מלאה, ישלם המבטח למבוטח את תגמולי הביטוח המפורטים להלן למקרה נכות צמיתה מלאה:

חטיבה	סכום ביטוח
סגל המחקר	220,000 ₪

במקרה ביטוח שבו נגרמה למבוטח נכות צמיתה חלקית, ישלם המבטח למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור אחוז הנכות שייקבע למבוטח, עקב מקרה הביטוח, מתוך סכום הביטוח הנקוב לעיל למקרה של נכות צמיתה מלאה.

3.1.2. קביעת הנכות הצמיתה

דרגת הנכות הצמיתה שנגרמה למבוטח עקב המקרה הביטוח המכוסה על-פי פרק זה, תיקבע על-פי המבחנים הרלוונטיים שנקבעו לפגיעה מן הסוג הנדון בחלק א אשר בתוספת לתקנה 11 שבתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) התשט"ז-1956, להלן בסעיף זה "המבחנים". אין בקביעת נכות כאמור כדי להחיל על פוליסה זו הוראה אחרת כלשהי מתוך חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב] התשנ"ה-1995 ותקנותיו.

למען הסר ספק, אין באמור כדי לחייב את המבוטח לפעול להכרת נכותו בביטוח הלאומי, וקביעת הנכות על פי המבחנים המפורטים יכול שתתבצע על ידי רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי, בכפוף להסכמת רופא מטעם המבטח לקביעה.

לא פורטה הפגיעה במבחנים שנקבעו בחלק א אשר בתוספת לתקנה 11 שבתקנות הביטוח הלאומי, תיקבע דרגת הנכות על-ידי רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי, לפי הפגיעה הדומה לה, בין הפגיעות שנקבעו במבחנים.

הייתה למבוטח עילה לתביעה בגין תאונת עבודה גם מן המוסד לביטוח לאומי, עקב קרות מקרה הביטוח, תחייב הקביעה של המוסד לביטוח לאומי, על-פי המבחנים הרלוונטיים שנקבעו בסעיף 3.2.1 לעיל, **בנוגע לשיעור נכותו** של המבוטח הנובעת ממקרה הביטוח, **ובגין תאונות עבודה בלבד**, גם את הצדדים לפוליסה זו ובלבד שהמבוטח כבר הגיש תביעה נגד המוסד לביטוח לאומי ושהמוסד לביטוח לאומי קבע את נכותו של התובע, לפני שנכותו נקבעה בין הצדדים על פי האמור בסעיף 3.2.1 לעיל.

- 3.1.2.4. תנאי מיוחד לקביעת נכות צמיתה: במקרה שנכות צמיתה איננה ניתנת לקביעה סופית תוך תקופה של 90 יום ממועד קרות האירוע, אזי תחול על התשלום הסופי למוטב, לאחר קביעת הנכות התמידית כאמור, ריבית בשיעור השווה לריבית השנתית הממוצעת המשולמת על ידי הבנקים בישראל בחשבון פיקדון פק"מ שנתי, החל מיום קרות האירוע ועד למועד הסופי של התשלום.
- 3.1.2.5. למען הסר ספק מודגש במפורש כי במקרה תשלום פיצויים בגין נכות קבועה למבוטח, לא יובאו הפיצויים בחשבון במקרה תאונה נוספת שאינה קשורה באותה תאונה.
- 3.1.2.6. נכות שהייתה קיימת לפני קרות מקרה הביטוח תופחת בעת קביעת שיעור הנכות על פי כיסוי זה, רק במקרה של נכות חופפת.

פרק א'1: פיצוי בגין ימי אשפוז בבית חולים

1. **מקרה הביטוח:** אשפוזו של המבוטח בבית חולים כתוצאה מתאונה או מחלה במהלך תקופת הביטוח.

מובהר כי המועד הקובע לתשלום תגמולי ביטוח הוא המועד בו אושפז המבוטח לראשונה.

2. תגמולי הביטוח

2.1. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך של 500 ש"ח בגין כל יום אשפוז בבית חולים לתקופה רציפה, החל מהיום השלישי ברצף (בגין היום הראשון והשני לאשפוז לא ישולם פיצוי על פי פרק זה), ולתקופה מרבית בת 14 יום.

2.2. למען הסר ספק, כל אשפוז ייחשב לתקופת אשפוז מחדש לטובת מניין ימי האשפוז לבחינת הזכאות לקבלת תגמולי הביטוח.

פרק ב': פיצוי בגין גילוי מחלה קשה (לבני/ות זוג בלבד)

1. הגדרות

- 1.1. **גיל כניסה מקסימאלי** לכיסוי על פי פרק זה הינו התאריך בו הגיע המבוטח לגיל 67 שנה.
- 1.2. **מקרה הביטוח** - המבוטח ייחשב כזכאי לתגמולי הביטוח בעת גילוי אחת המחלות בתוך תקופת הביטוח.

2. להלן פירוט המחלות הקשות המבוטחות:

- 2.1. **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.
- 2.2. **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.
- 2.3. **מחלת כבד סופנית (שחמת) - (cirrhosis) (terminal liver disease)** 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 היפרספליזם.
- 2.4. **השתלת אברים - (organ transplantation) לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מוח עצמות, מעי.**
קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר ובטרם ביצוע ההשתלה בפועל או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר (למען הסר ספק, השתלת מח עצם עצמית אינה מכוסה) או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר, ובתנאי שההשתלה בוצעה בתאם לחוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, וכן בתנאי שנטילת האיבר והשתלת האיבר נעשתה על פי הדין החל באותה מדינה בה בוצעה ההשתלה וכי מתקיימות הוראות החוק לענין סחר באיברים.
- 2.5. **טרשת נפוצה** - (MULTIPLE SCLEROSIS)
דמיאליניזציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תיקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאליניזציה (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 תיקבע על ידי נוירולוג מומחה.

2.6. 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 פנימי מומחה.

2.7. 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.

2.8. ניוון שרירים (MUSCULAR DYSTROPHY)

עדות לפגיעה משולבת בניירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים.

האבחנה תיקבע על ידי נוירולוג מומחה.

2.9. 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 מוח. לדוגמא: גלזקו קומה 5 או פחות (GLAZGOW COMA SCALE).

2.10. 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 5-1-2013. הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.

2.11. דלקת חידקית של קרום המוח - (BACTERIAL MENINGITIS)

דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי 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 5-1-2013. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים. הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.

2.12. מחלת ריאות חסימתית כרונית (CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE)

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

- נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפי 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.
- הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ"ע ועליה בלחץ העורקי של 10 תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"ע.

2.13. יתר לחץ דם ריאתי ראשוני - (primary pulmonary hypertension)

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

2.14. 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 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, נייודות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 1-5-2013.

2.15. מצב רפואי חמור ובלתי הפיך -

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

2.16. 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 הלב. האבחנה תתבצע על ידי מומחה לאינדוקרינולוגיה המתמחה בילדים ובתנאי שנמשכת לפחות 6 חודשים.

2.17. תשישות נפש (Dementia)

פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון 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 אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.

2.18. 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:

2.18.1. בדיקה ביוכימית, המציגת 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 הבודדת, או בכל דרך אחרת של בדיקה שמבוצעת בבתי החולים עבור כלל החולים, אשר תחליף בעתיד את הבדיקה הביוכימית האמורה.

2.18.2. בנוסף לבדיקה הביוכימית כאמור בסעיף 2.2.1.1 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.

2.19. 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.

- 2.20. **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.
- 2.21. **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.
- 2.22. **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.
- 2.23. **שבץ מוחי (CVA)**
כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת ct או mri הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. כל זאת להוציא TIA.
- 2.24. **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 C1N3, cin2, cin1 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 Basal Cell Carcinoma-I Hyperkeratosis ;
 - 3.2 מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.
 4. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה-AIDS ;
 5. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-T2 No Mo TNM Classification (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-5 (כולל);
 6. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ-10,000 B cell/ul lymphocytes ובלבד 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 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-CELL LY T.

- 2.25. **אנמיה אפלסטית חמורה - (SEVERE APLASTIC ANEMIA)**
 כשל של מח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נייטרופניה 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.
- 2.26. **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.
- 2.27. **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).
- 2.28. **פוליו (שיתוק ילדים) - (poliomyelitis)**
 שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- 2.29. **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.
- 2.30. **עיוורון (blindness)**
 איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראייה בשתי העיניים (קרי: בדיקת חדות ראייה מירבית בשתי העיניים של 60/3 או פחות מזה), כפי שנקבע ע"י רופא עיניים מומחה.
- 2.31. **כוויות קשות (severe burns)**
 כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.
- 2.32. **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.
- 2.33. **חירשות (deafness)**
 אובדן מוחלט ובלתי הפיך של 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.
3. **תשלום סכום הביטוח**
- 3.1. החברה תשלם למבוטח את סכום הביטוח על פי סעיף 3.2 להלן, פעם אחת בלבד, בקרות לו אחד המקרים המופיעים בסעיף "מקרה הביטוח" לעיל.
- 3.2. **עם תשלום סכום הביטוח בסך 100,000 ₪, יפוג תוקפו של פרק זה בפוליסה זו לגבי אותו מבוטח. ולא תיגבה פרמיה בגין הכיסוי על פי פרק זה.**

4. הגבלת אחריות המבטח

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם, אשר יחולו במלואם על פרק זה, לא יהא המבטח אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח למבוטח במקרים הבאים:

- 4.1. אם קיום מקרה הביטוח התגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.
- 4.2. מקרה הביטוח הנוגע לעיוורון, חירשות וניוון שרירים כהגדרתם לעיל, נתגלו או אירעו במלואם או בחלקם לפני ה-1 בחודש לגיל בו הגיע המבוטח ל-3 שנים.
- 4.3. אם נפטר המבוטח תוך 30 יום מיום גילוי המחלה.

5. ביטול הכיסוי על פי פרק זה:

פרק זה יבוטל בכל אחד מהמקרים הבאים, המוקדם ביניהם:

- 5.1. מות המבוטח.
- 5.2. תום תקופת הביטוח כהגדרתה עפ"י הסכם זה.
- 5.3. לאחר קבלת פיצוי על פי תנאי הפוליסה.

דף פרטי ביטוח:

בעל הפוליסה ארגון סגל המחקר במשרד הביטחון ומשרד ראש הממשלה סניף דרום.
המבוטח חברי הארגון ובני/ות זוגם שהצטרפו לביטוח על פי תנאי הסכם זה.
תאריך תחילת הביטוח 01.06.2019 או מועד הצטרפות המבוטח לביטוח, לפי המאוחר ביניהם.
תקופת הביטוח 60 חודשים ועד ה-31.05.2024.

סכומי הביטוח ודמי ביטוח:

כיסוי	פרק	סכום ביטוח	משך	ימי השתתפות עצמית	דמי ביטוח
נכות מתאונה	א	₪220,000	-	-	₪16.50
אשפוז - פיצוי יומי	2א	₪500	14 ימים	2 ימים	
פיצוי בעת גילוי מחלה קשה	ב	₪100,000	-	-	₪93

פרטי התקשרות

אלון סוכנות לביטוח

08-6231992 📞

08-6278970 📠

info@alonins.co.il 📧

www.alonins.co.il 🖱️