



**SHIRBIT שירביט**  
חברה לביטוח בע"מ LTD. Insurance Company

## MORE בריאות

בטחון לבריאות

ביטוח מחלות קשות



הונגש באמצעות  
המרכז להגשת מידע של  
עמותת נגישות ישראל (ע"ר)

## תוכן העניינים

2	מבוא .....
5	תנאים כלליים .....
16	תכנית הביטוח - "בטחון לבריאות" .....
19	גילוי נאות .....

## מבוא

תמורת תשלום דמי ביטוח (פרמיה) כנקוב בדף הרשימה תפצה/תשפה החברה, לפי הענין, את המבוטח בגין הכיסויים הביטוחיים המופיעים בתכניות, כמוגדר להלן, שרכש המבוטח כמצוין בדף הרשימה. זאת, בכפוף להגדרות, לתנאים, להוראות, ולסייגים המפורטים להלן (להלן - תנאים כלליים) בגבולות אחריות החברה והגדרת תקופת הביטוח, על פי תנאי ביטוח זה והוראותיו.

### 1. הגדרות:

למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצידם:

- 1.1 **בית חולים:** מוסד רפואי המאושר על ידי הרשויות המוסמכות, כבית חולים כללי, למעט בית חולים סיעודי ו/או בית חולים פסיכיאטרי.
- 1.2 **גיל המבוטח:** יחושב בשנים שלמות. 6 חודשים מלאים ומעלה יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה.
- 1.3 **גבול אחריות החברה:** גבולות הכיסוי הביטוחי על פי הפוליסה המפורטים בדף הרשימה.
- 1.4 **דולר:** דולר ארה"ב על פי שער היציג במועד הנדרש.
- 1.5 **דמי הביטוח:** סכום דמי הביטוח, סכום בגין תוספות רפואיות ומקצועיות, הפרשי הצמדה וריבית (לרבות ריבית פיגורים) וסכומים אחרים, שעל המבוטח לשלם לחברה כמפורט בדף הרשימה ובכפוף להוראות הפוליסה.
- 1.6 **דף הרשימה:** טופס המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, אשר כולל, בין היתר, את מספר הפוליסה, פרטים אישיים של המבוטחים, מועד תחילת הביטוח, גובה דמי הביטוח, מועד תשלומם, אופן התשלום, פרוט נספחי ופרקי הכיסויים הביטוחיים שבתוקף, גבול אחריות החברה ופרטים נוספים הקשורים לביטוח על פי הפוליסה.
- 1.7 **ההצעה:** טופס הצעה, הכולל בקשה להצטרפות לביטוח כמבוטח בנוסח שייקבע על ידי החברה ו/או סרט הקלטה ו/או מדיה מגנטית הכוללת הקלטת שיחת המכירה בקשר לבקשה להצטרפות לביטוח כאמור, לרבות הצהרת בריאות וכתב ויתור על סודיות רפואית חתום על ידי המבוטח ו/או בן/בת זוגו וכן כל הצהרה או אישור אחר של המבוטח הכלולים בו.
- 1.8 **החברה ו/או המבטח:** שירביט חברה לביטוח בע"מ.
- 1.9 **מבוטח:** אדם ו/או בן או בת זוגו ו/או ילדיהם, אשר שמם נקוב בדף הרשימה.
- 1.10 **מבוטח ראשי:** מבוטח אשר שמו נקוב בדף הרשימה כ**מבוטח ראשי**.
- 1.11 **מבוטח משני:** מבוטח שהינו בן או בת זוגו של **מבוטח ראשי** ואשר שמו נקוב בדף הרשימה כ**מבוטח משני**.

- 1.12 **מבוטח קטין**: יחיד מיחידי המבוטח **שטרם** מלאו לו 23 שנים.
- 1.13 **המפקח**: המפקח על הביטוח כמשמעותו בחוק הפיקוח.
- 1.14 **השתתפות עצמית**: חלקו של המבוטח בגין מקרה הביטוח המפורט בכל תכנית או המפורט בדף הרשימה לגבי התכנית הרלבנטית.
- 1.15 **חו"ל**: כל מדינה מחוץ לישראל **למעט מדינות אויב**.
- 1.16 **חוק הבריאות**: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 1.17 **חוק חוזה הביטוח**: חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981.
- 1.18 **ישראל**: מדינת ישראל לרבות השטחים המוחזקים על ידה.
- 1.19 **מדד**: מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 1.20 **מוטב**: המבוטח או מי שנקבע על ידי המבוטח, לקבל את תגמולי הביטוח על פי הפוליסה עבורו ו/או במקומו.
- 1.21 **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.
- 1.22 **מקרה הביטוח**: אירוע ו/או נסיבות שהוגדרו בכל אחת מתכניות הבסיס שרכש המבוטח, ואשר בקרוםם זכאי המבוטח לקבל מהחברה תגמולי ביטוח, כמפורט באותה תכנית בסיס; הכל בכפוף לתנאים, לחריגים ולסייגים שכלולים בפוליסה.
- 1.23 **נותן שירות שבהסכם**: רופא מנתח, רופא מרדים, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עימו התקשרה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד קרות מקרה הביטוח.  
נותני שירות הקשורים עם החברה בהסכם יהיו כמפורט ברשימה המצוייה בידי החברה ואשר תתכן ותשתנה מעת לעת.
- 1.24 **נותן שירות אחר**: רופא מנתח, בית חולים וכל גוף רפואי אחר אשר אינו נותן שירות שבהסכם.
- 1.25 **ניתוח**: פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

1.26 **נכות מלאה ותמידית:** נכות עקב מחלה או תאונה שבעיקבותיה נשללה מהמבוטח הראשי באופן מוחלט ולצמיתות האפשרות לעסוק בתעסוקה כלשהי או לעשות עבודה כלשהי בעבור תגמול או רווח. נכות מוחלטת ותמידית תחשב גם אם המבוטח הראשי איבד באופן מוחלט ותמידי את כושר הראייה של שתי העיניים או איבד באופן מוחלט ותמידי את יכולת השימוש בשתי הידיים או בשתי הרגלים או ברגל אחת ויד אחת.

1.27 **תקופת הביטוח:** תקופת הביטוח היא שנתיים ומתחדשת לתקופות נוספות.

1.28 **פוליסה:** חוזה ביטוח שבין המבוטח ובין החברה הכולל את דף הרשימה, נספחי הפוליסה והסייגים שלהם, התנאים הכללים ו/או תוספות ו/או מסמכים אחרים.

1.29 **תכנית בסיס:** תכנית ביטוח שמשווקת החברה בפני עצמה ללא תלות ברכישת תכנית אחרת.

1.30 **תכנית נוספת:** תכנית הנלווית לתכנית בסיס וכוללת כיסויים ביטוחיים המפורטים בה.

1.31 **קופת חולים:** כהגדרת מונח זה בחוק הבריאות.

1.32 **רופא מומחה:** רופא שהוסמך על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא פועל כמומחה בתחום הרפואי הרלבנטי הנדרש.

1.33 **רופא מנתח:** רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מנתח.

1.34 **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.

1.35 **תאריך תחילת הביטוח:** התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כתאריך תחילת הביטוח.

1.36 **תקופת אכשרה:** תקופת זמן רצופה, אשר משכה יצוין בכל תכנית בסיס או בכל פרק מפרקי הכיסוי הביטוחי (למעט עבור מקרה ביטוח שנובע מתאונה כאמור בתכנית הבסיס "הגנה משפחתית"), או בדף הרשימה, המתחילה לגבי כל מבוטח בתאריך תחילת הביטוח לגביו ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל תכנית בסיס או בכל פרק מפרקי הכיסוי הביטוחי לגבי מקרה הביטוח הנוגע לאותה תכנית בסיס או פרק. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מודגש, כי מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח והחברה לא תהיה אחראית בגינו על פי הפוליסה.

1.37 **תקופת המתנה:** תקופה המתחילה ביום קרות מקרה הביטוח כהגדרתו בכל נספח ואשר במהלכה לא תשלם החברה תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח.

1.38 **סל שירותי הבריאות:** מכלול השירותים הרפואיים, התרופות והאביזרים הרפואיים המוצעים על ידי קופות החולים לחבריהן, במסגרת ומכוח חוק הבריאות.

## תנאים כלליים

### 2. תוקף הביטוח:

2.1 בהסתמך על הצהרות המבוטח (ובמקרה של מבוטח קטין, בהסתמך על הצהרות הורה/יו ו/או אפוטרופוס אשר מונה לו על פי דין), בכפוף לכל התנאים, ההוראות, הסייגים והחריגים המפורטים להלן ובפוליסה, החברה מתחייבת כי בקרות מקרה ביטוח תפצה ו/או תשפה את המבוטח, באופן ישיר או על ידי תשלום ישירות לנותן השירות שבהסכם, בהתאם לקבוע בתכנית המתאימה ביחס לאותו מקרה ביטוח, ובלבד שתשלומי החברה כאמור, לא יעלו על סכומי הביטוח המירביים, כמפורט בגבול אחריות החברה.

2.2 חבות החברה על פי הפוליסה תחל בתאריך תחילת הביטוח, בכפוף לתקופת האכשרה ובכפוף לקיומם של כל התנאים להלן:

2.2.1 החברה קיבלה את ההצעה. למען הסר ספק, אם שולמו לחברה כספים על חשבון דמי ביטוח לפני שהחברה קיבלה את ההצעה, לא ייחשבו תשלומים או קבלתם כקבלת ההצעה על ידי החברה וכהסכמת החברה להוצאת הפוליסה. החברה תחזיר למועמד לביטוח כספים ששולמו על ידו על חשבון הפוליסה כאמור, בתוספת הצמדה וריבית כדין, אם החברה לא תקבל בסופו של דבר את ההצעה ולא תנפיק את הפוליסה כאמור.

2.2.2 אי מתן הודעה בכתב של החברה, למועמד לביטוח על קבלתו או דחייתו לביטוח, בהתקיים אחד משני התנאים המצויינים להלן, משמע קבלת ההצעה לעניין ס"ק זה:

2.2.2.1 חלפו 60 יום מהמועד שבו נתקבלו בחברה כל המסמכים והמידע הדרושים לה לקביעת קבלתו או דחייתו לביטוח.

2.2.2.2 חלפו 90 יום מהמועד שבו נתקבלו לראשונה בחברה מסמכי ההצעה ובתנאי שבפרק זמן זה לא שלחה לו החברה הודעה בכתב בדבר קבלתו לביטוח או דחייתו או דרישה להמצאת הוכחות ומסמכים כלשהם.

2.2.2.3 התקבל אמצעי תשלום לגביית דמי הביטוח.

2.3 חבות החברה על פי הפוליסה (או כל חלק ממנה) תמשך בכל תקופת הביטוח אלא אם הפוליסה (או כל חלק ממנה) בוטלה כדין.

2.4 החברה רשאית מעת לעת לשנות, לפי שיקול דעתה, את רשימת נותני השירותים עימם היא מתקשרת לצורך מתן שירותים רפואיים על פי הפוליסה.

### 3. חידוש תקופת הביטוח:

3.1 אחת לשנתיים, בראשון לחודש יוני (להלן: "מועד החידוש"), תחודשנה למבוטח תכניות הביטוח שבהן הוא היה מבוטח במסגרת הפוליסה ערב החידוש, לתקופה של שנתיים נוספות, בין אם באותם תנאים ובין בתנאים שונים, ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה נוספת (להלן: "רצף ביטוח").

3.2 על אף האמור בס"ק 3.1, לא תחודש מאליה פוליסה ללא קבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח לחידוש (לרבות הסכמתו לחידוש עבור ילדו עד גיל 21 או עבור בן זוגו), אם חלה עליה בדמי הביטוח החודשיים בתקופת הביטוח הבאה, של יותר מ-10 שקלים חדשים או יותר מ-20 אחוזים מדמי הביטוח לפי הגבוה מביניהם, ביחס לדמי הביטוח החודשיים ששילם המבוטח ערב חידוש הפוליסה. "עליה בדמי ביטוח" בהקשר זה, לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאת דמי הביטוח.

3.3 על אף האמור בס"ק 3.2, לא נדרשת הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם חידוש הפוליסה מאליה כאמור בס"ק 3.1, במקרים הבאים:

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

3.3.2 אם נציג/ת החברה פרט/ה 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;

3.3.3 אם המפקח קבע מראש ובכתב שלא נדרש לקבל את הסכמת המבוטח לגבי שינוי מסוים שערכה החברה בתכנית.

3.4 חודשה הפוליסה שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בס"ק 3.2-3.3, רשאי המבוטח להודיע לחברה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הפוליסה, על ביטול הפוליסה. עשה כן, תבוטל הפוליסה לגביו במועד חידוש הביטוח ויושבו לו דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו, ככל שנגבו, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

### 4. קביעת דמי הביטוח:

4.1 דמי הביטוח על פי הפוליסה יחושבו בנפרד ביחס לכל אחד מיחיד המבוטח וישתנו מדי תקופה, כמפורט בדף הרשימה בהתאם לתאריך תחילת הביטוח, גילו ומינו של המבוטח.

4.2 הימנעות החברה מהפעלת זכותה על פי סעיף זה במועד כלשהו, לא תחשב כוויתור של החברה על זכותה לשנות את דמי הביטוח כאמור, במועד מאוחר יותר.

4.3 נפטר המבוטח ונותרה לתשלום יתרה של תגמולי ביטוח שטרם שולמה לנותן השירות כלפיו התחייבה החברה, תשולם יתרה זו לנותן שירות זה. נותרה יתרה לתשלום, המגיעה על פי תנאי הפוליסה למבוטח, היא תשולם על ידי החברה לירשי המבוטח או

למוטבים שלו, אם האחרונים צוינו בהצעת הביטוח.

## 5. תשלום דמי ביטוח:

- 5.1 המבוטח ישלם לחברה את דמי הביטוח בתקופת הביטוח, בהתאם למועדים ולסכומים הקבועים בדף הרשימה ובפרק זה, זאת מבלי שהחברה תהיה חייבת לשלוח הודעות כלשהן על כך.
- 5.2 מועד הפרעון של כל תשלום של דמי הביטוח יהיה אחת לחודש ביום הראשון לכל חודש, אלא אם נקבע אחרת בדף הרשימה.
- 5.3 במקרה של תשלום דמי הביטוח באמצעות הוראת קבע לבנק, ייחשב זיכוי חשבון החברה בבנק בלבד כפרעון דמי הביטוח.
- 5.4 דמי ביטוח שלא שולמו במועד, ישאו הפרשי הצמדה על פי הוראות הפוליסה, וריבית בשיעור הקבוע בחוק פסיקת ריבית, החל מיום היווצר הפיגור ועד לפרעונם בפועל.
- לא שולמו דמי הביטוח או חלק מהם במועד ולא שולמו גם תוך 15 ימים לאחר שהחברה דרשה מן המבוטח, בכתב, לשלם, רשאית החברה להודיע למבוטח בכתב כי הפוליסה תבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן.
- 5.5 כל עוד לא אושרה תביעה של המבוטח על בסיס הפוליסה על ידי החברה, על המבוטח להמשיך בתשלום דמי הביטוח.

## 6. גיל הצטרפות

המועד בו המבוטח זכאי להצטרף לתכנית הביטוח בהתאם לתנאי התכנית.

## 7. המשך הכיסוי הביטוחי למבוטח קטין עם הגיעו לגיל 23:

החברה תודיע למבוטח הקטין או למבוטח, בכתב, 60 ימים לפני מלאת למבוטח קטין 23 שנים, על תום תקופת הביטוח ועל זכותו של המבוטח הקטין להמשיך את הביטוח בלא כל צורך במתן הצהרת בריאות או בבדיקה רפואית ו/או בתקופת אכשרה נוספת.

ביקש המבוטח הקטין לממש את זכותו כאמור, יודיע על כך, בכתב, לחברה בתוך 60 ימים מיום מלאת לו 23 שנים. החברה תמשיך את ביטוחו של המבוטח בפוליסה חדשה על שמו, על פי התנאים והתעריפים שיהיו מקובלים בחברה באותה עת.

לא הודיע המבוטח הקטין לחברה על רצונו להמשיך את הכיסוי הביטוחי, אף אם לא קיבל מהחברה הודעה בכתב כאמור ברישא של סעיף זה, הוא ייגרע מהפוליסה מיום מלאת לו 23 שנים.



## 8. שחרור מתשלום פרמיה:

8.1 החברה תשחרר מהמשך תשלום הפרמיה המשולמת בגין המבוטח המשני ו/או המשלומת בגין המבוטח הקטין (להלן: "שחרור מתשלום הפרמיה") בקרות אחד המקרים הבאים:

8.1.1 מות המבוטח הראשי מכל סיבה, להוציא התאבדותו בשנת הביטוח הראשונה או אם גרם המוטב למותו של המבוטח.

8.1.2 נכותו המלאה והתמידית של המבוטח הראשי.

מובהר בזאת כי החברה לא תהיה אחראית לשחרור מתשלום פרמיה עקב נכות מוחלטת ותמידית של המבוטח הראשי אם מקרה הנכות נגרם על ידי אחד או יותר מהמקרים המפורטים בחריגים הכלליים בסעיף 15 של התנאים הכלליים של הפוליסה.

8.2 השחרור מתשלום פרמיה יחל מיום מותו של המבוטח הראשי, או מיום קביעת נכותו המוחלטת והתמידית, לפי העניין.

השחרור מתשלום פרמיה יסתיים בהגיע המבוטח המשני לגיל 70 ובהגיע המבוטח הקטין לגיל 23, או במועד ביטול התכנית בגינה משוחררת הפרמיה - המועד המוקדם מביניהם.

מובהר בזאת, כי:

8.2.1 במקרה בו המבוטח הראשי הינו המבוטח היחיד בפוליסה לא תהיה כל דרישה כאמור לעיל לתשלום פרמיה על מוטבי המבוטח הראשי.

8.2.2 במקרה בו נפטר המבוטח הראשי בפוליסה וישנם מבוטחים נוספים בפוליסה קרי: מבוטח משני (עד גיל 70), ילדים (עד גיל 23) לפי תנאי הפוליסה, השחרור מתשלום פרמיה יחול רק על פוליסה זו.

8.2.3 שחרור מתשלום פרמיה לא יחול על פוליסה או פוליסות שהוצאו על ידי החברה בגין ילדי המבוטח הראשי שמעל גיל 23 כאמור בסעיף 6 לעיל.

8.3 תנאי השחרור מתשלום הפרמיה המשולמים בכל אחת מתכניות הפוליסה, כפופים לתנאים המיוחדים, לעניין זה, המצוינים בכל אחת מתכניות פוליסה זו.

## 9. תשלום תגמולי ביטוח:

9.1 בקרות מקרה ביטוח, ולא יאוחר מ- 30 ימים מהיום שהיו בידי החברה המידע והמסמכים הדרושים לבירור חבותה, תשלם החברה למבוטח או לנותן השירות לפי העניין, את תגמולי הביטוח.

9.2 מבלי לגרוע מהאמור בס"ק 9.1 לעיל, יהיה המבוטח זכאי לקבל מהחברה, במקרים המתאימים לדעת החברה ולפי שיקול דעתה בלבד, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי, כמפורט בפוליסה ובתנאי שזכאותו זו היא על פי הפוליסה.

9.3 תגמולי ביטוח שמטרתם לממן טיפולים רפואיים המתבצעים בחו"ל, ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום או בשקלים, לפי בחירת החברה וכנגד קבלות מקוריות ו/או קבלות נאמנות למקור.

9.4 הוצאות בגין המרת סכום הביטוח או חלקו או הוצאות מוכרות או חלקן למטבע חוץ והוצאות העברתו לחו"ל, ישולמו על ידי החברה ויהיו חלק מתגמולי הביטוח על פי הפוליסה בכפוף לגבול אחריות החברה. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער הדולר ביחס למטבע הזר בהתאם לסעיף 1.4 להגדרות הפוליסה.

#### 10. זכות הקיזוז והתחלוף (סברוגציה):

10.1 היתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות שיפוי או פיצוי כלפי צד שלישי, שלא מכח חוזה ביטוח, תעבור זכות זו לחברה מעת ששילמה למבוטח את תגמולי הביטוח, ובשיעור התגמולים ששילמה ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מהצד השלישי שיפוי או פיצוי מעל תגמולי הביטוח שקיבל על-פי פוליסה זו.

10.2 קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי או פיצוי שהיה מגיע לחברה על פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה.

10.3 התפשר המבוטח, ויתר או עשה פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותה של החברה כאמור.

10.4 בוטחו מקרי הביטוח, כולם או מקצתם, אצל יותר ממבוטח אחד לתקופות חופפות, על המבוטח להודיע על כך למבטחים בכתב מיד לאחר שנעשה ביטוח הכפל או לאחר שנודע לו עליו.

10.5 היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות על-פי פוליסה זו, במלואן או בחלקן, מאת מבטח אחר או על-ידי ביטוח אחר, תהא החברה אחראית כלפי המבוטח, יחד ולחוד עם המבטח האחר, לגבי סכום הביטוח החופף ויחולו הוראות סעיף 59 לחוק חוזה הביטוח.

#### 11. תשלום תביעות (תגמולי הביטוח):

11.1 בקרות מקרה ביטוח, או במועד בו נודע למבוטח כי מקרה ביטוח עומד לקרות, לפי המוקדם, בגינם מבקש המבוטח לממש את זכויותיו על פי הפוליסה, יודיע על כך המבוטח לחברה, מוקדם ככל שניתן, ויקבל את אישור החברה מראש ובכתב לכל אחד מהכיסויים הביטוחיים הרלבנטיים לאותו מקרה ביטוח, למעט במקרה חירום.

11.2 במקרים בהם תגמולי הביטוח משולמים כהחזר הוצאות, על המבוטח להציג לחברה מסמכים מקוריים בגין ההוצאות. המבוטח פטור מחובה זו אם הוא מחויב למסור את המסמכים המקוריים גם לגורם אחר או אם מסיבה אחרת אין ביכולתו להציגם ובלבד שיציג לחברה העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.

11.3 על המבוטח למסור לחברה, בהקדם האפשרי לאחר שנדרש לכך, כתב ויתור על סודיות רפואית אשר ישמש, ככל שדרוש, לצורך בירור זכויות וחובות המוקנות על-פי הפוליסה, וכן את המידע והמסמכים הדרושים לבירור חבות החברה בגין תביעת המבוטח, ואם אינם בנמצא ברשותו, עליו לסייע לחברה ככל שיוכל להשיגם. על המבוטח להיבדק על פי דרישת החברה, בבדיקה רפואית סבירה, על ידי רופא או רופאים מומחים מטעם החברה ועל חשבונה.

11.4 לא נמסרה הודעה לפי סעיף 11.1 ומסירתה היה מאפשר לחברה להקטין חבותה, אין היא חייבת בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיתה חייבת בהם אילו קויימה החובה; הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:

- 11.4.1 ההודעה לא נמסרה או נמסרה באיחור מסיבות מוצדקות.
- 11.4.2 אי מסירת ההודעה או האיחור המסירתה לא מנע מהחברה את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.

11.5 החברה תשלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו או תעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם אם נתקיימו כל התנאים הבאים:

- 11.5.1 המבוטח חתם על כתב ויתור סודיות רפואית ומסר לחברה את כל הפרטים והמסמכים הרפואיים הסבירים והאחרים הדרושים לחברה לבירור תביעתו וחבותה, כאמור בסעיפים 11.1 - 11.2 לעיל.
- 11.5.2 לצורך כיסוי המקנה שיפוי, המבוטח המציא לחברה קבלות מקוריות ו/או קבלות נאמנות למקור המאשרות ביצוע תשלום בפועל.

## 12. חובת הגילוי:

12.1 פרק התנאים הכלליים והתכניות אליהן הוא מצורף נעשו על יסוד ההצעה, ההודעות, ההצהרות והתשובות לשאלות שנמסרו בכתב לחברה על ידי המבוטח, המהוות חלק בלתי נפרד ומהותי מהפוליסה. נכונות הידיעות, תשובות, ההודעות וההצהרות האמורות הינה מהותית לתוקפן של הפוליסות, והעלמת מי מהם תזכה את החברה בסעדים העומדים לה לפי חוק חוזה הביטוח.

12.2 על המבוטח לתת תשובות מלאות וכנות.

12.3 **הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.**

12.4 על חובת הגילוי של המבוטח ועל תוצאות הפרתו, יחולו הוראות חוק חוזה הביטוח. למען הסר ספק, לעניין חובות הגילוי על פי חוק חוזה הביטוח ותוצאות הפרתו במקרה של מבוטח קטין, תובא בחשבון כל הצהרה שניתנה לחברה על ידי הורי המבוטח הקטין ו/או האפוטרופוס שלו על פי דין.

12.5 ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא היתה מלאה וכנה, רשאית החברה, תוך 30 ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח.

12.6 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.

12.7 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, והיא פטורה כליל בכל אחת מאלה:

12.7.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

12.7.2 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.

12.7.3 על המבוטח להוכיח את תאריך לידתו על ידי תעודה לשביעות רצונה של החברה. תאריך לידתו של המבוטח הינו עניין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור לעיל. האמור לעיל לא יגרע מכל תרופה לה זכאית החברה על פי כל דין.

12.8 **החברה אינה זכאית לתרופות האמורות בסעיף זה בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:**

(1) היא ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהיא גרמה לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.

(2) העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים.  
לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות החברה  
או על היקפה.

### 13. העדר אחריות של החברה לטיפול רפואי:

מובהר ומוסכם בזאת, כי בחירת נותני השירותים שבהסכם ו/או נותני שירותים אחרים, לרבות זהות נותן השירות שהינו רופא, ומהות הטיפולים והשירותים אשר יקבל המבוטח, שהינם מכוסים בהתאם להוראות הפוליסה, נעשית על ידי המבוטח ועל אחריותו בלבד. החברה לא תישא בכל אחריות ישירה או עקיפה בקשר עם טיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח ו/או לכל אדם זולתו כאמור, באופן ישיר או עקיף, עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפניתו על ידי החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים אלה או עקב מעשה או מחדל או כל נזק או הוצאה שיגרמו למבוטח ו/או לכל אדם זולתו, כתוצאה מהשירות הרפואי או האחר של נותני השירות האמורים המכוסים על פי הפוליסה.

### 14. ביטול הפוליסה:

#### 14.1 ביטול הפוליסה על ידי המבוטח:

- 14.1.1 המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב לחברה והביטול יכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי החברה.
- 14.1.2 המבוטח רשאי לבטל כל אחת מתכניות הבסיס בפוליסה זו בכל עת והביטול לא יהיה מותנה בביטול אחת או יותר מהתכניות האחרות אם נרכשו יחד עם אותה תכנית.
- 14.1.3 על אף האמור בס"ק 14.1.2:
- 14.1.3.1 בוטלה תכנית בסיס, תבוטל גם התכנית הנוספת הנלווית לה.
- 14.1.3.2 בוטלו כל תכניות הבסיס לגבי מבוטח מסוים, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו למי מתכניות הבסיס כאמור.
- 14.1.4 בוטלה הפוליסה, כולה או חלקה על ידי המבוטח רשאי המבוטח המשני בפוליסה להותיר את הפוליסה בתוקף בנוגע אליו/אליה ולמבוטחים הקטינים, ובלבד שהודיע על כך בכתב לחברה לא יאוחר מ- 4 חודשים מיום ביטול הפוליסה ועבור תקופה זו שולמו דמי הביטוח.

#### 14.2 ביטול הפוליסה על ידי החברה:

מבלי לפגוע בזכויות החברה על פי דין, אם לא שולמו דמי הביטוח או חלק מהם במועד, ולא שולמו גם תוך 15 ימים לאחר שהחברה דרשה מן המבוטח בכתב לשלם, רשאית החברה להודיע בכתב, כי הפוליסה תבטל כעבור 21 ימים נוספים, אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן.

15. **חריגים כלליים:**

החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, לפי פוליסה זו בגין תביעה הנובעת מכל אחד מהמקרים המפורטים להלן :

- 15.1 **אירוע שאירע לפני תחילת הביטוח, או בתקופת האכשרה, או לאחר תום תקופת הביטוח.**
  - 15.2 **מחלות תורשתיות.**
  - 15.3 **הפרעות נפש ו/או מחלות נפש.**
  - 15.4 **השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, הפיכה, מרד, פרעות, מהומות, מעשה חבלה או כל פעולה בלתי חוקית או פלילית.**
  - 15.5 **אלכוהוליזם של המבוטח.**
  - 15.6 **שימוש בסמים ו/או בתרופות נרקוטיות על ידי המבוטח ללא הוראת רופא ובפיקוחו.**
  - 15.7 **גלישה אווירית, צניחה, רכיפה, סקי, צלילה, טיסה בכלי טיס כלשהו, למעט טיסה בכלי טיס אזרחי בעל תעודות כשירות להובלת נוסעים.**
  - 15.8 **פגיעה עצמית מכוונת בין אם המבוטח היה שפוי ובין אם לא, אי שפיות, התאבדות או ניסיון לכך.**
  - 15.9 **מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה **AIDS** .**
  - 15.10 **ביקוע גרעיני, או היתוך גרעיני או קרינה מייננת, או זיהום רדיואקטיבי או פעולה מלחמתית או פעולה צבאית.**
  - 15.11 **שירות המבוטח בכוחות הבטחון לסוגיהם, לרבות בצבא סדיר או בשירות מילואים או קבע.**
  - 15.12 **סיבוכי הריון ו/או לידה, פרויז ו/או עקרות, למעט הפסקת הריון על פי אמות מידה רפואיות מקובלות.**
  - 15.13 **טיפול/ניתוחי שיניים וחניכיים.**
  - 15.14 **מקרה ביטוח, כולו או מקצתו, 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, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הצטרפותו לביטוח.**
  - 15.15 **החרגה זו תהייה מוגבלת בזמן על-פי גיל המבוטח בעת תחילת הביטוח כדלקמן:**
    - 15.15.1 **פחות מ- 65 שנים - ההחרגה תהיה תקפה לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתאריך תחילת הביטוח.**
    - 15.15.2 **65 שנים או יותר - החרגה תהיה תקפה לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתאריך תחילת הביטוח.**
- החרגה זו לא תהיה תקפה אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם והחברה לא סייגה במפורש בדף הרשימה את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח. למען הסדר ספק, אין באמור לעיל, כדי לגרוע מחובות הגילוי המוטלות על המבוטח על פי כל דין.
- למען הסדר ספק, אין באמור לעיל, כדי לגרוע מזכותה של החברה לכלול בדף הרשימה סייג לחבותה של החברה או להיקף הכיסוי שלה לגבי אותו מצב רפואי מסוים, לתקופה שתצויין בדף הרשימה, לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- למען הסדר ספק, מובהר כי הסייגים לחבות החברה כפי שמפורטים בסעיף זה לעיל, הינם בנוסף לסייגים לחבות החברה המופיעים בכל אחת מתכניות הבסיס.

16. **התיישנות:**  
תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

17. **מסים והיטלים:**  
המבוטח ישא בתשלום כל המסים הממשלתיים והאחרים החלים על הפוליסה או המוטלים על דמי הביטוח ובכל התשלומים האחרים שהחברה מחויבת לשלם לפי הפוליסה, בין אם מסים אלה קיימים ביום הכנס הפוליסה לתוקף ובין אם הם יוטלו במועד מאוחר יותר. החברה רשאית, על פי שיקול דעתה הבלעדי לשלם את המסים הממשלתיים והאחרים כאמור, או חלקם, במקום המבוטח. במקרה זה יהיה הסכום ששולם כאמור, חלק מתגמולי הביטוח ועל חשבונם בעת תשלום תגמולי הביטוח.

18. **הודעות:**  
18.1 הודעות שישלח צד אחד למשנהו ישלחו אל המען האחרון שמסר הנמען לשולח.

18.2 כל צד מתחייב להודיע למשנהו על כל שינוי בכתובתו ולא תשמע מפי צד כלשהו כל טענה כי הודעה לא הגיעה אליו אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שמסר למשנהו.

18.3 כל הודעה ו/או הצהרה שישלח צד אחד למשנהו יהיו בכתב בלבד.

18.4 כל הצהרה ו/או הודעה שתנתן על יד המבוטח הראשי ו/או המבוטח המשני תחייב את כל יחיד המבוטח, כאילו ניתנה על ידם.

18.5 כל ההודעות למבטח וכל מסמך שיש למסור לו ימסרו בכתב במשרדה הראשי של החברה או במשרדו הרשום של סוכן הביטוח המצוין בדף הרשימה.

19. **הצמדה למדד:**  
סכומי הביטוח על פי הפוליסה, דמי הביטוח, סכומים בגין השתתפות עצמית וכל סכום אחר הנקוב בערכים שקליים יהיו צמודים למדד, וישתנו בהתאם ליחס שבין המדד אשר פורסם לאחרונה לפני היום הקובע, לבין המדד היסודי.  
בסעיף זה תהיה למונח "היום הקובע" המשמעות הבאה:  
לגבי תשלום דמי הביטוח - יום תשלומם בפועל לחברה.  
לגבי תשלום תגמולי ביטוח - יום התשלום בפועל על ידי החברה. לגבי סכומים אחרים - מועד קרות מקרה הביטוח הרלבנטי.

20. **הדין וסמכות השיפוט:**  
על הפוליסה ועל כל סכסוך או מחלוקת הנובעים ממנה יחול הדין הישראלי בלבד. לבתי המשפט בישראל תהיה סמכות שיפוט בינלאומית ייחודית ובלעדית לדון בכל ענין או סכסוך הנוגע לפוליסה, לרבות ענין תוקפה, ביצועה, פרשנותה וביטולה, ולא תהיה סמכות לבית משפט כלשהו מחוץ לישראל לדון באיזה מן העניינים האמורים לעיל.

**21. שונות:**

- 21.1 על פוליסה זו חל חוק חוזה הביטוח.
- 21.2 מתן הקלות או אורכה לא יחשבו כשינוי תנאי הפוליסה או כוויתור של החברה על זכויותיה על פי הפוליסה.
- 21.3 כל שינוי בפוליסה, אם יתבקש, יכנס לתוקפו רק לאחר שיאושר על ידי החברה בכתב ומראש.
- 21.4 החברה תהיה זכאית, בכפוף לקבלת אישור המפקח, לערוך שינויים בפוליסה, על פי שיקול דעתה, במקרה ויחולו שינויים בסל הבריאות לפי חוק הבריאות.
- 21.5 במקרה של סתירה בין הוראות הפרק הכללי לבין הוראות בתכניות הביטוח להלן, יחולו ההוראות הכתובות בכל אחת מהתכניות ביחס לכיסויים הכלולים בה.



## תכנית הביטוח - "בטחון לבריאות"

### פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים שכיחים למבוגרים

אם נרכשה תכנית זו והדבר צוין בדף הרשימה, תפצה/תשפה החברה, לפי הענין, את המבוטח, בגין הכיסויים הביטוחיים המוגדרים להלן, שרכש המבוטח כמצוין בדף הרשימה, וזאת בכפוף להגדרות, לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן (להלן: "תנאים כלליים"), במשך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה על פי תנאי ביטוח זה והוראותיו. במקרה של סתירה בין הוראות תכנית לבין התנאים הכלליים יחולו הוראות תכנית זו.

#### 1. מקרה הביטוח

אחד המקרים המפורטים להלן שאירע למבוטח לראשונה בהיות הפוליסה בתוקף, לאחר תום תקופת האכשרה (בעת אירוע ביטוחי כתוצאה מאירוע תאונתי לא תחול תקופת אכשרה) כנדרש בחלק מרשימת המחלות המפורטות להלן:

#### א. אוטם חריף בשריר הלב (Acute MI)

נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיתמך ע"י קיומו של קריטריון 1 ואחד משני הקריטריונים 2 או 3 כדלקמן:

1. עלייה ברמת האנזימים של שריר הלב לערכים פתולוגיים לרבות עליה ברמות הטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר או כל בדיקה ביוכימית עתידית שתחליף בעתיד בדיקות אלו.
2. כאבי חזה אופייניים.
3. שינויים חדשים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

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

#### ב. טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)

דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה 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.

#### ג. ניתוח לב פתוח להחלפה או תיקון 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.

**ד. ניתוח מעקפי לב (CABG)**

ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.  
**למען הסר ספק, מובהר כי צינתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.**

**ה. 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.

**ו. ניתוח לרבות צינתור באבי העורקים לתקון מפרצת**

ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע של אבי העורקים או ניתוח לרבות צינתור לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן.

**ז. סרטן (Cancer)**

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.  
 מקרה הביטוח אינו כולל:

1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.  
 2. מלנומה ממאירה בעובי פחות מ- 0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות).

3. מחלות עור מסוג: Hyperkeratosis ו- Basal Cell Carcinoma.

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

5. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה- AIDS.

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

7. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ 10,000 B cell /ul lymphocytes ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי.

8. סרטן בבלוטת התירוואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה.

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

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

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

**ח. שבץ מוחי (CVA)**

כל אירוע מוחי (צרבוסקולרי), לרבות אירוע ממקור וורטברו בזילרי 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. גובה סכום הפיצוי לתשלום בקרות מקרה הביטוח על פי סעיף זה, שווה לגובה סכום הביטוח לתכנית זו הנקוב בדף הרשימה.

**2. כיסויים נוספים**

**2.1 התייעצות עם רופא מומחה**

החברה תשפה את המבוטח בגין התייעצות עם רופא מומחה לאחר גילוי אחת מהמחלות המכוסות על פי תכנית זו, פעם אחת בשנה קלנדרית. מסכום הפיצוי תנוכה השתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 20% עד החזר מקסימלי של החברה בגובה 800 ₪. המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין 5 התייעצויות על פי סעיף זה ובסך הכל במשך תקופה של 5 שנים מיום ההתייעצות הראשונה.

**2.2 פיצוי מיוחד בגין מקרה פטירה תוך 30 יום מגילוי מחלת הסרטן.**

למרות האמור בסעיף 4.2 להלן, במקרה בו נפטר מבוטח תוך 30 יום מגילוי מחלת הסרטן, תפצה החברה את מוטבי המבוטח בסך 20% מסכום הביטוח שנרכש ביום תחילת הביטוח ועד 50,000 ₪.

**2.3 שחרור מתשלום פרמייה במות המבוטח הראשי**

במקרה מות המבוטח הראשי וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח למבוטחים בתכנית זו, החברה תשחרר מתשלום הפרמיה המשולמת בתכנית זו בגין המבוטח המשני, עד תום תקופת הביטוח למבוטח המשני בתכנית זו לרבות הארכות תקופת הביטוח לפי סעיף 1.40 בתנאים הכלליים לפוליסה או עד קרות מקרה ביטוח למבוטח המשני לפי תכנית זו. בכפוף לאמור בסעיף 8 של התנאים הכלליים בפוליסה זו. מובהר בזאת, כי הזכאות לשחרור מתשלום הפרמיה הינה רק במקרה של מות המבוטח הראשי.

**3. ביטול התכנית**

תוקף תכנית זו יפוג בקרות אחד המקרים שלהלן, המוקדם מביניהם:  
 א. ביום הראשון בחודש יוני, הקרוב ביותר לפני יום הולדתו השבעים של המבוטח.  
 ב. כאשר ישולם סכום הביטוח שעל פי תכנית זו בגין מקרה ביטוח כמפורט לעיל.

**4. תקופת אכשרה**

תקופת אכשרה על פי תכנית זו היא כמוגדר בהגדרת "תקופת אכשרה" בסעיף 1 לעיל - 90 יום ממועד תחילת הביטוח.

5. חריגים

החברה לא תהיה אחראית ולא תהיה חייבת לשלם את תגמולי הביטוח על-פי תכנית זו, אם מקרה הביטוח הינו תוצאה ישירה ו/או מקרה הביטוח נובע ממות המבוטח תוך 30 ימים מקרות מקרה הביטוח, למעט עקב מקרה סרטן כאמור בסעיף 2.2 לעיל.

**גילוי נאות**

לתוכנית הבריאות: "MORE בריאות" –  
"בטחון לבריאות"

על פי חוזר המפקח על הביטוח 2001/9

חלק א':

**ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה**

נושא	סעיף	תנאים
כללי	1. שם הפוליסה	"MORE בריאות"
	2. הכיסויים בפוליסה	"MORE בריאות": תנאים כלליים "בטחון לבריאות": פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים שכיחים למבוגרים.
	3. משך תקופת הביטוח	משך תקופת הביטוח הינה לשנתיים וכנקוב בדף הרשימה הפוליסה תחודש מאליה אחת לשנתיים, בכפוף לתנאי החידוש והפקיעה המפורטים בה.
	4. תנאים לחידוש אוטומטי	תכניות הביטוח יחודשו מאליהן אחת לשנתיים, בראשון לחודש יוני, בכפוף לתנאי החידוש המפורטים בסעיף 3 בפרק המבוא בפוליסה ובכפוף לתנאים המפורטים בכל אחת מהתכניות.
	5. תקופת אכשרה	90 יום מלבד אירוע ביטוחי הנובע כתוצאה מתאונה בו לא תחול תקופת אכשרה
	6. תקופת המתנה	אין
	7. השתתפות עצמית	התייעצות עם רופא מומחה - בשיעור של 20% עד החזר מקסימלי של החברה בגובה 800 ₪.
שינוי תנאים	8. שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	באישור מראש של המפקח על הביטוח. השינוי יכנס לתוקף 60 ימים לאחר שהחברה הודיעה על כך למבוטח בכתב. החברה רשאית לשנות, מפעם לפעם, את זהותם ומספרם של נותני השירותים שבהסכם, כאמור בסעיף 17 בפרק התנאים הכלליים בפוליסה. לפחות 60 ימים לפני מועד חידוש פוליסה לתקופה נוספת ולא יותר מ- 120 ימים לפני מועד זה, תשלח החברה הודעה בכתב למבוטח ותודיע לו אם ישונו תנאי הפוליסה. במקרה שישונו תנאי הפוליסה יפורטו בהודעה השינויים המהותיים הצפויים.

אישה	גבר	אישה	גבר	גיל
לא מעשן		מעשן		
2.46	4.35	3.04	5.36	23
2.75	4.35	3.48	5.65	24
2.90	4.49	3.91	5.94	25
3.33	4.49	4.49	6.23	26
3.91	4.78	5.51	6.52	27
4.78	5.22	6.67	7.25	28
5.65	5.65	8.12	8.12	29
6.67	6.23	9.86	9.28	30
7.83	7.10	11.88	10.72	31
9.57	8.41	14.64	12.90	32
11.45	10.14	18.12	15.94	33
13.77	12.32	22.17	19.71	34
16.52	14.93	27.10	24.49	35
19.13	18.55	32.03	31.01	36
21.01	23.48	36.09	40.14	37
22.75	29.42	39.57	51.45	38
24.49	36.38	43.19	64.35	39
26.52	44.49	47.39	79.57	40
29.42	53.33	52.90	95.65	41
33.77	62.61	61.01	113.19	42
39.42	72.32	71.74	131.59	43
45.80	83.33	83.62	152.03	44
52.75	94.35	96.52	172.46	45
60.00	102.75	110.00	188.41	46
66.67	108.26	122.17	198.55	47
71.74	112.61	131.16	206.09	48
77.25	116.67	141.01	213.19	49
82.17	121.88	149.86	222.17	50
86.23	128.70	156.38	233.33	51
90.87	139.42	164.06	251.74	52
97.54	157.54	175.36	283.19	53
104.64	180.58	186.38	321.88	54
113.77	209.28	200.58	369.13	55
120.58	238.99	210.14	416.38	56
127.39	273.04	219.71	470.72	57
136.09	311.16	231.88	530.00	58
145.80	352.03	245.80	593.33	59
156.23	393.19	260.14	654.78	60

9. גובה  
הפרמיה

פרמיות

167.39	431.01	275.80	710.14	61		
179.42	465.94	292.61	759.86	62		
194.06	497.39	312.61	801.16	63		
202.17	510.43	322.17	813.62	64		
202.03	507.25	322.03	808.41	65		
210.00	532.90	334.64	849.42	66		
217.68	556.38	347.10	886.81	67		
229.13	583.48	365.36	929.86	68		
240.72	607.68	383.62	968.70	69		
253.04	637.39	403.33	1015.94	70		
* פרמיה חודשית ב ש"ח ל- 100,000 ש"ח סכום ביטוח						
* תעריפי הביטוח מעודכנים לתקופת הביטוח הנוכחית כמצוין בדף הרשימה						
הפרמיה נקבעת מדי שנה לפי גיל המבוטח באותה השנה. הפרמיה עלולה להשתנות בהתאם לנתוני האישיים של המבוטח.					10. מבנה הפרמיה	
באישור מראש של המפקח על הביטוח. השינוי יכנס לתוקף 60 ימים לאחר שהחברה הודיעה על כך למבוטח בכתב.					11. שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	
* בכל עת בהודעה בכתב לחברה. אין החזר פרמיה. * המבוטח רשאי לבטל כל אחת מתכניות הבסיס בכל עת והביטול לא יהיה מותנה בביטול אחת או יותר מהתכניות האחרות. * בוטלה תכנית בסיס, תבוטל גם התכנית הנוספת הנלווית לה. * בוטלה תכנית על ידי המבוטח הראשי, רשאי המבוטח המשני להותירה בתוקף בנוגע לו ולמבוטחים הקטינים ובלבד שהודיע על כך בכתב לחברה, לא יאוחר מ-4 חודשים מיום ביטול התכנית ושולמו דמי הביטוח עבור תקופה זו.					12. תנאי ביטול הפוליסה על ידי המבוטח	
* אם לא שולמו דמי הביטוח (פרמיות) שהגיע זמן פירעונם במועד, בגין אחת מתכניות הביטוח, רשאית החברה לבטל את הפוליסה על פי הוראות חוק חוזה ביטוח. אם לא שולמו דמי הביטוח או חלק מהם במועד ולא שולמו גם תוך 15 ימים לאחר שהחברה דרשה מן המבוטח בכתב לשלם, רשאית החברה להודיע בכתב, שהפוליסה תבטל כעבור 21 ימים נוספים, אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן. * במועד בו שולם סכום הביטוח המרבי על פי התכנית הרלוונטית – יבוטל הביטוח לגבי התכנית הרלוונטית בלבד. * עם תום תקופת הביטוח או פקיעתה של תכנית רלוונטית כמפורט בתנאים של כל תכנית. * במקרה של הפרת חובת הגילוי כמפורט בתנאים כלליים.					13. תנאי ביטול הפוליסה על ידי החברה	תנאי ביטול
"החרגה בגין מצב רפואי קודם" - כהגדרתה בסעיף 1.31 בפרק המבוא ובסעיף 13 בפרק התנאים הכלליים. אם קיימת החרגה, הפירוט לגביה והכיסויים המוחרגים בגינה, מופיעים בדף הרשימה וכן כמפורט בתנאים הכלליים ע ובתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), תשס"ד-2004.					14. החרגה בגין מצב רפואי קודם	חריגים
כמפורט בסעיפים 12 [חובת הגילוי]; 13 [החרגה בגין מצב רפואי קודם] 15 ; 18 בתנאים הכלליים וכן בתכנית הבאה: סעיף 5.					15. סייגים לחבות המבטח	

חלק ב:

ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם בכפוף לתכניות שנרכשו על ידי המבוטח והמפורטים בתנאי התכנית/דף פרטי הביטוח

**"בטחון לבריאות": פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים שכיחים למבוגרים**

פירוט הכיסויים בתכנית	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור החברה מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
פיצוי חד-פעמי עם גילוי מחלה קשה	פיצוי ל- 8 מחלות קשות כדלקמן: אוטם חריף בשריר הלב, טרשת נפוצה, ניתוח לב פתוח או תיקון מסתמי לב, ניתוח מעקפי לב, קרדיומיופטיה (מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב), ניתוח לרבות צינתור באבי העורקים לתקון מפרצת, סרטן, שבץ מוחי. סכום הפיצוי שווה לגובה סכום הביטוח הנקוב בדף פרטי הביטוח.	פיצוי	כן	לא	לא
התייעצות עם רופא מומחה לאחר גילוי מחלה מכוסה פעם אחת בשנה למשך 5 שנים, סך הכול 5 התייעצויות למשך כל תקופת הפוליסה. החזר עד 800 ₪ בהשתתפות עצמית של המבוטח בגובה 20%.	התייעצות עם רופא מומחה לאחר גילוי מחלה מכוסה פעם אחת בשנה למשך 5 שנים, סך הכול 5 התייעצויות למשך כל תקופת הפוליסה. החזר עד 800 ₪ בהשתתפות עצמית של המבוטח בגובה 20%.	שיפוי	כן	לא	לא
פיצוי בגין פטירה תוך 30 יום מגילוי מחלת הסרטן.	פיצוי חד פעמי בגובה 20% מסכום הביטוח שנרכש ביום תחילת הביטוח ועד 50,000 ₪.	פיצוי	כן	לא	לא
שחרור מתשלום פרמיה למבוטח המשני במות המבוטח הראשי.	במקרה מות המבוטח הראשי וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח על פי תכנית זו, תשחרר החברה את המבוטח המשני מתשלום הפרמיות בגין תכנית זו וזאת עד תום תקופת הביטוח למבוטח המשני בתכנית או עד קרות מקרה ביטוח למבוטח המשני לפי התכנית, המוקדם מביניהם.	-	כן	לא	לא

בביטוחי בריאות קיימים מספר סוגי כיסויים והגדרות:

- \* **ביטוח תחליפי** - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון).
- \* **ביטוח משלים** - ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או שב"ן.
- \* **ביטוח מוסף** - ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.

ההגדרות האמורות תקפות ליום פרסומן.

**כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים.**