



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

More בריאות

בטחון לבריאות

ביטוח מחלות קשות



תוכן עניינים

3	מבוא
7	תנאים כלליים
18	בטחון לבריאות: פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים שכיחים
22	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, על פי תאריך הלידה של המבוטח.
- 1.3 **גבול אחריות החברה:** גבולות הכיסוי הביטוחי על פי הפוליסה המפורטים בדף הרשימה.
- 1.4 **דולר:** דולר ארה"ב על פי שערו 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 על שירותים פיננסיים (ביטוח), תשמ"א-1981.**
- 1.14 **השתתפות עצמית:** חלקו של המבוטח בגין מקרה הביטוח המפורט בכל תכנית או המפורט בדף הרשימה לגבי התכנית הרלבנטית.
- 1.15 **ח"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/ואו 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-חדיריתית 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 ותמידיית 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 **קבלה/ות :** מסמך מקורי או העתק ממנו המעיד על ביצוע עסקה או תשלום. מקום בו מצוין בפוליסה זו כי על המבוטח להגיש לחברה קבלות או מסמכים, רשאי המבוטח להגישם באמצעות דואר, דואר אלקטרוני, במסרון, ובחשבון האישי המקוון של המבוטח.

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

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

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

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

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

1.37 **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.**

- 1.38 **תקופת המתנה:** תקופה המתחילה ביום קרות מקרה הביטוח
כהגדרתו בכל נספח ואשר במהלכה **לא** תשלם החברה תגמולי ביטוח
בגין מקרה הביטוח.
- 1.39 **סל שירותי הבריאות:** מכלול השירותים הרפואיים, התרופות
והאביזרים הרפואיים המוצעים על ידי קופות החולים לחבריהן,
במסגרת ומכוח חוק הבריאות.

תנאים כלליים

תוקף הביטוח:

2.

2.1 בהסתמך על הצהרות המבוטח (ובמקרה של מבוטח קטין, בהסתמך על הצהרות הורה/ו/או אפטרופוס/ו אשר מונה/ו 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 תשלומם 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.

3.1 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 ביטוחי**).

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, תבטל 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 כווייתור 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, תשלום יתרה זו לנותן שירות זה. נותרה יתרה לתשלום, המגיעה על פי תנאי הפוליסה למבוטח, היא תשלום על ידי החברה ליורשי המבוטח או למוטבים שלו, אם האחרונים צוינו בהצעת הביטוח.

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, רשאת 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.

גיל הצטרפות

6. המועד בו המבוטח זכאי להצטרף לתכנית הביטוח הוא בהתאם לתנאי התכנית.

המשך הכיסוי הביטוחי למבוטח קטין עם הגיעו לגיל 23:

7. 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, הוא ייגרע מהפוליסה מיום מלאת לו 23 שנים.

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.

תשלום תגמולי ביטוח:

9.1 בקרות מקרה ביטוח, ולא יאוחר מ- 30 ימים מהיום שהיו בידי החברה המידע והמסמכים הדרושים לביור 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 קבלותכהגדרתן בסעיף 1.31 לעיל.

9.4 הוצאות בגין המרת סכום הביטוח או חלקו, 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 ממבטח 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 בחלקו, 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 וקבלות בגין ההוצאות, כהגדרתם בסעיף 1.31 לעיל, כתנאי לקבלת תגמולי הביטוח.

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. המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית משפט.

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 כהגדרתן בסעיף 1.31 לעיל 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 ונכונות.

12.3 על המבוטח להוכיח את תאריך לידתו באמצעות המצאת תעודה או מסמך לשביעות רצון החברה ובהתאם להוראות סעיף 1.31 לעיל. תאריך לידתו של המבוטח הינו עניין מהותי עליו חלה חובת גילוי

כאמור בסעיף זה.

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

12.5 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.

12.6 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.

12.7 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.

12.8 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח סעיף זה, אין החברה חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתיים, בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו, לבין דמי הביטוח המוסכמים, והיא פטורה כליל בכל אחת מאלה:

12.8.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

12.8.2 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.

האמור לעיל לא יגרע מכל תרופה לה זכאית החברה על פי כל דין.

12.9 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.

(3) בחלוף שלוש שנים מתחילת הפוליסה, זולת אם המבוטח פעל בכוונת מרמה.

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 תתבטל 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 **טיפול תרופתי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה באחת המחלות המפורטות להלן -**
- 15.2.1 **מחלות נפש / הפרעות נפש.**
- 15.2.2 **מחלות תורשתיות.**
- 15.2.3 **מחלת צהבת לסוגיה.**
- 15.3 **מקרה הביטוח אירע באופן ישיר כתוצאה מהשתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, צבאית משטרתית, הפיכה, מרד, פרעות, מהומות, מעשה חבלה .**
- 15.4 **כאשר המבוטח מעורב בפעילות פלילית מסוג פשע או עוון ומבוקש על ידי הרשויות. מובהר כי חריג זה לא יחול על פעילות פלילית מסוג חטא.**
- 15.5 **אלכוהליזם של המבוטח.**
- 15.6 **שימוש בסמים ו/או בתרופות נרקוטיות על ידי המבוטח ללא הוראת רופא ובפיקוחו.**
- 15.7 **גלישה אווירית, צניחה, רחיפה, 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, 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 .**
- 15.11 **מקרה הביטוח אירע באופן ישיר כתוצאה משירות המבוטח בכוחות הבטחון לסוגיהם, לרבות בצבא סדיר או בשירות מילואים או קבע.**
- 15.12 **סיבוכי הריון ו/או לידה, פריון ו/או עקרות, למעט הפסקת הריון על פי אמות מידה רפואיות מקובלות.**
- 15.13 **טיפולי/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.**
- החרגה זו תהייה מוגבלת בזמן על-פי גיל המבוטח בעת תחילת**

הביטוח כדלקמן:

15.14.1 פחות מ- 65 שנים - ההחלטה תהיה תקפה לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתאריך תחילת הביטוח.

15.14.2 65 שנים או יותר - החלטה תהיה תקפה לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתאריך תחילת הביטוח.

החלטה 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 הסר ספק, אין באמור לעיל, כדי לגרוע מחובות הגילוי המוטלות על המבוטח על פי כל דין.

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

”בטחון לבריאות”: פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים שכיחים

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 זו 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 מס’ 1 ואחד משני הקריטריונים מס’ 2 או מס’ 3 שלהלן:

1. עלייה ברמת האנזימים של שריר הלב לערכים פתולוגיים רבות 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 של מספר 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. קרדיومیופטיה (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 כטרומ ממאירים.

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

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

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

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

5. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-

TNM Classification T2 No Mo (כולל) או
לפי **Gleason Score** עד ל- 6 (כולל).

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

7. סרטן בבלוטת התירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה.

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

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

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

ח. שבץ מוחי (CVA)

כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), לרבות אירוע ממקור וורטברו בזילרי המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשך 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, על פי סעיף זה לשיפוי בגין 5 התייעצויות בסך הכל, במשך תקופה של 5 שנים מיום ההתייעצות הראשונה.

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

במקרה בו נפטר מבוטח תוך 30 יום מגילוי מחלת הסרטן, תפצה החברה את מוטבי המבוטח בסך 20% מסכום הביטוח

.3 ביטול התכנית

- תוקף תכנית זו יפוג בקרות אחד המקרים שלהלן, המוקדם מביניהם:
- א. ביום 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 1.37 "הגדרות" בחלק "המבוא" בפרק התנאים הכלליים - 90 יום ממועד תחילת הביטוח.

.5 חריג

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.

כתובת אתר האינטרנט של החברה: www.shirbit.co.il	כתובת למשלוח דואר: יד חרוצים 18, נתניה 4250518	כתובת דואר אלקטרוני: briutservice@shirbit.co.il
מחלקת שירות לקוחות: טלפון: 076-8622260 פקס: 076-8843387		

תמצית תנאי הביטוח

”בטחון לבריאות: פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים שכיחים”

לוח 1 - תמצית פרטי הפוליסה

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	”MORE בריאות - בטחון לבריאות: פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים שכיחים”
סוג הביטוח	מחלות קשות
תקופת הביטוח	מתחדשת כל שנתיים - ראה סעיף 3 בפרק המבוא לפוליסה
תיאור הביטוח	פיצוי חד פעמי בגין גילוי מחלה קשה ואירועים רפואיים מתוך 8 המפורטים בתכנית לרבות: אוטם חמור של שריר הלב, שבץ מוחי וסרטן.
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	”החרגה בגין מצב רפואי קודם” - כהגדרת סעיף 1.21. חריגי סעיף 15 בתנאים הכלליים, וכן סעיף 5 בתכנית.
גובה הפיצוי הכספי שאקבל	בהתאם לסכום שרכשת. הסכום מפורט בדף פרטי הביטוח
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹	90 יום כהגדרה בסעיף 1.37 בתנאים הכלליים, מלבד אירוע ביטוחי הנובע כתוצאה מתאונה בו לא תחול תקופת אכשרה
השתתפות עצמית	התייעצות עם רופא מומחה כמפורט בסעיף 2.1
האם קיימים כיומים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים.

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

לוח 2 - תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה

<p>שם הכיסוי</p>	<p>תיאור הכיסוי</p>	<p>מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע</p>	<p>אחרי כמה זמן מתחיל לת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)</p>
<p>פיצוי חד פעמי עם גילוי מחלה קשה</p>	<p>פיצוי ל- 8 מחלות קשות או אירועים רפואיים כדלקמן: אוטם חריף בשריר הלב, טרשת נפוצה, ניתוח לב פתוח או תיקון מסתמי לב, ניתוח מעקפי לב, קר' דימיופטיה (מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב), ניתוח לרבות צינתור באבי העורקים לתקון מפרצת, סרטן, שבץ מוחי. <u>1.</u> כמפורט בתכנית בסעיף</p>	<p>90 יום, מלבד אירוע ביי טוחי הנובע כתוצאה מתאונה בו לא תחול תקופת אכשרה.</p>	<p>פיצוי חד פעמי עם גילוי מחלה קשה</p>
<p>התייעצות עם רופא מומחה</p>	<p>שיפוי בגין התייעצות עם רופא מומחה לאחר גילוי מחלה כמפורט בסעיף <u>2.1</u>.</p>	<p>פעם בשנה למשך 5 שנים, סך הכול 5 התייעצויות למשך כל תקופת הפוליסה. החזר עד 800 ₪.</p>	<p>התייעצות עם רופא מומחה</p>
<p>פיצוי מיוחד בגין פטירה תוך 30 יום מגילוי מחלת הסרטן.</p>	<p>כמפורט בתכנית זו בסעיף <u>2.2</u>.</p>	<p>פיצוי מיוחד בגין פטירה תוך 30 יום מגילוי מחלת הסרטן.</p>	<p>פיצוי מיוחד בגין פטירה תוך 30 יום מגילוי מחלת הסרטן.</p>
<p>הערות</p>	<p>חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>		<p>הערות</p>

מחיר הביטוח

שים לב! מחיר הביטוח עלול להשתנות בהתאם למצבך הרפואי או עקב מתן הנחה. באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון - [כנס למחשבון](#). מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם

מחיר הביטוח החודשי ללא הנחות ותוספות				גיל
אישה	גבר	אישה	גבר	
לא מעשנת		מעשנת		
58.90	105.34	107.77	192.56	45
66.99	114.72	122.82	210.36	46
74.43	120.87	136.41	221.68	47
80.10	125.73	146.44	230.10	48
86.25	130.26	157.44	238.03	49
91.75	136.08	167.31	248.06	50
96.28	143.69	174.60	260.52	51
101.46	155.66	183.17	281.07	52
108.90	175.89	195.79	316.18	53
116.83	201.62	208.09	359.39	54
127.02	233.66	223.95	412.14	55
134.63	266.83	234.63	464.89	56
142.23	304.85	245.31	525.57	57
151.94	347.41	258.90	591.75	58
162.78	393.04	274.43	662.46	59
174.43	439.00	290.45	731.07	60
186.89	481.23	307.93	792.88	61
200.32	520.23	326.70	848.38	62
216.67	555.34	349.03	894.50	63
225.73	569.90	359.71	908.41	64
225.57	566.34	359.55	902.59	65
234.47	594.98	373.62	948.38	66
243.04	621.20	387.54	990.13	67
255.83	651.46	407.93	1038.19	68
268.77	678.48	428.32	1081.55	69
282.52	711.65	450.32	1134.30	70

מחיר הביטוח החודשי ללא הנחות ותוספות				גיל
אישה	גבר	אישה	גבר	
לא מעשנת		מעשנת		
2.59	2.59	2.59	2.59	1-19
2.59	4.53	2.59	5.34	20
2.59	4.69	2.75	5.50	21
2.59	4.69	3.07	5.83	22
2.75	4.85	3.40	5.99	23
3.07	4.85	3.88	6.31	24
3.24	5.02	4.37	6.63	25
3.72	5.02	5.02	6.96	26
4.37	5.34	6.15	7.28	27
5.34	5.83	7.44	8.09	28
6.31	6.31	9.06	9.06	29
7.44	6.96	11.00	10.36	30
8.74	7.93	13.27	11.97	31
10.68	9.39	16.34	14.40	32
12.78	11.33	20.23	17.80	33
15.37	13.75	24.76	22.01	34
18.45	16.67	30.26	27.35	35
21.36	20.71	35.76	34.63	36
23.46	26.21	40.29	44.82	37
25.40	32.85	44.17	57.44	38
27.35	40.61	48.22	71.84	39
29.61	49.68	52.91	88.83	40
32.85	59.55	59.06	106.80	41
37.70	69.90	68.12	126.38	42
44.01	80.74	80.10	146.93	43
51.13	93.04	93.37	169.74	44



מוקד קשרי הלקוחות של החברה
24 שעות 7 ימים בשבוע | טל' 076-8622260