

More בריאות

תנאים כלליים
מהדורה מאי 2014



SHIRBIT שירביט

חברה לביטוח בע"מ LTD. Insurance Company



תוכן עניינים

4-15	תנאים כלליים
16-23	נספח 1: השתלות ותרופות
16	פרק 1 - השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל
18	פרק 2 - סל תרופות מורחב
24-29	נספח 2: הגנה משפחתית
	תאונות אישיות לכל המשפחה
30-32	נספח 3: בטחון לבריאות
	פיצוי למחלות ואירועים רפואיים שכיחים למבוגרים
33-36	נספח 4: בטחון לילד
	פיצוי חד פעמי בגין מחלות ואירועים רפואיים לילדים
37-42	גילוי נאות

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

1. הגדרות:

למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצידיהם:

- 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 **בן משפחה:** בת/בן זוג של המבוטח וילדיהם שגילם אינו עולה על 23 שנה ביום תחילת הביטוח.
- 1.3 **בעל הפוליסה:** אדם, חבר בני אדם המתקשר עם החברה בחוזה הביטוח, נשוא הפוליסה ואשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כבעל הפוליסה.
- 1.4 **גיל המבוטח:** יחושב בשנים שלמות. 6 חודשים מלאים ומעלה יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה.
- 1.5 **גבול אחריות החברה:** גבולות הכיסוי הביטוחי על פי הפוליסה המפורטים בדף פרטי הביטוח.
- 1.6 **דולר:** דולר ארה"ב על פי שער היציג במועד הנדרש.
- 1.7 **דמי הביטוח:** סכום דמי הביטוח, סכום בגין תוספות רפואיות ומקצועיות, הפרשי הצמדה וריבית (לרבות ריבית פיגורים) וסכומים אחרים, שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה כמפורט בדף פרטי הביטוח ובכפוף להוראות הפוליסה.
- 1.8 **דף פרטי הביטוח:** טופס המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, אשר כולל, בין היתר, את מספר הפוליסה, פרטים אישיים של בעל הפוליסה והמבוטחים, 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.
- 1.9 **הצעה:** 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 בת/בן זוגו וכן כל הצהרה או אישור אחר של המבוטח או של בעל הפוליסה הכלולים בו.
- 1.10 **החברה ו/או המבטח:** שירביט חברה לביטוח בע"מ.
- 1.11 **מבוטח:** אדם ו/או בן או בת זוגו ו/או ילדיהם עד גיל 23, אשר שמם נקוב בדף פרטי הביטוח.
- 1.12 **מבוטח ראשי:** מבוטח אשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמבוטח ראשי.
- 1.13 **מבוטח משני:** מבוטח שהינו בן או בת זוגו של מבוטח ראשי ואשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמבוטח משני.
- 1.14 **מבוטח קטין:** יחיד מיחידי המבוטח שטרם מלאו לו 23 שנים.
- 1.15 **המפקח:** המפקח על הביטוח כמשמעותו בחוק הפיקוח.
- 1.16 **השתתפות עצמית:** סכום כספי המפורט בכל נספח או המפורט בדף פרטי הביטוח

- לגבי הנספח הרלבנטי, שעל המבוטח לשאת ו/או לשלם בעצמו בטרם תשלם החברה את תגמולי הביטוח אותם היא חייבת בתשלום על פי תנאי הפוליסה.
- 1.17 **הכיסויים הביטוחיים:** כל אחד מהכיסויים הביטוחיים הניתנים לרכישה במסגרת פוליסה זו, בין בדרך של שיפוי ובין בדרך של פיצוי.
- 1.18 **חוק:** כל מדינה מחוץ לישראל למעט מדינות אויב.
- 1.19 **חוק הבריאות:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.
- 1.20 **חוק חוזה הביטוח:** חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.
- 1.21 **חוק הפיקוח:** חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) התשמ"א-1981.
- 1.22 **חוק פסיקת ריבית:** חוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א-1961.
- 1.23 **חיתום:** קביעת תנאי קבלת או דחיית המועמד לביטוח על פי הפוליסה, על פי שיקול דעתה הבלעדי של החברה ובהתאם למסמכים ו/או למידע לגבי מצבו הרפואי של המועמד לביטוח ו/או עיסוקו ו/או תחביביו ו/או לבדיקות רפואיות ואחרות שנדרשו על ידה, על פיהם תחליט החברה לבטח את המועמד לביטוח, או לבטחו בתנאים מיוחדים, או לדחות את בקשתו לביטוח.
- 1.24 **טבלת דמי הביטוח:** טבלה המופיעה בדף פרטי הבטוח והכוללת פרוט של דמי הביטוח לפי גיל המבוטח וכו'.
- 1.25 **ישראל:** מדינת ישראל לרבות השטחים המוחזקים על ידה.
- 1.26 **יום אשפוז:** תקופה המתחילה בחצות הלילה בו אושפז המבוטח בבית החולים ומסתיימת בחצות הלילה שלמחרת.
- 1.27 **מדד:** מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 1.28 **מוטב:** המבוטח, או מי שנקבע על ידי המבוטח, לקבל את תגמולי הביטוח על פי הפוליסה עבורו ו/או במקומו.
- 1.29 **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.
- 1.30 **מקרה הביטוח:** אירוע ו/או נסיבות שהוגדרו בכל אחד מהנספחים שרכש המבוטח, ואשר בקרום זכאי המבוטח לקבל מהחברה תגמולי ביטוח, כמפורט באותו נספח; הכל בכפוף לתנאים, לחריגים ולסייגים שכלולים בפוליסה.
- 1.31 **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. בתי החולים הקשורים עם החברה בהסכם יהיו כמפורט ברשימה המצויינת בידי החברה ואשרתתכן ותשתנה מעת לעת.
- 1.32 **נותן שירות אחר:** רופא מנתח, בית חולים וכל גוף רפואי אחר אשר אינו נותן שירות שבהסכם.
- 1.33 **ניתוח:** פעולה פולשנית - חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

34. **וניתוח אלקטיבי:** ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפנייה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה, לרבות מרפאת חוץ של בית חולים.
35. **וניתוח חירום:** ניתוח פתאומי שבוצע במבוטח בדחיפות, לאחר שאושפז בעקבות ביקור בחדר מיון של בית חולים.
- 1.36 **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.
- 1.37 **בדיקות הדמיה:** בדיקות אבחון שונות מסוג רנטגן, אולטראסאונד, טומוגרפיה ממוחשבת, בדיקות תהודה מגנטית, MRI ומיפוי איזוטופים.
- 1.38 **תקופת הביטוח:** תקופת הביטוח הינה לכל חיי המבוטח אלא אם צויין אחרת בדף פרטי הביטוח, או בנספח שצורף לפוליסה.
- 1.39 **פוליסה:** חוזה ביטוח שבין בעל הפוליסה והחברה הכולל את דף פרטי הביטוח, נספחי הפוליסה והסייגים שלהם, נספח התנאים הכלליים ו/או נספחים אחרים ו/או תוספות ו/או מסמכים אחרים.
- 1.40 **נספח:** נספח בו כלולים הכיסויים הביטוחיים המפורטים בתנאים המיוחדים של אותו נספח, המהווים חלק בלתי נפרד מהתנאים הכלליים של הפוליסה. בנספח יכול ויהיו כלולים בו פרק/י כיסוי ביטוחי המפרטים את התנאים המיוחדים באותו הפרק.
- 1.41 **קופת חולים:** כהגדרת מונח זה בחוק הבריאות.
- 1.42 **רופא מומחה:** רופא שהוסמך על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא פועל כמומחה בתחום הרפואי הרלבנטי הנדרש.
- 1.43 **רופא מנתח:** רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מנתח.
- 1.44 **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.
- 1.45 **שב"ן:** תוכניות שירותי בריאות נוספים הניתנות באמצעות קופות החולים.
- 1.46 **שנת ביטוח:** תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח.
- 1.47 **שתל:** כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה.
- 1.48 **תאריך תחילת הביטוח:** התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כתאריך תחילת הביטוח.
- 1.49 **תקופת אכשרה:** תקופת זמן רצופה, אשר משכה יצוין בכל נספח או בכל פרק מפרקי הכיסוי הביטוחי (בו קיימת תקופת אכשרה), או בדף פרטי הביטוח, המתחילה לגבי כל מבוטח בתאריך תחילת הביטוח לגביו ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל נספח או בכל פרק מפרקי הכיסוי הביטוחי לגבי מקרה הביטוח הנוגע לאותו נספח 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 בנינו על פי הפוליסה.**

- 1.50 **תקופת הביטוח:** ביחס לכל מבוטח - התקופה שמתחילה בתאריך תחילת הביטוח ומסתיימת ביחס לכל אחד מיחיד המבוטח, במועד פטירתו של אותו יחיד מיחיד המבוטח, אלא אם נקבע מועד אחר בדף פרטי הביטוח כתום תקופת הביטוח.
- 1.51 **תקופת המתנה:** תקופה המתחילה ביום קרות מקרה הביטוח כהגדרתו בכל נספח ואשר במהלכה **לא** תשלם החברה תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח.
- 1.52 **אמות מידה רפואיות מקובלות:** התנהגות רפואית ו/או בחינה רפואית ו/או אבחון רפואי ו/או התוויה רפואית מקובלת ונורמטיבית על פי ספרות רפואית המהווה קונצנזוס בין המומחים בתחום.
- 1.53 **טיפול נסיוני:** טיפול רפואי אשר לא נכלל ברשימת הטיפולים המאושרים בסל שירותי הבריאות ואשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הלסינקי.
- 1.54 **וסל שירותי הבריאות:** מכלול השירותים הרפואיים, התרופות והאביזרים הרפואיים המוצעים על ידי קופות החולים לחבריהן, במסגרת ומכוח חוק הבריאות.
- 1.55 **וועדת הלסינקי:** וועדה לפי סעיף 2 לפרק א' להצהרת הלסינקי, הפועלת מכח תקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980, והמוסמכת לאשר בין השאר טיפולים ניסיוניים בבני אדם.
- 1.56 **טיפול/ניתוח אסתטי:** טיפול או ניתוח המבוצע ע"י רופא מוסמך ואשר נועד למטרות אסתטיות.

2. תוקף הביטוח:

- 2.1 בהסתמך על הצהרות המבוטח (ובמקרה של מבוטח קטין, בהסתמך על הצהרות הורה/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 לנוותן השירות שבהסכם, בהתאם לקבוע בנספח המתאים 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 תוציא 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 אליו החברה הודעה כלשהי בכתב בדבר קבלתו לביטוח, או דחייתו, או דרישה להמצאת הוכחות ומסמכים כלשהם.
- 2.2.3 דמי הביטוח ששולמו לראשונה בגין הפוליסה נפרעו בפועל על ידי החברה. למען הסר ספק, דמי הביטוח האמורים נשלחו על ידי המועמד לביטוח למשרדי החברה במזומן, או שהופקדו על ידו בבנק לזכות חשבון החברה, ייחשבו כדמי ביטוח שנפרעו לצורך ס"ק זה, אם בפרק זמן של 60 יום ממועד קבלתם בחברה או הפקדתם בבנק לזכות החברה, לפי העניין, לא הוחזרו למועמד לביטוח.
- 2.2.4 מיום שנבדק המועמד לביטוח בדיקה רפואית או מיום שחתם על ההצעה ו/או על הצהרת בריאות ועד ליום שבו הסכימה החברה לביטוחו, לא חל כל שינוי במצב בריאותו של המועמד לביטוח שהיה משפיע על החלטת החברה לקבלתו לביטוח אילו ידעה החברה על השינוי בעת הסכמתה כאמור.
- 2.3 חבות החברה על פי הפוליסה (או כל חלק ממנה) תמשך כל 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. קביעת דמי הביטוח:

- 3.1 דמי הביטוח על פי הפוליסה יחושבו בנפרד ביחס לכל אחד מיחיד המבוטח וישתנו מדי תקופה, כמפורט בדף פרטי הביטוח בהתאם לתאריך תחילת הביטוח, גילו ומינו של המבוטח. כמו כן, יתעדכנו דמי הביטוח בעת שמלאו ליחיד מיחיד המבוטח 23 שנים בהתאם למפורט בדף פרטי הביטוח.
- 3.2 החברה לא תהיה רשאית להעלות את דמי הביטוח מעבר למפורט בדף פרטי הביטוח, אלא בכפוף להיתר מראש של המפקח ובלבד: שהעלאה זו תחול על כלל המבוטחים בביטוח זה, ללא התחשבות בשינוי שחל במצב בריאותם מיום קבלתם לביטוח, החברה תודיע למבוטח בכתב על השינוי 60 יום קודם כניסת השינוי לתוקף.**
- 3.3 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.
- 3.4 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 ליורשי המבוטח או למוטבים שלו, באם צוינו בהצעת הביטוח.

4. התשלומים בהם חייב המבוטח:

- 4.1 המבוטח ישלם לחברה את דמי הביטוח, בהתאם למועדים ולסכומים הקבועים בדף פרטי הביטוח ובנספח תנאים כלליים זה, זאת מבלי שהחברה תהיה חייבת לשלוח הודעות כלשהן על כך.
- 4.2 מועד הפרעון של כל תשלום של דמי הביטוח יהיה אחד לחודש ביום הראשון לכל חודש, אלא אם נקבע אחרת בדף פרטי הביטוח.
- 4.3 במקרה של תשלום דמי הביטוח באמצעות הוראת קבע לבנק, ייחשב זיכוי חשבון החברה בבנק בלבד כפרעון דמי הביטוח.
- 4.4 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.
- 4.5 לא שולמו דמי הביטוח או חלק מהם במועדם ולא שולמו גם תוך 15 ימים לאחר שהחברה דרשה מן המבוטח בכתב לשלם, רשאית החברה להודיע בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן.**
- 4.6 כל עוד לא אושרה תביעה של המבוטח תחת הפוליסה על ידי החברה, על בעל הפוליסה להמשיך בתשלום דמי הביטוח.

5. צירוף של תינוק שנולד לביטוח:

נולד למבוטח תינוק, יהיה המבוטח זכאי לצרפו לפוליסה כמבוטח נוסף מתום 30 יום מיום שחרורו מבית החולים, לאחר הלידה, ובתנאי שהמבוטח הגיש הצעה לצירופו של התינוק לפוליסה, לרבות הצהרת בריאות וטופס שחרור מבית חולים בנוגע למצבו הרפואי של התינוק. למען הסר ספק, צירופו של התינוק לפוליסה **מותנה** בחיתום ובאישור החברה להצעה לבטוח.

6. המשך הכיסוי הביטוחי למבוטח קטין עם הגיעו לגיל 23:

החברה תודיע למבוטח הקטין או לבעל הפוליסה 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

7. שחרור מתשלום פרמיה

7.1 החברה תשחרר מהמשך תשלום הפרמיה המשולמת בגין המבוטח המשיני ו/או המשלומת בגין המבוטח הקטין (להלן: "שחרור מתשלום הפרמיה") בקרת מקרה ביטוח שהינו אחד מאלה:

7.1.1 מותו של המבוטח הראשי מכל סיבה שהיא להוציא התאבדותו בשנת הביטוח הראשונה או אם גרם המוטב למוותו של המבוטח.

7.1.2 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 18 של התנאים הכלליים של הפוליסה.

7.2 השחרור מתשלום פרמיה יחל מיום מותו של המבוטח הראשי, או מיום קביעת נכותו המוחלטת ותמידית, לפי העניין. השחרור מתשלום פרמיה יסתיים בהגיע המבוטח המשיני לגיל 70 ובהגיע המבוטח הקטין לגיל 23, או במועד ביטול הנספח בגינו משוחררת הפרמיה - המועד המוקדם מביניהם. מובהר בזאת כי

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

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

- 7.2.3 שחרור מתשלום פרמיה לא תחול על פוליסה או פוליסות שהוצאו ע"י החברה בגין ילדי המבוטח הראשי שמעל גיל 23 כאמור בסעיף 6 לעיל
- 7.3 תנאי השחרור מתשלום הפרמיה המשלמת בכל אחד מנספחי הפוליסה כפופים לתנאים המיוחדים, לעניין זה, המצוינים בכל אחד מהנספחים של פוליסה זו.

8. תשלום תגמולי ביטוח:

- 8.1 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.
- 8.2 מבלי לגרוע מהאמור בס"ק 1.8 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.
- 8.3 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.
- 8.4 הוצאות בגין המרת סכום הביטוח או חלקו או הוצאות מוכרות או חלקן למטבע חוץ והוצאות העברתו לחו"ל, אם ישולמו על ידי החברה, יהיו 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 1.6 להגדרות הפוליסה.

9. זכות הקיזוז והתחלופ (סברוגציה):

- 9.1 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.
- 9.2 קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי או פיצוי שהיה מגיע לחברה על פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. התפטר 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. הוראות סעיפים קטנים 9.1 ו- 9.2 לעיל לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.
- 9.3 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.
- 9.4 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.

10. תשלום תביעות (תגמולי הביטוח):

- 10.1 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.

10.2 קבלת אישור כאמור, היא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פוליסה זו, אלא אם נקבע אחרת בנספח הרלבנטי לגבי מקרה ביטוח כלשהו.

10.3 על המבוטח להציג 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.

10.4 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.

10.5 החברה תהיה זכאית לנהל על חשבונה כל חקירה, לבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמה, הכל כפי שיקבע על ידה וכפי שתמצא לנכון, ובמידה סבירה לשם בירור חבותה על פי תביעת המבוטח.

10.6 החברה תשלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו או תעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם אם נתקיימו כל אלה יחד:

10.6.1 המבוטח הודיע לחברה על מקרה הביטוח וקיבל את אישור החברה לחבותה על פי הפוליסה. **קבלת אישור החברה לקיום מקרה ביטוח ולחבותה, היא תנאי מהותי לאחריות החברה.**

10.6.2 המבוטח חתם על כתב ויתור סודיות רפואית ומסר לחברה את כל הפרטים והמסמכים המקוריים הרפואיים הסבירים והאחרים הדרושים לחברה לבירור תביעתו וחבותה.

10.6.3 לצורך כיסוי המקנה שיפוי, המבוטח המציא לחברה קבלות מקוריות ו/או קבלות נאמנות למקור המאשרות ביצוע תשלום בפועל על ידו.

11. חובת הגילוי:

11.1 **נספח התנאים הכלליים והפוליסות אליהן הוא מצורף נעשו על יסוד ההצעה, ההודעות, ההצהרות והתשובות לשאלות שנמסרו בכתב לחברה על ידי בעל הפוליסה ו/או 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 החוק.**

11.2 על המבוטח לתת תשובות מלאות וכנות.

11.3 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.

11.4 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.

11.5 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.

11.6 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:

11.6.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

11.6.2 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.

11.6.3 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.

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

11.8 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיף זה בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

11.8.1 הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;

11.8.2 העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

12. תוקף הפוליסה:

חבותה של החברה היא אך ורק על פי התנאים והסייגים המפורטים בפוליסה ובנספח התנאים הכלליים, ובתנאי וסייגי הנספחים האחרים אם צורפו לפוליסה.

13. פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם:

13.1 החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בגין 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.

חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח בעת תחילת הביטוח כדלקמן:

13.1.1 פחות מ- 65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתאריך תחילת הביטוח.

13.1.2 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתאריך תחילת הביטוח.

13.2 סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סייגה במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח

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

13.4 למען הסר ספק, אין באמור, כדי לגרוע מזכותה של החברה לכלול בדף פרטי הביטוח סייג לחבותה של החברה או להיקף הכיסוי שלה לגבי אותו מצב רפואי מסוים, לתקופה שתצוין בדף פרטי הביטוח, לצד אותו מצב רפואי מסוים.

14. סכום הביטוח:

הסכומים המירביים אשר תשלם החברה למבוטח כתגמולי ביטוח בגין כל אחד מהנספחים ו/או הכיסויים יהיו נקובים בדף פרטי הביטוח.

15. 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 הפנייתו על ידי החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים אלה או עקב מעשה או מחדל או כל נזק או הוצאה שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו, כתוצאה מהשירות הרפואי או האחר של נותני השירות האמורים המכוסים תחת הפוליסה.

16. ביטול הפוליסה:

16.1 ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה:

16.1.1 בעל הפוליסה ו/או המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב לחברה והביטול יכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי החברה.

16.1.2 ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח יגרור אחריו ביטול הפוליסה, על כל הנספחים והפרקים שצורפו אליה וכן על כל אחד מיחיד המבוטח, בכפוף לכך שבן/בת זוג של בעל הפוליסה יהיה רשאי/ת 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.

16.1.3 **בכפוף לאמור בסעיף 12 לעיל, החברה לא תהיה אחראית על פי פוליסה שבוטלה אף אם שולמו דמי הביטוח עבור אחד או יותר מיחיד המבוטח, בגין תקופה שלאחר ביטול הפוליסה כאמור.**

16.2 ביטול הפוליסה על ידי החברה:

16.2.1 החברה תהא רשאית לבטל את הפוליסה אם לא שולמו דמי הביטוח במועד ו/או אם בעל הפוליסה ו/או המבוטח הפרו תנאי מהותי של הפוליסה ו/או הוראות חוק אחרות המקנות זכות לביטול כאמור. ביטול כאמור, יתבצע בכפוף להוראות החוק.

16.2.2 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 החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן.

16.2.3 בנוסף לזכויות החברה לביטול הפוליסה כאמור, הפוליסה לא תחול לגבי כל אחד מהנספחים והביטוח יסתיים לגביו במועד הנקוב בו או כמצויין בדף פרטי הביטוח, ביחס אליו.

17. שינויים במספר וזהות נותני השירותים שבהסדר:

מובהר ומוסכם בזאת כי החברה רשאית ואף עשויה לשנות, מפעם לפעם, את בתי החולים שבהסכם, המנתחים שבהסכם ויתר נותני השירותים, לפי שיקול דעתה הבלעדי.

18. חריגים כלליים:

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

18.1 אירוע שאירע לפני תחילת הביטוח, או בתקופת האכשרה, או לאחר תום תקופת הביטוח.

- 18.2 מום או מחלה מולדים לרבות מחלות תורשתיות אשר אובחנו אצל המבוטח קודם כניסתו לביטוח, בכפוף לסעיף 13 לעיל.**
- 18.3 הפרעות נפש ו/או מחלות נפש .**
- 18.4 השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, הפיכה, מרד, פרעות, מהומות, מעשה חבלה או כל פעולה בלתי חוקית או פלילית.**
- 18.5 אלכוהליזם של המבוטח.**
- 18.6 שימוש בסמים ו/או בתרופות נרקוטיות על ידי המבוטח ללא הוראת רופא ובפיקוחו.**
- 18.7 גלישה אווירית, צניחה, רחיפה, סקי, צלילה, טיסה בכלי טיס כלשהו, למעט טיסה בכלי טיס אזרחי בעל תעודות כשירות להובלת נוסעים.**
- 18.8 פגיעה עצמית מכוונת בין אם המבוטח היה שפוי ובין אם לא, אי שפיות, התאבדות או ניסיון לכך.**
- 18.9 מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה-AIDS**
- 18.10 ביקוע גרעיני, או היתוך גרעיני או קרינה מייננת, או זיהום רדיואקטיבי או פעולה מלחמתית או פעולה צבאית.**
- 18.11 שירות המבוטח בכוחות הבטחון לסוגיהם, לרבות בצבא סדיר או בשירות מילואים או קבע.**
- 18.12 סיבוכי הריון ו/או לידה, פרויון ו/או עקרות, למעט הפסקת הריון על פי אמות מידה רפואיות מקובלות.**
- 18.13 פעילות ספורטיבית מקצוענית.**
- 18.14 טיפולי/ניתוחי שיניים וחניכיים.**
- למען הסר ספק, מובהר כי הסייגים לחבות החברה כפי שמפורטים בסעיף זה לעיל, הינם בנוסף לסייגים לחבות החברה המופיעים בכל אחת מהפוליסות להן מצורף נספח זה.**

19. התיישנות:

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

20. מיסים והיטלים:

בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, ישא בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על הפוליסה או המוטלים על דמי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה מחוייבת לשלם לפי הפוליסה, בין אם מיסים אלו קיימים ביום הכנס הפוליסה לתוקף ובין אם הם יוטלו במועד מאוחר יותר.

החברה רשאית, על פי שיקול דעתה הבלעדי לשלם את המיסים הממשלתיים והאחרים כאמור, או חלקם במקום המבוטח או בעל הפוליסה ובמקרה זה יהיה הסכום ששולם כאמור, חלק מתגמולי הביטוח ועל חשבונם בעת תשלום תגמולי הביטוח.

21. הודעות:

- 21.1 הודעות שישלח צד אחד למשנהו ישלחו אל המען האחרון שמסר הנמען לשולח.**
- 21.2 כל צד מתחייב להודיע למשנהו על כל שינוי בכתובתו ולא תשמע מפי צד כלשהו כל טענה כי הודעה כלשהי לא הגיעה אליו אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שמסר למשנהו.**
- 21.3 כל הודעה ו/או הצהרה שישלח צד אחד למשנהו יהיו בכתב בלבד.**
- 21.4 כל הצהרה ו/או הודעה שתינתן על ידי בעל הפוליסה תחייב את כל יחיד המבוטח, כאילו ניתנה על ידם.**

- 21.5 כל ההודעות למבטח וכל מסמך שיש למסור לו ימסרו בכתב אך ורק במשרדה הראשי של החברה.
- 21.6 כל הודעה שתשלח אל בעל הפוליסה תחשב כנמסרה גם למבוטחים ו/או למוטבים.

22. הצמדה למדד:

סכומי הביטוח על פי הפוליסה, דמי הביטוח, 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.

23. 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.

24. שונות:

- 24.1 על פוליסה זו חל חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
- 24.2 מתן הקלות או אורכה לא יחשבו כשינוי תנאי הפוליסה או כוויתור של החברה על זכויותיה על פיה.
- 24.3 כל שינוי בפוליסה, אם יתבקש, יכנס לתוקפו רק לאחר שיאושר על ידי החברה בכתב ומראש.
- 24.4 החברה תהיה זכאית, בכפוף לקבלת אישור המפקח, לערוך בפוליסה שינויים על פי שיקול דעתה, במקרה ויחולו שינויים בסל הבריאות לפי חוק הבריאות.
- 24.5 במקרה של סתירה יחולו ההוראות הכתובות בנספח עצמו.

נספח 1:

ביטוח השתלות בישראל ובחו"ל, וטיפולים מיוחדים בחו"ל וסל תרופות מורחב

אם רכישת נספח זה וציון בדף פרטי הביטוח, תפצה/תשפה החברה, לפי הענין את המבוטח בגין הכיסויים הביטוחיים המופיעים בנספחים, כמוגדר להלן, שרכש המבוטח כמצוין בדף פרטי הביטוח, וזאת בכפוף להגדרות, לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן (להן "תנאים כלליים") ובנספחים, במשך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה על פי תנאי ביטוח זה והוראותיו. במקרה של סתירה בין הוראות נספח זה לבין התנאים הכלליים - יחולו הוראות נספח זה.

פרק 1 - השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. מקרה הביטוח:

מצבו הבריאותי של המבוטח, המחייב השתלה בישראל או בחו"ל או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.

2. השתלה

כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח במקומם, או השתלה של מח עצמות, או תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי, או תאי אב אחרים, שנלקחו מתורם אחר בגוף המבוטח. ההשתלה תכלול גם לב מלאכותי בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באיחוד האירופי. במקרה בו ישתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר - יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

3. ההשתלה תכוסה על פי כסוי ביטוחי זה בכפוף למילוי ארבעת התנאים הבאים במצטבר:

- א. הצורך בהשתלה ו/או בטיפול המיוחד בחו"ל נקבע ע"י רופא מומחה בתחום הרפואי הנוגע לענין, ואשר קבע עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך בהשתלה ו/או הטיפול המיוחד.
- ב. רופא מומחה בתחום הרלוונטי שאושר ע"י החברה יאשר את הצורך בביצוע ההשתלה ו/או הניתוח ו/או הטיפול הרפואי המיוחד.
- ג. ההשתלה תבצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה מדינה.
- ד. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרות מחקר או חקירה.

4. טיפול רפואי מיוחד בחו"ל

ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל (להלן: הטיפול הרפואי המיוחד) אשר רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי קבע את הצורך בביצועו, ורופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי לפי בחירת החברה יאשר את הצורך בביצועו ובתנאי שמתקיימים **כל התנאים המצטברים** הבאים:

4.1 לא ניתן לבצעו מבחינה רפואית בישראל ו/או טרם נצבר ניסיון מוכח בביצועו ו/או הניסיון וסיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול הרפואי המיוחד בחו"ל גבוהים משמעותית בהשוואה לניסיון הקיים בישראל באופן שעשוי להשפיע מהותית על תוצאות הטיפול הרפואי המיוחד וסיכויי ההחלמה של המבוטח.

4.2 ביצוע הטיפול הרפואי המיוחד בחו"ל חיוני להצלת חיי המבוטח ומניעתו מהווה סכנה ממשית לחייו. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי החברה תשא בתשלום תגמולי ביטוח

בקרות מקרה הביטוח בכפוף לתנאי פרק זה והתנאים הבאים:

4.2.1 הטיפול הרפואי המיוחד בחו"ל אינו מהווה טיפול ניסיוני או טיפול למטרות מחקר או טיפול לא קונבנציונלי.

4.2.2 הטיפול הרפואי המיוחד הנדרש מחוץ לישראל מחמת תור של ממתנים לא ייחשב כטיפול רפואי מיוחד שאינו ניתן לביצוע בישראל.

5. סכום השיפוי המירבי שישלם המבטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י נספח זה הינו:

- 5.1 להשתלה ו/או השתלות - עד מחיר ההשתלה המקסימלי המקובל לאותו סוג של השתלה במדינה בה מתבצעת ההשתלה. ועד תקרה של \$1,000,000
- 5.2 לטיפול הרפואי המיוחד בחו"ל - עד סכום ביטוח מירבי של \$150,000
- 5.3 במקרה בו בחר המבוטח לעבור השתלה בחו"ל ללא השתתפות החברה במימון כלשהו, יועבר למבוטח סכום פיצוי חד פעמי בגובה \$60,000 שיוכל לשמש לכל מטרה שיבחר כגון: הוצאות שהיה של קרוב משפחה, אחות פרטית, כל זאת לאחר ביצוע ההשתלה.

6. הכיסוי:

בקרת מקרה הביטוח תהא רשאית החברה, על פי שיקול דעתה, ובתנאי כי אישרה מראש ובכתב את ביצוע ההשתלה/הטיפול הרפואי המיוחד בחו"ל, לשלם תגמולי ביטוח ו/או כל חלק מהם בגין השתלה ו/או ניתוח ו/או טיפול מיוחד בחו"ל ועד לתקרת סכום הביטוח המופיע בפוליסה זו, ישירות לנותני השירותים הרפואיים או למבוטח עצמו. מובהר בזאת כי במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות ו/או קבלות נאמנות למקור המפרטות את הפעולות הרפואיות שבוצעו במבוטח והסכומים שנגבו בגינם וכן דוחות אשפוז וניתוח מקוריים.

- 6.1 עלות אשפוז לתקופה של עד 30 ימים לפני מקרה הביטוח ועד 180 לאחריו.
- 6.2 עלות שכר הצוות הרפואי, שכר רופא מנתח, שכר מרדים, הוצאות חדר ניתוח וטיפול נמרץ.
- 6.3 הוצאות בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה, תרופות, קציר האיבר שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה, בדיקות הדמייה ושיקום, פיזיותרפיה - במהלך אשפוז.
- 6.4 הוצאות טיפולי המשר בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה בחו"ל ו/או טיפול מיוחד בחו"ל ובלבד שאינם ניתנים לביצוע בישראל ועד לסכום של \$40,000 במקרה של השתלה או \$20,000 לטיפול מיוחד בחו"ל.
- 6.5 עלות הטסתם לחו"ל של מבוטח בגיר ומלווה אחד לכל היותר, או של מבוטח קטין (עד גיל 23) ושני מלווים לכל היותר - מלוא עלות כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים.
- 6.6 עלות הטסה רפואית מיוחדת של המבוטח לחו"ל או טיסה של המבוטח במחלקת עסקים, בשל מקרה הביטוח בכפוף למצבו הרפואי של המבוטח שאינו מאפשר לו לטוס בטיסה מסחרית רגילה או מחלקת תיירים לפי העניין - מלוא עלות הטיסה ועד תקרה של \$50,000 למקרה ביטוח אחד.
- 6.7 עלות שהייה של מבוטח בגיר ומלווה אחד לכל היותר, או של מבוטח קטין ושני מלווים לכל היותר לפי העניין בכפוף למקרה הביטוח - סך קבוע של \$500 לכל יום שהיה בחו"ל לאדם ועד תקרה כוללת של \$150,000 למבוטח ולמלווי יחדיו למקרה ביטוח אחד.
- 6.8 עלות העברה יבשתית סבירה של המבוטח משדה התעופה לבי"ח בחו"ל - עד \$30,000 למקרה ביטוח אחד.
- 6.9 עלות הטסת גופת המבוטח - מלוא העלות ועד \$20,000
- 6.10 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע ההשתלה או הניתוח או הטיפול הרפואי המיוחד, עד תקרה של \$200,000 למקרה ביטוח.

7. חבויות נוספות של החברה בנין מקרי השתלה בלבד:
- 7.1 גמלה לאחר השתלה - 3,000 ₪ למשך 12 חודשים לאחר ההשתלה.
- 7.2 עלות העברת האיבר המיועד להשתלה למקום ביצוע ההשתלה בבי"ח שבהסכם - מלא העלות. בי"ח שאינו בהסכם - עד תקרה של \$ 10,000 למקרה ביטוח אחד.
- 7.3 עלות רכישת אביזר רפואי תומך הדרוש לצורך תפקוד הלב של המבוטח עד לביצוע ההשתלה בפועל - עד 100,000 ₪.
- 7.4 עלות רכישת לב מלאכותי המושתל בגוף המבוטח במהלך ההשתלה - עד 200,000 ₪.
- 7.5 השתתפות בהוצאות לאיתור תרומת מח עצמות ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או תאי דם טבורי - עד 100,000 ₪
- 7.6 התייעצות רפואית מיוחדת לפני השתלה, אצל מנהל מח' השתלות בישראל, החזר עד 800 ₪ בהשתתפות עצמית של 20%.
- 7.7 שהייה במוסד החלמה לאחר השתלה - עד 14 ימים, השתתפות עצמית 50% ועד תקרה של 500 ₪ ליום.
- 7.8 התעמלות שיקומית לאחר השתלה עד 300 ₪ בחודש בניכוי השתתפות עצמית של המבוטח ועד 6 חודשים.

8. סייגים מיוחדים

המבטח לא ישלם עבור:

- 8.1 אביזרי עזר רפואיים כגון: משקפים, עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורטופדיים וכדומה.
- 8.2 טיפולים שאינם מוכרים ע"י מדע הרפואה ו/או טיפולים רפואיים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות ו/או טיפולים למטרות מחקר.
- 8.3 רפואה אלטרנטיבית לרבות טיפולים הומאופתיים, אקופונטורה וטיפולים לא קוונוצינאליים.

פרק 2: סל תרופות מורחב

1. הגדרות

- 1.1 **תרופה:** חומר כימי ו/או ביולוגי שנועד לטיפול במצבו רפואי של המבוטח, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 1.2 **טיפול תרופתי:** נטילת תרופה על פי מרשם, בצורה חד - פעמית או מתמשכת, שלא במהלך ניתוח ו/או אשפוז (למעט אשפוז יום) בבית חולים כללי.
- 1.3 **מרשם:** מסמך רפואי חתום ע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי ו/או רופא בית חולים לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי, קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. המינון בכל מרשם יועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 1.4 **תרופה גנרית:** תרופה אשר זהה לתרופה הרשומה בפנקס התכשירים הרשומים בחומר הפעיל שבה, בחוזה, בצורתה, באופן לקיחתה, בזמינותה הביולוגית ובפעילותה הרפואית ואשר אושרה על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות ואשר הגנת הפטנט עליה פגה. לענין סעיף זה, "פנקס התכשירים הרשומים" ו- "זמינות ביולוגית" - כהגדרתם בפקודת הרוקחים (נוסח חדש) התשמ"א 1981.

- 1.5 **תרופה ניסיונית:** תרופה אשר לא אושרה על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל ולא על-ידי הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול בהתוויה הרפואית הנדרשת למבוטח. לעניין זה יובהר כי תרופה OFF LABEL ו/או תרופת יתום כמוגדר להלן, לא תיחשב תרופה ניסיונית.
- 1.6 **תרופת יתום:** תרופה לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או על-ידי הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.
- 1.7 **סכום שיפוי מירבי:** גובה תגמולי הביטוח המירביים שישלם המבטח בגין תרופה ו/או תרופות במהלך הביטוח
- 1.8 **מחיר מירבי מאושר:** הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל בגין תרופה, והמשתנה מעת לעת.
- 1.9 **בית מרקחת:** מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השירות").
- 1.10 **השתפות עצמית:** סכום בסך 300 ₪ שהחברה תנכה מסכום ההוצאה למרשם בגין תרופה שניתן לכל מבוטח. ניתנו מספר מרשמים לאותה תרופה המכסים תקופת טיפול של חודש תנוכה ההשתתפות העצמית רק פעם אחת בגין אותו חודש.
ניתן מרשם לאותה תרופה לתקופת טיפול של מעל חודש - תנוכה ההשתתפות העצמית בגין כל חודש אליו מתייחס המרשם.
- במידה וניתנו מרשמים נוספים לתרופות נוספות לטיפול באותו מצב בריאותי של המבוטח בגין אותו מקרה ביטוח, לא תנוכה השתתפות עצמית נוספת.
- 1.11 **המדינות המוכרות:** המדינות ששמן מצויין להלן: ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).

2. מקרה הביטוח

- נטילת תרופה ע"י המבוטח, לאחר תקופת האכשרה, על-פי מרשם לשם טיפול במצב רפואי מסוים הנובע ממחלתו של המבוטח או מתאונה שעבר ובתנאי שעומד באחד מהקריטריונים הבאים:
- 2.1 **תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות** וכל עוד אינה כלולה בסל זה ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת מאחת המדינות המוכרות.
- 2.2 **תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות** אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי שההתוויה הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אושרה בידי הרשויות המוסמכות בישראל או בידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות.
- 2.3 **תרופות לטיפול/ניתוחים אסתטיים** הניתנות במהלך טיפול/ניתוח קוסמטי ע"י רופא מוסמך בצורת הזרקה עד בכפוף לתנאים ולתקרה המופיעה בסעיף 3.4 להלן. מובהר בזאת כי הזכאות על פי סעיף 2.3 זה הינה לאחר תקופת אכשרה של 6 שנים.
- 2.4 **תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית המוגדרת OFF LABEL.**
- תרופה אונקולוגית או המטו-אונקולוגית שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח החולה במחלת הסרטן, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י לפחות אחד מהבאים:

2.4.1	פרסומי ה-FDA.
2.4.2	American Hospital Formulary Service Drug Information
2.4.3	US Pharmacopoeia-Drug Information
2.4.4	Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
א.	עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה 1 או A2.
ב.	חוזק הראיות (Strength of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B.
ג.	עילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה 1 או A2.
2.4.5	תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה- National Guidelines שמתפרסם ע"י אחד מהבאים:
	א. NCCN
	ב. ASCO
	ג. NICE
	ד. ESMO Minimal Recommendation .T

3. התחייבות החברה

החברה תספק למבוטח את התרופה או תשפה את המבוטח ו/ או תשלם ישירות לנוחן השירות עפ"י בחירתה ושיקול דעתה של החברה, עד לסכום השיפוי המירבי לפי תנאי ביטוח זה, לאחר ניכוי סכום ההשתתפות העצמית לרכישת התרופה שבמרשם, ולא יותר מהמחיר המירבי המאושר לאותה התרופה, בגין מקרה ביטוח שהתגלה לאחר תקופת האכשרה ובכפוף לתנאים המצטברים שלהלן:

3.1 המבוטח יפנה לאישור המבוטח קודם לרכישת התרופה ויצגי מרשם כאמור בסעיף 1 לעיל.

קבלת האישור כאמור הינו תנאי מהותי לאחריות המבוטח עפ"י נספח זה.

3.2 השיפוי המירבי לכל תקופת הביטוח אותו ישלם המבוטח למבוטח יהיה כנקוב בדף פרטי הביטוח.

3.3 אישרה החברה את רכישת התרופה כאמור בסעיף 3.1 לעיל ונטילת התרופה כרוכה בקבלת שירות ו/או טיפול רפואי (להלן "השירות הנלווה"), תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציאי בפועל לרכישת השירות הנלווה הכרוך בנטילת התרופה, כנגד קבלות מקוריות ו/או קבלות נאמנות למקור שהוצגו ו/או תשלם ישירות לספק השירות הנלווה, עבור השירות הנלווה הכרוך בנטילת התרופה, בשיעור שלא יעלה על 180 ₪ ליום ולתקופה שלא תעלה על 45 יום בגין כל מקרה ביטוח וסה"כ גבול האחריות לסעיף זה הוא: 200,000 ₪ (להלן "הסכום המירבי לשירות הנלווה").

3.4 החברה תשפה את המבוטח בגין נטילת תרופה במהלך טיפול/ניתוח אסתטי אשר ניתנה באמצעות הזרקה בלבד, ובלבד שאינה כלולה בסל הבריאות, לאחר תקופת אכשרה של 6 שנים. תקרת שיפוי לכל מרשם הינה 1,000 ₪, סה"כ 2,000 ₪ לכל תקופת הביטוח, בהשתתפות עצמית של 50% מסכום השיפוי.

4. השתתפות עצמית וסך תגמולי ביטוח

4.1 החברה תשפה את המבוטח עבור הוצאות בגין רכישת תרופה שעלותה בפועל, לתקופה של חודש ימים, עולה על ההשתתפות העצמית. למען הסר ספק, **תרופה שעלותה בפועל פחותה מההשתתפות העצמית לחודש לא יהיה המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח עפ"י נספח זה.**

4.2 ביקש המבוטח מהחברה לאשר לו רכישת תרופה שבמרשם, על אף העובדה שהובא

לידיעתו כי קיימת בסל התרופות, במועד הנקוב במרשם, תרופה גנרית חילופית לתרופה שבמרשם, תעמוד ההשתתפות העצמית בגין רכישת התרופה שבמרשם על השיעור של 15% מעלות תרופה זו לחודש ולא פחות מ- 300 ₪.

4.3 מבוטח אשר זכאי לקבלת תגמולי ביטוח עפ"י נספח זה ומקבל השתתפות חלקית מטעם היותר בעל פוליסת בריאות פרטית בחברה אחרת יהיה זכאי להשלמת שיפוי מהחברה על יתרת הסכום ששילם בפועל באמצעות קבלות מקוריות ו/או קבלות נאמנות למקור, אך לא יותר ממחיר התרופה הרשומה ובניכוי סף תגמולי ביטוח בסך 300 ₪ לחודש לתרופה.

4.4 השתתפות עצמית בתרופות למטרות אסתטיקה כאמור בסעיף 3.5 לעיל הינה 50%. החברה תשפה את המבוטח עד תקרה של 1,000 ₪ למרשם ועד לתקרת השיפוי המירבית לכל תקופה הביטוח בסך 2,000 ₪.

4.5 מובהר בזאת כי ההשתתפות העצמית לעיל תחושב מהוצאה בפועל או מהמחיר המירבי המאושר ע"י משרד הבריאות, הנמוך מהשניים.

5. הגבלת חבות המבוטח מחוץ למדינת ישראל

5.1 **שהה המבוטח מחוץ לגבולות ישראל בקרות מקרה הביטוח או לאחר מכן, תהיה חבות החברה לתשלום תגמולי ביטוח בתקופת השהות מחוץ לגבולות ישראל מוגבלת ל- 90 ימים בלבד בכל שהייה מחוץ לגבולות ישראל, אלא אם הסכימה החברה מראש ובכתב לקבל על עצמה אחריות בהיקף שונה.**

5.2 **חזר המבוטח לישראל והוכיח לחברה את זכאותו לתגמולי הביטוח, תשלם החברה את תגמולי הביטוח כל עוד הוא זכאי לכך על פי תנאי נספח זה.**

6. תקופת אכשרה

6.1 **תקופת אכשרה על פי נספח זה לפרק 1 ולפרק 2 הינה כמוגדר בהגדרת "תקופת אכשרה" בסעיף 1 "הגדרות" - 90 יום ממועד תחילת ביטוח זה.**

6.2 **תרופות לטיפולם/ניתוחים אסתטיים כמצויין בסעיף 3.4 לפרק 2 לעיל תדרש תקופת אכשרה של 6 שנים.**

7. הגבלות לאחריות החברה

7.1 **סעיף ההחרגות והסייגים והתנאים הכללים בפוליסה אליה צורף נספח זה, חל גם על ביטוח נוסף זה.**

7.2 **מודגש בזה כי כל ההוצאות בגין עלויות הטיפול יוכרו וישולמו ע"י החברה כנגד קבלות מקוריות ו/או קבלות נאמנות למקור. צילומים או העתקים, גם אם אושרו כתואמים וכנאמנים למקור, לא יוכרו לצורך תשלום תגמולי הביטוח. מוצאה ומוסכם כי ההתחשבות תהיה בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד.**

7.3 **למרות האמור בסעיף 7.2 לעיל, במקרה והגיש המבוטח בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר, יגיש העתק קבלה מאושר ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה המקורית בציון הסכום שתבע ובצירוף אישור מהגורם האחר על הסכום ששולם לו.**

7.4 **לא יינתן שיפוי במסגרת נספח זה בגין תשלומים עבור עלויות טיפולים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לעלויות טיפולים עתידיים.**

7.5 **סכום השיפוי המירבי לתרופה לא יעלה על המחיר המירבי המאושר לאותה התרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או הסכום ששולם בפועל ע"י המבוטח, הנמוך מביניהם.**

תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מירבי ע"י הרשויות בישראל, יקבע סכום השיפוי המירבי, על פי המחיר המירבי המאושר לאותה תרופה בהולנד על-פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע

במועד רכישת התרופה בפועל. במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע כסום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה על-פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה.

7.6 המבוטח יפנה לקבלת אישור מוקדם מהחברה טרם רכישת התרופה. למען הסר ספק, יובהר כי זהו תנאי מהותי.

8. חריגים

החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, לפי נספח זה בגין מקרה ביטוח הנגרם במישרין או בעקיפין הנובע מכל אחד מהמקרים המפורטים להלן, או שאירע במהלכם או בהקשר אליהם:

- 8.1 תרופה ניסיונית אשר לא אושרה ע"י הרשות המוסמכת.
- 8.2 התרופה נדרשת לטיפול בהריון, לידה, בפיריון או עקרות.
- 8.3 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) או מצבים רפואיים המיוחסים ו/או הקשורים ו/או הנובעים מאיידס ו/או מווירוס המחולל איידס.
- 8.4 טיפול ו/או שירות רפואי הנדרש עקב מום ו/או מחלה מלידה לרבות מחלות תורשתיות, בכפוף למצב רפואי קודם.
- 8.5 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים ו/או לדיאטה ו/או לגמילה מעישון. למעט כמצויין בסעיף 3.4 לעיל.
- 8.6 תרופות לטיפולים במחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים.
- 8.7 תרופה לטיפול בבעיות שיניים ולסת.
- 8.8 טיפול תרופתי מונע במסגרת שירותי רפואה מונעת, ויטמינים או חיסונים או תוספי מזון.
- 8.9 תרופה מתחום טיפולי Anti-Aging למעט בסעיף 3.4 לעיל.
- 8.10 תרופה הנדרשת לטיפול במקרה ביטוח הנובע מהתמכרות לסמים האסורים לפי החוק ו/או השימוש בהם.
- 8.11 אביזר ו/או שתל ו/או אמצעי אחר להחדרת התרופה.
- 8.12 אביזר מצופה תרופה.
- 8.13 תרופות למטרות מחקר.
- 8.14 תרופות הומאופטיות.
- 8.15 למען הסר ספק מובהר בזאת כי החברה לא תהיה אחראית לאישור יבוא התרופה ו/או הוצאות הקשורות לפעולות הנדרשות לאישור יבוא התרופה לישראל ו/או הבאתה לישראל.

9. שחרור מתשלום פרמיה לפרק 1 ולפרק 2

במקרה מות המבוטח הראשי או נכותו המלאה והתמידית, לפי העניין וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח לאחד או יותר מהמבטוחים לפי נספח זה, החברה תשחרר מתשלום פרמיה את הפרמיה המשולמת לנספח זה, לפרק 1 ולפרק 2, בגין המבוטח המשוני ובגין כל מבוטח קטין, בכפוף לאמור בסעיף 7 בתנאים הכלליים של פוליסה זו.

תמצית הכיסויים

תקרת ההוצאות	הכיסוי
2,000,000 ₪.	סכום השיפוי המירבי בגין כל מקרי הביטוח לכל תקופת הביטוח עד למיצוי הסכום הנקוב בסעיף זה.
180 ₪ לכל יום ועד 45 ימים תקרה מקסימלית של 200,000 ₪ לכל תקופת הביטוח	עלות השירות הכרוך במתן התרופה
300 ₪	גובה ההשתתפות העצמית בגין מרשם אחד לחודש אחד
תקרה שיפוי של החברה לכל מרשם - 1,000 ₪ ועד סה"כ של 2,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. השתתפות עצמית של המבוטח ב- 50%.	תרופות לטיפולים/ניתוחים אסתטיים

במקרה של סתירה בין האמור בנספח זה, לבין האמור בנספחים אחרים יחייבו לעניין תנאי נספח זה והאמור בו.

נספח 2:

"הגנה משפחתית" - תאונות אישיות לכל המשפחה

אם רכשת נספח זה וצוין בדף פרטי הביטוח תפצה/תשפה החברה, לפי הענין את המבוטח בגין הכיסויים הביטוחיים המופיעים בנספחים, כמוגדר להלן, שרכש המבוטח כמצוין בדף פרטי הביטוח, וזאת בכפוף להגדרות, לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן (להן "תנאים כלליים") ובנספחים, במשך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה על פי תנאי ביטוח זה והוראותיו. במקרה של סתירה בין הוראות נספח זה לבין התנאים הכלליים - יחולו הוראות נספח זה.

1. הגדרות

- 1.1 **מבוטח בוגר:** אדם ו/או בן/בת זוגו אשר גילם ביום תחילת הביטוח עולה על 23 ואשר שמם נקוב בדף פרטי הביטוח.
- 1.2 **מבוטח קטין:** יחיד מיחידי המבוטח אשר שמם נקוב בדף פרטי הביטוח ומועד תחילת הביטוח טרם מלאו להם 23 שנים.
- 1.3 **תאונה:** אירוע חיצוני פתאומי, חד פעמי אלים ובלתי צפוי שגרם במישרין וללא קשר לגורמים אחרים, ועקב הפעלת כוח פיסי בלבד לפגיעה פיזית בגוף המבוטח, אשר גרמה, ללא תלות בכל סיבה אחרת, לנכותו ובתנאי שלא גרמה למותו. להסרת ספק מובהר בזה כי פגיעה כתוצאה ממחלה או כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרו-טראומה), או כתוצאה מהשפעת אלימות מילולית או כתוצאה מפגיעה פסיכולוגית או אמוציונאלית, אינה בגדר תאונה על-פי נספח זה.
- 1.4 **מוות מתאונה:** בקרות תאונה שהביאה למות של המבוטח, בתוך 365 ימים לאחר תאריך התאונה, תשלם החברה למוטב את מלוא סכום הביטוח הנקוב בגין כיסוי זה.
- 1.5 **אירוע שבר תאונתי:** אירוע חיצוני, פתאומי, אלים ובלתי צפוי שקרה במשך תקופת הביטוח וגרם במישרין ובלתי קשר לגורמים אחרים, לפגיעה פיזית בגוף המבוטח ומהווה בלא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה, הישירה והמיידית לשבירת עצם של המבוטח.
- 1.6 **שבר:** פגיעה בשלמות העצם, עם או בלי שינוי בצורתה המקורית למעט שבר הנגרם מעצמו, ובלבד שקיום הפגיעה הוכח בצילום רנטגן או C.T, או M.R.I בלבד. מובהר כי מיפוי עצמות ו/או כל בדיקה אחרת, למעט אלה המפורטים בסעיף זה לא יהווה הוכחה לקיומו של שבר.
- 1.7 **מצב חירום רפואי:** מקרה תאונה אשר בעיקבותיה נשקפת למבוטח סכנת חיים ו/או קיימת סכנה כי תגרם למבוטח נכות או פגיעה בלתי הפיכה אם לא ינתן לו טיפול רפואי במסגרת בית חולים.
- 1.8 **מאושפז:** אדם המאושפז בבית חולים, על פי הוראה מפורשת של רופא מוסמך, לפחות 48 שעות ברציפות, להוציא שהייה בחדר מיון. למען הסר ספק, אדם המאושפז באשפוז יום לא יחשב מאושפז לצורך כיסוי זה.
- 1.9 **תקופת המתנה:** תקופת המתנה היא בת 2 ימים רצופים החל מהיום הראשון שבו היה המבוטח מאושפז, בהם לא תשלם החברה פיצוי יומי כלשהו למבוטח.
- 1.10 **תקופת האשפוז:** תקופה רצופה בה היה המבוטח מאושפז בבית חולים בישראל ואשר תחילתה ביום שלאחר תום תקופת המתנה, וסופה עם שחרורו של המבוטח מאשפוז או בסך ימי האשפוז המקסימליים המכוסים בפוליסה זו כפי שנקובים בסעיף האשפוז (2.4) להלן, לפי המוקדם מביניהם.

1.11 **שיתוק מלא:** נכות רפואית צמיתה, שנגרמה כתוצאה ישירה ומכריעה מהתאונה. במקרה של נכות מוחלטת שנגרמה בעקבות תאונה על פי הגדרות פרק זה ואשר אירעה לאחר תאריך התחלת הביטוח, החברה תשלם סכום ביטוח לפי השיעורים המפורטים בסעיף 2.2.2 "**מקרה הביטוח ותגמולי הביטוח**" (הסכום לתשלום יחושב באחוזים מסכום הביטוח המלא בגין הרחבה זו).

1.12 **מחלה:** הפרעה במצב הבריאותי של המבוטח שיש לה סיבה ספציפית עם סימנים ותסמינים שניתן לזהותם; כל מצב לא תקין או כשל תפקודי של הגוף, מלבד אלה הנובעים מפציעה.

2. הכיסויים הביטוחיים

2.1 מוות כתוצאה מתאונה/בקורות תאונה שהביאה למוותו של המבוטח בתוך 365 יום לאחר מועד התאונה, תשלם החברה למוטב את מלא סכום הביטוח.

א. במקרה של מבוטח ראשי או משני סכום הביטוח המקסימלי שישולם הינו 100,000 ₪.

ב. במקרה של מבוטח קטין סכום הביטוח המקסימלי שישולם הינו 50,000 ₪.

2.2 אובדן/פגיעה בתפקוד

2.2.1 הגדרות

נזק: בכל מקום בו נעשה שימוש במונח "נזק" בהתייחס ל"רגל" משמעו קטיעה צמיתה של מפרק הקרסול או מעליו, או איבוד גמור ומוחלט של יכולת השימוש ברגל. בכל מקום בו נעשה שימוש במונח "נזק" בהתייחס ל"יד" משמעו קטיעה צמיתה של מפרק כף היד או מעליו, או איבוד גמור ומוחלט של יכולת השימוש ביד.

בכל מקום בו נעשה שימוש במונח "נזק" בהתייחס ל"עיניים" משמעו אובדן ראייה מוחלט ובלתי ניתן לשיקום.

בכל מקום בו נעשה שימוש במונח "נזק" בהתייחס ל"דיבור" או ל"שמיעה" משמעו אובדן מוחלט ובלתי ניתן לשיקום של אחד מהם.

2.2.2 מקרה הביטוח ותגמולי הביטוח

בקורות תאונה שגרמה לאחד מהנזקים שיפורטו להלן, תשלם החברה למוטב תגמולי ביטוח שישולמו כשיעור מסכום הביטוח כמפורט בטבלה שלהלן.

- א. במקרה של מבוטח ראשי או משני סכום הביטוח המקסימלי שישולם הינו 100,000 ₪.
- ב. במקרה של מבוטח קטין סכום הביטוח המקסימלי שישולם הינו 50,000 ₪.

הנזק	אחוז מסכום הביטוח
שיתוק מלא	100%
נזק לשתי הידיים או לשתי הרגלים	100%
נזק לראיה בשתי העיניים	100%
נזק לשמיעה בשתי האוזניים	100%
נזק לרגל אחת ויד אחת וראיה בעין אחת	100%
נזק לראיה בעין אחת	50%
נזק לשמיעה באוזן אחת	50%
נזק לרגל אחת או יד אחת	50%

מובהר בזאת כי שיתוק חלקי ו/או נזק באיבר אחר שאינו מפורט בטבלה לעיל אינו מזכה בפיצוי כלשהו.

2.3 שברים עקב תאונה

2.3.1 הגדרות

- א. **אגן:** כל עצמות האגן אשר תחשבנה כעצם אחת.
- ב. **גולגולת:** כל עצמות הגולגולת והפנים (**לא כולל עצמות האף והשיניים**) אשר תחשבנה כעצם אחת.
- ג. **יד:** כל אחת משתי הגפיים העליונות של האדם (**לא כולל אצבעות ושורש כף היד**).
- ד. **רגל:** כל אחת משתי הגפים בגוף האדם המשמשות להליכה (**לא כולל הקרסול, כף הרגל ואצבעות כף הרגל**).
- ה. **מצב חירום רפואי:** נסיבות שבהן אדם מצוי בסכנה מיידית לחייו או קיימת סכנה מיידית כי תיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא יינתן לו טיפול רפואי דחוף והכל בכפוף למוגדר בחוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996

2.3.2 מקרה הביטוח ותגמולי הביטוח "בקרות תאונה שגרמה לשבר תאונתי למבוטח, וזאת בתוך 90 ימים לאחר תאריך התאונה, תשלם החברה למבוטח תגמולי ביטוח שישולמו כשיעור מסכום הביטוח כמפורט להלן:

הנזק	אחוז מסכום הביטוח
חוליה - גוף חולייתי (למעט עצם הזנב)	100%
אגן	100%
גולגולת	35%
כתף (עצם הבריח ועצם השכמה)	35%
חזה (כל צלע ועצם החזה)	35%
יד	35%
רגל	35%
חוליה - קשת חולייתית (למעט עצם הזנב)	35%

2.3.2.1 סכום הביטוח המקסימלי שישולם למבוטח בוגר על פי סעיף 2.3 לעיל הינו 20,000 ₪. וסכום הביטוח המקסימלי שישולם למבוטח ילד על פי סעיף 2.3 לעיל הינו 10,000 ₪.

2.3.2.2 שבר עקב תאונה באיבר אחר שאינו מפורט בטבלה בסעיף 2.3.2 לעיל יזכה את המבוטח בסך 5% מסכום הביטוח כמפורט בסעיף 2.3.2.1 לעיל.

2.3.2.3 הגבלות וחריגים מיוחדים לסעיף שברים עקב תאונה

א. אם יותר מעצם אחת נשברה כתוצאה מאותו אירוע שבר תאונתי, יתווספו סכומי הביטוח כאמור בטבלה שלעיל (האחוזים המצטברים הם מתוך סכום הביטוח המלא) ובלבד שסכום הביטוח הכולל לא יעלה על 20,000 ₪ למבוטח בוגר ו- 10,000 ₪ למבוטח ילד.

ב. סעיף זה אינו מכסה שברים שנגרמו למבוטח על ידי או כתוצאה מתהליך הדרגתי מתמשך.

2.4 פיצוי יומי בעת אשפוז בבית חולים

2.4.1 מקרה הביטוח

1. אשפוזו של המבוטח בבית חולים מחמת מחלה, או לצורך ביצוע ניתוח.

2. אשפוזו של המבוטח בבית חולים עקב תאונה.

2.4.2 תגמולי הביטוח

2.4.2.1 מבוטח שאושפז בבית חולים מחמת מחלה או לצורך ביצוע ניתוח זכאי לפיצוי יומי בסך 350 ₪ לכל יום אשפוז החל מהיום השלישי וסה"כ עד 14 ימים.

2.4.2.2 מבוטח שאושפז בבית חולים עקב תאונה יהיה זכאי לפיצוי יומי בסך 350 ₪ לכל יום אשפוז החל מהיום השלישי ועד סה"כ 60 ימים.

2.4.3 במקרה בו המבוטח אושפז בבית חולים יותר מפעם אחת בגין אותו מקרה ביטוח וזאת במהלך תקופה של 12 חודשים, יחושבו שתי תקופות האשפוז, כאילו היו תקופה אחת רצופה. במקרה בו חלפו יותר מ- 12 חודשים בין אשפוז

אחד לשני, יחשבו תקופות האשפוז כתקופות אשפוז נפרדות.

2.4.4 סייגים לחבות החברה לסעיף זה:

- 2.4.4.1 אשפוז עקב ניסיון התאבדות או פגיעה עצמית מכוונת.**
- 2.4.4.2 אשפוז עקב תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) או נשאות (HIV), כולל מוטציות או וריאציה דומה אחרת.**
- 2.4.4.3 אשפוז המבוטח כתוצאה מהתמוטטות עצבים או מחלת נפש או מליקוי נפשי אחר שאין לו קשר להשתנות אורגנית שאירעה למבוטח.**

2.5 פינוי חירום באמבולנס

- 2.5.1 מקרה הביטוח מבוטח זכאי לפינוי חירום באמבולנס, עקב מצב חירום רפואי, מביתו או ממקום התאונה לבי"ח לצורך קבלת טיפול רפואי. השיפוי בסעיף זה אינו כולל פינוי חירום באמבולנס אוירי ואינו כולל פינוי באמבולנס לצורך אשפוז מתוכנן.
- 2.5.2 תגמולי הביטוח המבוטח יהיה זכאי להחזר בשיעור של 75% מההוצאות בפועל, אך לא יותר מהתעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום או 1,000 ₪ לנסיעה לפי הנמוך מביניהם. ועד 3,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. מובהר כי ההחזר לפי סעיף זה יתבצע כנגד קבלות מקוריות ו/או קבלות נאמנות למקור בלבד.

2.6 טיפולי פיזיותרפיה

- 2.6.1 מקרה הביטוח מבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין טיפולי פיזיותרפיה עקב אירוע תאונתי מכוסה ובתנאי שרופא מומחה בתחום הרלוונטי קבע את הצורך בטיפול פיזיותרפי.
- 2.6.2 תגמולי הביטוח המבוטח יהיה זכאי ל- 10 טיפולי פיזיותרפיה למקרה ביטוח להחזר עד 75% מההוצאה בפועל כנגד חשבונית מקורית ועד 150 ₪ לכל טיפול.

3. שינוי מקצוע

המקצוע, העיסוק והתחביב של המבוטח כמפורט בהצעת הביטוח משמשים יסוד לביטוח נוסף זה. במקרה של שינוי המקצוע או העיסוק, או אם יעסוק המבוטח בתחביב שיש בו משום סכנה לחייו או לבריאותו, יותר משהיו בעת עריכת ביטוח נוסף זה, חייב יהיה בעל הפוליסה להודיע לחברה בכתב על שינוי זה. במקרה כאמור תנהג החברה בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981 וכל חוק מחליף או מתקן. לא נמסרה לחברה הודעה בכתב על שינוי כאמור, או לא שולמה הפרמיה המתאימה לשינוי כפי שהייתה נקבעת על ידי החברה, תקטן חבות החברה באופן יחסי או תתבטל לחלוטין בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.

האמור לעיל מותנה בכך שהפרמיה גדלה עקב העובדה שהמבוטח עסק במקצוע, עיסוק או תחביב שיש בהם סיכון.

4. ביטול הנספח

תוקף נספח זה יפוג בקרות אחד המקרים שלהלן המוקדם מביניהם:

- א. ביום השנה של יום התחלת נספח זה הקרוב ביותר ליום הולדתו השבעים של המבוטח.**
- ב. כאשר ישולם סכום הביטוח שעל פי נספח זה בגין מקרה ביטוח כמפורט בסעיפים 2.1 או 2.2 לעיל.**
- ג. דמי ביטוח עבור ביטוח נוסף זה לא שולמו בזמן פירעונם הנקוב, יבוטל ביטוח נוסף זה**

בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח.

ד. במקרה של הפרת תנאי מהותי בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח.

ה. כאשר הפוליסה בוטלה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח כאמור בסעיף 1.61 בתנאים הכלליים של הפוליסה.

5. הגבלת חבות החברה:

החברה לא תהיה חייבת בתשלום סכום הביטוח לפי ביטוח זה אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי אחת מהסיבות דלקמן, או אלו מהן:

5.1 התאבדות, או חבלה עצמית במתכוון, או סיכון עצמי במתכוון (פרט לנסיון להציל חיי אדם), או השתתפות המבוטח בביצוע פשע.

5.2 מקרה הביטוח אירע לפני תאריך תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח.

5.3 תחביבים או פעילויות שיש בהם כדי סיכון עצמי, ובכלל זה אגרוף, היאבקות, כל סוגי קרב המגע למיניהם, מירוץ מכוניות, רפטינג מדרגה 3, החלקה בסקי (מים או שלג), דאיה, צניחה, רכיפה, בנג'י, סנפלינג, צלילה בעזרת מכשירים, ספורט תחרותי.

5.4 שימוש בסמים פרט למקרה של שימוש על פי הוראות רופא.

5.5 השתתפות בפעילות צבאית או בתרגילים/אימונים צבאיים או טרם צבאיים מכל סוג שהוא.

5.6 מלחמה, מעשי איבה, פעולות מחבלים או מסתננים, פעולות חבלה או טרור, פלישה, מהפיכה, מרד, מלחמת אזרחים, התקוממות, ובלבד שהמבוטח אינו נוטל חלק פעיל בכל אירוע כאמור.

5.7 השתתפות המבוטח בביצוע פשע או השתתפותו בפעילות בלתי חוקית או כל הפרה או ניסיון להפר חוק כלשהו או התנגדות למעצר.

5.8 שבר הרניה.

5.9 השתתפות המבוטח בספורט אתגרי כלהלן: טיפוס הרים, סקי מים, גלישת מצוקים, ספורט חורף, צניחה, גלישה או דאייה באויר, צייד ורכיבה על סוסים.

5.10 פעילותו של המבוטח כספורטאי רשום בקבוצת ספורט, עיסוקו של המבוטח בענף ספורט 5.11 טיסה בכלי טייס כלשהו, למעט טיסת המבוטח כנוסע בכלי טייס אזרחי הרשאי להוביל נוסעים.

5.12 פגיעה מונשק לא קונבנציונלי (כגון: אטומי, ביולוגי, כימי) או מטילים בליסטיים קונבנציונלים או ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני או קרינה מייננת. מובהר בזאת כי לנספח זה אין ערך פדיון וערך מסולק.

6. שחרור מתשלום פרמיה.

במקרה מות המבוטח הראשי או נכותו המלאה והתמידית, לפי העניין וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח לאחד או יותר מהמבוטחים לפי נספח זה, החברה תשחרר מתשלום פרמיה את הפרמיה המשולמת לנספח זה, בגין המבוטח המשני ובגין כל מבוטח קטין, בכפוף לאמור בסעיף 7 בתנאים הכלליים של פוליסה זו.

במקרה של סתירה בין האמור בנספח זה, לבין האמור בנספחים אחרים יחייבו לעניין תנאי נספח זה והאמור בו.

”בטחון לבריאות”

פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים שכיחים למבוגרים

אם רכשת נספח זה וצוין בדף פרטי הביטוח תפצה/תשפה החברה, לפי הענין את המבטוח בגין הכיסויים הביטוחיים המופיעים בנספחים, כמוגדר להלן, שרכש המבטוח כמצוין בדף פרטי הביטוח, וזאת בכפוף להגדרות, לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן (להן ”תנאים כלליים”) ובנספחים, במשך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה על פי תנאי ביטוח זה והוראותיו. במקרה של סתירה בין הוראות נספח זה לבין התנאים הכלליים - יחולו הוראות נספח זה.

1. מקרה הביטוח

אחד המקרים המפורטים להלן שאירע למבטוח לראשונה בהיות הפוליסה בתוקף, לאחר תום תקופת האכשרה ובתום תקופת ההמתנה 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:

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

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 במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפותהמייאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 42 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדיפגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

ג. ניתוח לב פתוח להחלפה או תיקון מסתמי לב

Open Heart Surgery for Replacement or Repair (Valve) ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

ד. ניתוח מעקף 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 שלצוואר הרחם *CIN1, CIN2, CIN3* או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ 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 1 - 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- *T2 No Mo TNM Classification* (כולל) או לפי *Gleason Score* עד ל- 6 (כולל);

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

8. סרטן בבלוטת התירויד 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*.

ה. שבץ מוחי (CVA)

כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), 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. לרבות אירועים ממקור להוציא - *TIA*.

גובה סכום הציפוי לתשלום בקרות מקרה הביטוח על פי סעיף זה, שווה לגובה סכום הביטוח לנספח זה הנקוב בדף פרטי הביטוח.

2. כיסויים נוספים

2.1 התייעצות אצל רופא מומחה

החברה תשפה את המבוטח בגין התייעצות אצל רופא מומחה לאחר גילוי אחת מהמחלות המכוסות על פי נספח זה, פעם אחת בשנה קלנדריית בניכוי 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 סך 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 מבטוח תוך 30 יום מגילוי מחלת הסרטן תפצה החברה את מוטבי המבטוח בסך 20% מסכום הביטוח שנרכש ביום תחילת הביטוח ועד 50,000 ₪.

2.3 "בונוס בריאות" פיצוי כספי חד פעמי בגין סיום הביטוח ללא תשלום תגמולי הביטוח ע"י החברה.

בקרית מקרה ביטוח הנוגע לנספח זה כאמור החברה תשלם למבטוח "בונוס בריאות" פיצוי כספי חד - פעמי. בחר המבטוח שלא לתבוע את החברה בגין מקרה ביטוח הנוגע לנספח זה, מסיבות השמורות עימו, חובת המבטוח ליידע את המבטוח על מנת שיוכל לממש את זכאותו לקבלת פיצוי " בונוס בריאות". סכום הפיצוי יהיה שווה ל- 50% מהפרמיה ששולמה בפועל בעבורו בגין נספח זה בלבד. משמע-עלות הבונוס יחושב על פי מחיר הנספח ולא כלל הפוליסה כפול שנים עשר חודשים אחרונים מקרות המקרה ולא יותר מאשר סך של 7,000 ₪ בהתקיים כל התנאים שלהלן:

2.3.1 לא שולמו למבטוח תגמולי ביטוח, במלואם או בחלקם, בגין נספח זה.

2.3.2 נסתיים הביטוח על פי נספח זה.

2.3.3 המבטוח הגיע לגיל 70.

2.3.4 המבטוח הצטרף לביטוח על פי נספח זה בטרם מלאו לו 55 שנים.

2.4 שחרור מתשלום פרמיה במות המבטוח הראשי

במקרה מות המבטוח הראשי וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח למבטוחים בנספח זה, החברה תשחרר מתשלום פרמיה את הפרמיה המשולמת לנספח זה בגין המבטוח המשני, עד תום תקופת הביטוח למבטוח המשני בנספח זה, או עד קרות מקרה ביטוח למבטוח המשני לפי נספח זה, בכפוף לאמור בסעיף 7 של התנאים הכלליים בפוליסה זו.

מובהר בזאת כי הזכאות לשחרור מתשלום הפרמיה הינה רק במקרה של מות המבטוח הראשי.

3. ביטול הנספח

תוקף נספח זה יפוג בקרות אחד המקרים שלהלן, המוקדם מביניהם:

א. ביום השנה של יום התחלת נספח זה הקרוב ביותר ליום הולדתו השבעים של המבטוח.

ב. כאשר ישולם סכום הביטוח שעל פי נספח זה בגין מקרה ביטוח כמפורט לעיל.

ג. דמי ביטוח עבור ביטוח נוסף זה לא שולמו בזמן פירעונם הנקוב, יבוטל ביטוח נוסף זה בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח.

ד. במקרה של הפרת תנאי מהותי בהתאם לחוק חוזה ביטוח.

ה. כאשר הפוליסה בוטלה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבטוח כאמור בסעיף 16.1 בתנאים הכלליים של הפוליסה.

4. חריגים

החברה לא תהיה אחראית ולא תהיה חייבת לשלם את תגמולי ביטוח על-פי נספח זה אם מקרה הביטוח הינו תוצאה ישירה ו/או מקרה הביטוח נובע מ:

4.1 אירוע שאירע לפני תחילת תקופת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח.

4.2 מות המבטוח תוך 30 יום מקרות מקרה הביטוח, למעט עקב מקרה סרטן כאמור בסעיף 2.2 לעיל.

במקרה של סתירה בין האמור בנספח זה, לבין האמור בנספחים אחרים יחייבו לעניין תנאי נספח זה והאמור בו.

נספח 4:

"בטחון לילד"

פיצוי חד פעמי בגין מחלות ואירועים רפואיים לילדים

אם רכשת נספח זה וצוין בדף פרטי הביטוח תפצה/תשפה החברה, לפי הענין את המבוטח בגין הכיסויים הביטוחיים המופיעים בנספחים, כמוגדר להלן, שרכש המבוטח כמצוין בדף פרטי הביטוח, וזאת בכפוף להגדרות, לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן ("תנאים כלליים") ובנספחים, במשך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה על פי תנאי ביטוח זה והוראותיו. במקרה של סתירה בין הוראות נספח זה לבין התנאים הכלליים - יחולו הוראות נספח זה.

1. הגדרות

ההגדרות שלהלן יהיו בנוסף להגדרות בנספח תנאים כללים ויחולו על נספח זה.

בנספח זה יהיו למילים ולמונחים המשמעות שלהלן:

- 1.1 **המבוטח:** ילד או ילדה, נער או נערה ששמו/ה נקוב בדף פרטי הביטוח כמבוטח על פי ביטוח נוסף זה.
- 1.2 **הורים:** אב או אם או שניהם, שהינם האפוטרופוסים הטבעיים של המבוטח ו/או מי שימונה על יד בית המשפט להיות אחראי על המבוטח.
- 1.3 **תקופת הביטוח:** תחילתה במועד בו אישרה החברה בכתב את ההצעה לבטח את המבוטח בביטוח נוסף זה. יום תקופת הביטוח יצוין ע"י החברה בדף פרטי הביטוח. תקופת הביטוח תסתיים במלאת למבוטח 23 שנה.

2. מקרה הביטוח

גילוי אחת המחלות או קיומה של תוצאת אירוע תאונתי חמור כמפורט להלן יזכה את המוטב בסכום הביטוח כקבוע בדף פרטי הביטוח בכפוף להגדרות ולתנאים שלהלן:

א. אי ספיקת כבד פולמינינטית (Fulminant Hepatic Failure)

אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים:

1. הקטנה חדה בנפח הכבד;
2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות: בתפקודי הכבד, PT או רמות פקטורים 5 ו-7;
4. צהבת, מעמיקה;

ב. אי ספיקת כליות סופנית (End Stage Renal Failure)

חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייבת חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.

ג. סרטן (Cancer)

נוכחות גידול של תאים מומאירים 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 כשניוניים מומאירים 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-T2 No Mo- TNM Classification (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל)
 7. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ $10,000 \text{ B cell} / \text{ul}$ 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.

ד. השתלת איברים (Organ Transplantation)

לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מוח עצמות – קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגופ של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר.

ה. דלקת חיידיקת של קרום המוח:

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 בעקבותיהן 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 מפקח 2003/9. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.

ו. 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 סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9. הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.

ז. כוויות קשות (Severe Burns)

כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

ח. עיוורון (Blindness)

איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.

ט. פוליו (שיתוק ילדים) (Poliomyelitis)

שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.

י. חירשות (Deafness)

אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.

יא . 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

יב. ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis)

עדות לפגיעה משולבת בניוון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נירולוג מומחה.

3. כיסויים נוספים

3.1 התייעצות אצל רופא מומחה

החברה תשפה את המבוטח בגין התייעצות אצל רופא מומחה לאחר גילוי אחת מהמחלות המכוסות על פי נספח זה, פעם אחת בשנה קלנדרית בניכוי 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 סך הכל במשך תקופה של 5 שנים מיום ההתייעצות הראשונה.

3.2 פיצוי כספי בגין אשפוז עקב מקרה ביטוח מכוסה

החברה תפצה את בעל הפוליסה/המבוטח לפי העניין בגין אשפוז עקב מקרה ביטוח מכוסה בסכום של 300 ₪ ליום אשפוז החל מהיום השלישי לאשפוז ועד 14 ימים למקרה ביטוח.

3.3 ברות ביטוח

בהגיע המבוטח לגיל 23 ובתנאי שלא חל לגביו מקרה הביטוח על פי נספח זה, יהיה זכאי לרכוש אצל החברה פוליסה על שמו לביטוח מחלות, עפ"י התנאים והתעריפים שיהיו מקובלים בחברה באותה עת.
(להלן: "הפוליסה החדשה") בכפוף לכל התנאים שלהלן:

א. ההצטרפות לביטוח בפוליסה החדשה תהיה ללא מילוי הצהרת בריאות מחדשת של המבוטח או בדיקה רפואית כלשהי.

ב. מימוש זכות המבוטח לרכישת הפוליסה החדשה תהיה תוך 60 יום ממועד הגיעו לגיל 23 וזאת בתנאי שהודיע בכתב לחברה בפרק הזמן האמור בסעיף קטן זה.

ג. באפשרות המבוטח להגדיל את סכום הביטוח בפוליסה החדשה עד ל- 50% מסכום הביטוח שהיה בתוקף במועד הגיעו לגיל 23 ובלבד שסכום ביטוח זה לא יעלה על 300,000 ₪. ההגדלה הנ"ל תהיה ללא מילוי הצהרת בריאות מחדשת של המבוטח או בדיקה רפואית כלשהי.

ד. הפרמיה בפוליסה החדשה תקבע על פי התעריף שיהיה נהוג בחברה באותה עת בכפוף לגיל המבוטח ומינו במועד תחילת הביטוח של הפוליסה החדשה.

4. סכום הביטוח

סכום הביטוח על פי ביטוח נוסף זה יהיה קבוע בדף פרטי הביטוח.

5. הזכות לקבלת סכום הביטוח

גילוי של אירוע תאונתי או אחת המחלות המהווה מקרה ביטוח אצל המבוטח על פי נספח זה, במשך תקופת הביטוח, יזכה את המוטב בסכום הביטוח בתנאי שאושר על-ידי רופא החברה ובתנאי כי המבוטח לא נפטר כתוצאה מאותה מחלה או כתוצאה מהאירוע התאונתי המהווה את מקרה הביטוח במשך 60 יום לאחר קרות מקרה הביטוח.

6. תביעה

בעל הפוליסה או המבוטח באמצעות הוריו יהיו חייבים להמציא לחברה את כל המסמכים הסבירים שהחברה תדרוש המיועדים לבירור מקרה הביטוח שאירע למבוטח. כן תהא רשאית החברה לנהל כל חקירה ובכלל זה לבדוק את המבוטח על ידי רופא מטעמו ועל חשבונם.

7. ביטול הנספח

תוקף נספח זה יפוג בקרות אחד המקרים שלהלן המוקדם מביניהם:

- א. **ביום השנה של יום התחלת נספח זה הקרוב ביותר ליום הולדתו העשרים ושלוש של המבוטח.**
- ב. **כאשר ישולם סכום הביטוח שעל פי נספח זה בגין מקרה ביטוח כמפורט לעיל.**
- ג. **דמי הביטוח עבור ביטוח נוסף זה לא שולמו בזמן פירעונם הנקוב, יבטל ביטוח נוסף זה בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח.**
- ד. **במקרה של הפרת תנאי מהותי בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח.**
- ה. **כאשר הפוליסה בוטלה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח כאמור בסעיף 1.61 בתנאים הכלליים של הפוליסה.**

8. חריגים

החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, לפי נספח זה בגין תביעה הנובעת מכל אחד מהמקרים המפורטים להלן, או שאירעה במהלכם או בהקשר אליהם.

- 8.1 **מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח שעל פי ביטוח נוסף זה או במהלך תקופת האכשרה או שאירע לאחר תום תקופת הביטוח שעל פי נספח זה.**
- 8.2 **מקרה הביטוח הינו תוצאה של מחלה מולדת או מקרה הביטוח נגרם כתוצאה ממצב מולד ואשר אובחנו אצל המבוטח קודם כניסתו לביטוח, בכפוף למצב רפואי קודם כאמור בסעיף 13 לתנאים הכלליים.**
- 8.3 **המבוטח נפטר תוך 60 יום מיום קרות מקרה הביטוח וכתוצאה ממקרה הביטוח.**
- 8.4 **מקרה הביטוח נתגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.**

9. שחרור מתשלום פרמיה.

במקרה מותו או נכותו המלאה והתמידית של המבוטח הראשי וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח לאחד או יותר מהמבוטחים לפי נספח זה, החברה תשחרר מתשלום פרמיה את הפרמיה המשולמת לנספח זה, בגין כל מבוטח קטין, בכפוף לאמור בסעיף 7 בתנאים הכלליים של פוליסה ז.

במקרה של סתירה בין האמור בנספח זה, לבין האמור בנספחים אחרים יחייבו לעניין תנאי נספח זה והאמור בו.

גילוי נאות

לתוכנית הבריאות: "MORE בריאות" - לנספחים 1 עד 4 על פי חוזר המפקח על הביטוח 2001/9 חלק א': ריכוז פרטים כללים על הפוליסה ונספחיה

נושא	סעיף	תנאים
כללי	1. שם הפוליסה	"MORE בריאות"
	2. הכיטויים בפוליסה	"MORE בריאות": תנאים כללים נספח 1: השתלות, טיפולים מיוחדים בחו"ל ותרופות שאינן בסל הבריאות נספח 2: תאונות אישיות לכל המשפחה נספח 3: גילוי מחלות מבוגרים נספח 4: גילוי מחלות ואירועים רפואיים לילדים
	3. משך תקופת הביטוח	נספח 1: כל החיים נספחים 2, 3: עד גיל 70 של המבוטח נספח 4: עד גיל 23 של מבוטח קטין. בהגיע המבוטח לגיל זה באפשרותו לעבור לפוליסת בוגר ברצף ביטוח
	4. תנאים לחדוש אוטומטי	אין
	5. תקופת אכשרה	90 יום, אלא אם צוין אחרת בדף פרטי הביטוח, או תקופה ארוכה יותר כמצוין בסעיף 6.2 לפרק 2 בנספח 1
	6. תקופת המתנה	אין, מלבד תקופת המתנה של 2 ימי אשפוז כאמור בנספח 2, ובנספח 4 בסעיף 3.2.
	7. השתתפות עצמית	כמפורט בדף פרטי הביטוח ו/או בכל אחד מנספחי הפוליסה
שינוי תנאים	8. שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	באישור מראש של המפקח על הביטוח אך לא לפני 1.08.2012. השינוי יכנס לתוקף 60 ימים לאחר שהחברה הודיעה על כך למבוטח בכתב.
פרמיות	9. גובה הפרמיה	כמפורט בדף פרטי הביטוח
	10. מבנה הפרמיה	נספח 1: משתנה בכל 5 שנים ומתקבעת בגיל 75. הפרמיה מהילד הרביעי ומעלה - חינם. נספח 2: משתנה בכל 5 שנים נספח 3: משתנה בכל שנה נספח 4: קבועה
	11. שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	באישור מראש של המפקח על הביטוח אך לא לפני 1.08.2012. השינוי יכנס לתוקף 60 ימים לאחר שהחברה הודיעה על כך למבוטח בכתב.
תנאי ביטול	12. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	בכל עת בהודעה בכתב לחברה. אין החזר פרמיה
	13. תנאי ביטול הפוליסה ע"י החברה	* אם דמי הביטוח (פרמיות) בגין אחד מנספחי הפוליסה שהגיע זמן פירעונם לא שולמו בזמן הנקוב, יבוטל נספח זה עפ"י הוראות חוק חוזה ביטוח. * במועד בו שולם סכום הביטוח המרבי על פי הנספח הרלוונטי - במקרה זה יבוטל הביטוח לגבי הנספח הרלוונטי בלבד. * עם תום הביטוח של הנספח הרלוונטי כמופיע בתנאים הכלליים של כל נספח ונספח. * במקרה של הפרת חובת הגילוי כמפורט בתנאים הכלליים

תנאים	סעיף	נושא
אם קיימת החרגה, הפירוט לגביה מופיע בדף פרטי הביטוח וכן כמפורט בתנאים הכלליים וכן על פי תקנות מצב רפואי קודם.	14. החרגה בגין מצב רפואי קיים	חריגים
כמפורט בסעיף 18 בתנאים הכלליים וכן בנספחים הבאים: נספח 1: סעיף 8 נספח 2: סעיף 4, 5 נספח 3: סעיף 4 נספח 4: סעיף 8, 9	15. סייגים לחבות המבטח	



ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם בכפוף לנספחים שנרכשו על ידי המבוטח והמפורטים בתנאי הפוליסה/דף פרטי הביטוח

נספח 1: "חובה לבריאות" השתלות בארץ ובחול, טיפולים מיוחדים בחול ותרופות מורחב

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור החברה מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס / או השב"ל: רובד ביטוחי	קידוד תנוליים מביטוח אחר
השתלות וטיפולים מיוחדים בחול	<p>השתלה עד \$1,000,000. או פיצוי חד פעמי בגובה \$60,000 להשתלה שבוצעה בחול בלבד שלא באמצעות החברה.</p> <p>גמלה לאחר השתלה \$3,000 לחודש למשך 12 חודשים, החלמה לאחר השתלה עד \$500 ליום ועד 14 ימים בהשתתפות עצמית של 50%, התעמלות שיקומית לאחר השתלה עד \$300 לחודש למשך 6 חודשים בהשתתפות עצמית של 50%.</p> <p>בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה תבחן החברה אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008, ובכלל זה אם נתקיימו כל אלה:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי דין החל באותה מדינה. 2. מתקיימות הוראות החוק הנ"ל לעניין איסור סחר באיברים. 	שיפוי	רופא מומחה מטעם החברה	מוסף ותחליפי	כן
	טיפול מיוחד בחול בלבד עד \$150,000	שיפוי	רופא מומחה מטעם החברה	מוסף	כן
תרופות מורחב	<p>יכוס תרופות שאינו בסל הבריאות, כולל תרופות עם התוויות שאינן בסל הבריאות, כולל תרופות אונקולוגיות והמטוני - אונקולוגיות. סכום ביטוח מקסימאלי \$2,000,000, בהשתתפות עצמית של 300 \$ ששולמו בפועל על ידי המבוטח בגין הטיפול התרופתי, או 15% מעלות התרופה ולא פחות מ-300 \$ לגבי רכישת תרופה שקיימת לה תרופה נגזרת חילונית. בנוסף יכוסו הוצאות בגין טיפול רפואי נילווה בסך \$180 ליום ועד 45 ימים, וכן יכוסו תרופות בעת טיפול/ ניתוח אסתטי הניתנות בהזרקה בסך \$1,000 למרשם וסה"כ \$2,000 לכל תקופת הביטוח, בהשתתפות עצמית של 50%.</p>	שיפוי	רופא מומחה מטעם החברה	מוסף ותחליפי	כן
שחרור מתשלום פרמיה במות או בנכות מלאה ותמידית של המבוטח הראשי	<p>שחרור מתשלום פרמיה, לנספח זה, כל עוד לא קרה מקרה ביטוח עפ"י נספח זה במקרה מוות או בנכות מלאה ותמידית של המבוטח הראשי, וזאת בגין הפרמיה של המבוטח המשני עד הגיעו לגיל 70, ובגין הפרמיה של הילדים המבוטחים עד הגיעם לגיל 23, או עד מועד ביטול נספח זה, המוקדם מביניהם.</p>	שיפוי	כן	לא	לא

נספח 2: "הגנה משפחתית" תאונות אישיות לכל המשפחה

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור החברה מראש והגוף המאשר	עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד רישומי	קידוח תנולות מביטוח אחר
מות כתוצאה מתאונה למבוטח בוגר (מעל גיל 23)	פיצוי חד - פעמי בגובה 100,000 ש"ח במקרה של מות המבוטח הבוגר כתוצאה מתאונה תוך 365 יום ממועד התאונה ובעקבותיה.	פיצוי	לא	מוסף	אין
מות מתאונה למבוטח קטין (שטרם מלאו לו 23)	פיצוי חד פעמי בגובה 50,000 ש"ח במקרה של מות המבוטח הקטין כתוצאה מתאונה תוך 365 יום ממועד התאונה ובעקבותיה.	פיצוי	לא	מוסף	אין
אובדן/פגיעה בתפקוד	פיצוי במקרה של אובדן/פגיעה בתפקוד כתוצאה מתאונה כמפורט בסעיף 2.2 בפוליסה (תוך שנה ממועד התאונה)	פיצוי	לא	מוסף	אין
שברים עקב תאונה	פיצוי במקרה של שברים כתוצאה מתאונה כמפורט בסעיף 3.2 בנספח זה. סכום הפיצוי המקסימלי למבוטח בוגר - 20,000 ₪. סכום הפיצוי המקסימלי למבוטח קטין - 10,000 ₪.	פיצוי	לא	מוסף	אין
פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים	פיצוי יומי בסך 350 ₪ עקב אשפוז בבית חולים החל מהיום השלישי לאשפוז ועד 14 ימים כתוצאה מניתוח/מחלה ועד 60 ימים במקרה אשפוז כתוצאה מתאונה	פיצוי	לא	מוסף	אין
השתתפות בגין פינוי באמבולנס עקב מצב חירום רפואי כתוצאה מתאונה	החזר עד 1,000 ₪/תעריף מד"א - הנמוך מבניהם למקרה. בהשתתפות עצמית של המבוטח בסך 25%. החזר כולל של עד 3,000 ₪ לכל תקופת הביטוח כנגד הצגת קבלות מקוריות.	שיפוי	החברה	מוסף	אין
טיפול פיצויטריה עקב תאונה	החזר בגין 10 טיפולי פיצויטריה למקרה ביטוח במשך תקופת הביטוח. החזר עד לסך 150 ₪ לטיפול בהשתתפות עצמית של המבוטח בסך 25% כנגד הצגת קבלות מקוריות	שיפוי	החברה	מוסף	לא
שחרור מתשלום פרמיה במות או במקרה נכות מלאה ותמידית של המבוטח	שחרור מתשלום פרמיה, לנספח זה, כל עוד לא קרה מקרה ביטוח עפי"י נספח זה, במקרה מוות או נכות מלאה ותמידית של המבוטח הראשי, וזאת בגין הפרמיה של המבוטח המשני עד הגיעו לגיל 70, ובגין הפרמיה של הילדים המבוטחים עד הגיעם לגיל 23, או עד מועד ביטול נספח זה, המוקדם מביניהם	-	החברה	לא	לא

נספח 3: "בטחון לבריאות" פיצוי בגין גילוי מחלות קשות למבוגרים

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור החברה מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קידוח 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 אצל רופא מומחה לאחר גילוי מחלה מוכסה על פי נספח זה.	התייעצות אצל רופא מומחה לאחר גילוי מחלה מוכסה פעם אחת בשנה למשך 5 שנים, סך הכול 5 התייעצויות לכל חיי 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
פיצוי בגין סיום הביטוח בהגיע המבוטח לגיל 70 כאשר לא שולמו תגמולי הביטוח על ידי החברה	פיצוי חד-פעמי לאחר סיום הביטוח ובתנאי כי לא קרה מקרה הביטוח והחברה לא שילמה תגמולי ביטוח, בסך 50% מהפרמיה ששולמה בשנת הביטוח האחרונה אך לא יותר מ- 7,000 ₪.	פיצוי	כן	לא	לא
שחרור מתשלום פרמיה למבוטח המשני במות המבוטח הראשי	במקרה מות המבוטח הראשי וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח עפ"י נספח זה, תשחרר החברה את המבוטח המשני מתשלום הפרמיות בגין נספח זה וזאת עד תום תקופת הביטוח למבוטח המשני בנספח זה, או עד קרות מקרה ביטוח למבוטח המשני לפי נספח זה, המוקדם מביניהם.	שיפוי	כן	לא	לא

נספח 4: "בטחון לילד" פיצוי בגין גילוי מחלות ואירועים רפואיים לילדים

קיוו תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור החברה מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
לא	לא	כן	פיצוי	פיצוי ל-12 מחלות ואירועים קשים כדלקמן: אי ספיקת כבד פולמינינטית, אי ספיקת כליות סופנית, סרטן, השתלת איברים, דלקת חיידקית של קרום המוח, דלקת מוח, כווית קשות, עיוורון, פוליו (שיתוק ילדים), חירשות, איבוד גפיים, ניוון שרירים מסוג ALS סכום הפיצוי שווה לגובה סכום הביטוח הנקוב בדף פרטי הביטוח	פיצוי למחלות ואירועים קשים לילדים
לא	לא	כן	שיפוי	התייעצות אצל רופא מומחה לאחר גילוי מחלה מכוסה פעם אחת בשנה למשך 5 שנים, סך הכל 5 התייעצויות לכל חי הפוליסה. החזר עד 800\$ בהשתתפות עצמית של המבוטח בגובה 20%	התייעצות אצל רופא מומחה לאחר גילוי מחלה מכוסה על פי נספח זה.
לא	לא	כן	פיצוי	פיצוי של 300\$ ליום, החל מהיום השלישי לאשפוז ועד 14 ימים למקרה ביטוח.	פיצוי יומי עקב אשפוז בגין מקרה ביטוח מכוסה
לא	לא	לא	-	בהגיע המבוטח לגיל 23 ובטרם קרה מקרה הביטוח, המבוטח יהיה זכאי כאמור בסעיף 3.3 של הנספח לעבור לפוליסת בוגר וכן להגדיל את סכום הביטוח עד 50% מהסכום שנרשש ועד 300,000\$ וזאת ללא הצהרת בריאות מחדשת, ובלבד שמימש זכות זו תוך 60 ימים ממועד הגיעו לגיל 23.	רצף ביטוח וברות ביטוח
לא	לא	כן	-	במקרה מותו או נכותו של המבוטח הראשי וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, תשחרר החברה את הפרמיה בגין הילדים המבוטחים בנספח זה וזאת עד הגיעם לגיל 23 או עד מועד ביטול נספח זה, המוקדם מביניהם	שחרור מתשלום פרמיה במות או במקרה נכות מלאה ותמידית של בעל הפוליסה

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 השב"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





סניפים

נתניה רח' המייסדים 4 טל' 076-8622525

ירושלים בית כלל יפו 97, טל' 076-8622401

חיפה רח' פל ים 5 טל' 076-8622461

באר שבע שד' רגר 28, בנין רסקו הישן טל' 076-8622605

אשדוד רח' רוגוזין 1, מרכז מסחרי א' טל' 076-8622601

מוקד קשרי הלקוחות של החברה 24 שעות שבעה ימים בשבוע

טל, 076-8622260