

ענקית זהב בביטוח מחלות קשות

מספר מס' 466

לשלם לחברת, על-פי תנאי הפלישה,
כמפורט בדף פרטי הביטוח.

הצעת הביטוח/ה策עה: טופס ההצעה
המזהווה בקשה להצטרף לביטוח על-פי
פלישה זו כשהוא מלא על כל פרטי
וחתום על ידי המבוטח או על ידי
אופטרופוס חוקי. ההצעה תכלול גם את
הצהרת הבריאות שמלואה ונחתמה על
ידי המבוטח (או האופטרופוס) וכן את
פרטי אמצעי התשלום.

מקרה הביטוח: מערכת עבודות ונסיבות
המתוארות בכל אחד מפרק הפלישה,
אשר בהתקיימה קמה לモטב זכות
לקבלת תגמול ביטוח על פי הפלישה
וב בלבד שהמבוטח לא נפטר במהלך 14
ימים ממועד קורת מקרה הביטוח
(למעט במקרה של השתלת האיברים
כמפורט בסעיף 1.1.4 לפרק א').

סכום הביטוח: הסכום המירבי לtagmoli
בביטוח בקרים מקרה ביטוח כמפורט בכל
פרק מפרק הפלישה /או כפי שנקבע
בדף פרטי הביטוח ובכפוף לאמור בסעיף
5 להלן. במקרה של סתייה /או אי-
בהירות בין סכום הביטוח הנקבע בפלישה
למי הסכום המירבי בדף פרטי הביטוח,
סכום הביטוח הקבוע יהיה על-פי הנקבע
בדף פרטי הביטוח ובכפוף לאמור בסעיף
5 להלן.

תאריך תחילת הביטוח: התאריך הנקבע
בדף פרטי הביטוח כ"תאריך תחילת
הביטוח".

תקופת הביטוח: כמפורט בסעיף 10
ובסעיף 11 להלן.

גיל המבוטח: גיל המבוטח נקבע לפי יום
הולדתו הקרוב ביותר לתאריך התחלת

1. מבוא
תמורה תשלום דמי ביטוח, כמפורט בדף פרטי
הביטוח, ובנסיבות לתנאים, להוראות לסייעים
ולחריגים המפורטים להן בהתאם להצהרות
המבוטח, החברה תפצה את המבוטח בנסיבות
מקירה הביטוח - הכל בהתאם למחויבויות החברה
על-פי הוראות הפלישה, אך לא יותר מסכם
הביטוח המרבי הנקבע בדף פרטי הביטוח /או בכל
נספח או סעיף בהם נקבע שיעור זהה.

2. הגדרות בפלישה זו
בפלישה זו תהיה למשמעותם הבאים המשמעות
המפורטה בצדדים:

2.1 החברה /או המבוטח: הראל חברה
לביטוח בע"מ.

2.2 הפלישה: חוזה ביטוח זה, לרבות הצעת
הביטוח, דף פרטי הביטוח וכל נספח או
תוספות המצורפים לו.

2.3 המשלים: האדם או התאגיד, המתקשר
עם החברה על-פי פולישה זו לצורך
תשלום הפרמייה, ואשר שמו נקבע בדף
פרטי הביטוח וה策עה.

2.4 המבוטח: אדם ששמו נקבע בדף פרטי
הביטוח כ"מבוטח".

2.5 המוטב: הגורם אשר זכאי לקבל את
tagmoli הביטוח בקרים מקרה הביטוח על
פי קביעת המבוטח. המבוטח הוא גם
המוטב אם לא נקבע מוטב זולתו. במקרה
של פטירת המוטב, תהא הזכות לקבלת
tagmoli הביטוח לירושו החוקים של
המוטב.

2.6 הפרמייה/דמי הביטוח: הסכום בגין
פולישה זו שעיל המשלים /או על המבוטח

לעין, מהוות ללא תלות בכל סיבת אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמידית לקרות מקרה הביטוח. **למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות עצירות חזירות לאורך תקופת הגורמים לנכות לא יחויבו כ"תאונת".**

- | | | |
|--|---|--|
| 2.17 חוק הביטוח: חוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981. | 2.18 תכנית בסיס: תכנית ביטוח שມבטח רשייא להנאה בהתאם לסעיף 40 לחוק הפיקוח כתכנית בפני עצמה (ללא תלות ברכישת תוכנית אחרת). | 2.19 תכנית נוספת: תוכנית ביטוח או כתוב שירות שມבטח רשייא להנאה בהתאם לסעיף 40 לחוק הפיקוח, רק כנלוויים לתוכנית בסיס. |
|--|---|--|

תקופת הפולישה
כニסתה של פולישה זו לתקוף, מותנית בתשלום פרמייה ראשונה בפועל. תנאי זה לא יכול אם התקבל על ידי המבטח/amcui תשלום שניין לאגדות ממנו את פרמיית הביטוח. שולמו לחברה כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת החברה לעירית הביטוח, לא ייחס בתשלום כהסכם החברה לעירית הביטוח. במקרה זה תשלח החברה בתוך 90 ימים קבלת דמי הביטוח לרשותה, החליטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועד לביטוח, ותשלח לו, לפי העניין, פולישה ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעה דחיה על פי המבוטח לא מתקל לbijtוח ואין לו כיוסי ביטוח בתקוף או פניה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית. לא שלחה החברה תוך 90 ימים מיום קבלת דמי הביטוח לרשותה, הודעה דחיה כאמור לעיל או פניה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית, ייחס המבוטח כדי שצורך לbijtוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לרשותה לבין החלטת החברה בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות בחברה לגבי מועדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, היהת החברה מודעה למועד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח

הביטוח, זה שקדם לו או הבא אחריו או כפי שנקבע בדף פרטי הביטוח אם נקבע אחרת.

- | | | |
|--|--|--|
| 2.13 מדד המחרירים לצרכן/מדד: מדד המחרירים לצרכן המתפרק על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד שפורסם על ידי גוף رسمي אחר שיובא במקומו, או מדד כלשהו שיוחד לשירות בריאות. | 2.14 דף פרטי הביטוח: דף המצורף לפולישה ומהוות חלק בלתי נפרד ממנה, הכלול בין היתר, פרטים אישיים של המבוטח ואת התנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח למבוטח. במקרה של סטייה בין תנאי הפוליסה לבין התנאים המפורטים בדף פרטי הביטוח, יגלו התנאים בדף פרטי הביטוח. | 2.15 תקופת אכשרה: תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך תחילת הביטוח או ביום קרota מקרה ביטוח ראשון, לפי העניין (לרבות "תקופת אכשרה מיוחדת" כמפורט בפרק א' סעיף 4.3.2 להלן) ומסתיימת בתום התקופה שציינה בכל נספח שצורך לפוליסה, אשר בה המבוטח עדין אינו זכאי לכיסוי ביטוח מכוח הפוליסה ואשר בה החברה לא תהא אחראית למקרה ביטוח שארע ו/או התגלה במהלך, אף אם נמשך לאחר מכן. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח עם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מודגש, כי מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה (למעט מקרה ביטוח עקב תאונה), דין מקרה ביטוח שארע ו/או התגלה לפני תחילת הביטוח, והחברה לא תהא אחראית לתשלום תגמול ביטוח כלשהם בגין על פי פוליסה זו. |
| | | 2.16 תאונת: חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלי |

ה מבוטח להחזיר דמי הביטוח
ששלם بعد התקופה של אחר
קרות מקרה הביטוח בנייני
הוצאות החברה.

- ה מבוטח אינם זכאי לתרומות האמורות
עליל בכל אחת מלאה, אלא אם התשובה
שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת
מרמה:
 4.4.1 הוא ידע או היה עליו לדעת את
ה מצב לאמתו בשעת כריתת
ה חוזה או שהוא גرم לכך
שהתשובה לא הייתה מלאה
וכנה.
- 4.4.2 העובדה שעליה ניתנה תשובה
שלא הייתה מלאה וכנה חדלה
להתקיים לפני שקרה מקרה
הביטוח, או שלא השפיעה על
מקרהו, על חבות המבוטח או על
היקפה.
- 4.4.3 במידה שמדובר בתגמול
בתגמול ביטוח מסווג פיזי
ה מבוטח, אינם זכאי לתרומות
ה她们ות לעיל, לאחר שעבורו
שלוש שנים מכנית החוזה,
זולת אם המבוטח פעיל בכוונת
מרמה.

סכום הביטוח

- 5.1 סכום הביטוח המרבי שעיל החברה
לשלם למקרה אשר טרם הגיע לגיל 65
במועד קרות מקרה הביטוח, יהיה
כמפורט בדף פרטי הביטוח.
- 5.2 סכום הביטוח המרבי שעיל החברה
לשלם בנסיבות מקרה הביטוח למקרה
אשר גילו 65 ומעלה במועד קרות
מקרה הביטוח, יוקטן מידיו שנה החל
מגיל 65 ואילך ועד תום התקופה (כולל
בתקופות ביטוח רצופות) בה ביטוח זה
הנו בתוקף, בשיעור של 5% לשנה
מסכום הביטוח שהוא בתוקף לפני
הגיעו של המבוטח לגיל 65.
- 5.3 ברות ביטוח: המבוטח יהיה זכאי לרכוש
תוספת של עד 10% לסכום הביטוח

(אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד
לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה
הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה
וتنאייה.

חוות הגילוי

- (א) הציג המבוטח למקרה לפני כריתת
ה חוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך
אחרת בכתב, שאלת בעניין שיש בו כדי להשפיע
על נכונותו של מבטח סביר לכורות את החוזה
בכללו או לכרכותו בתנאים שבו (להלן - עין מהותי),
על המבוטח להסביר עלייה בכתב תשובה מלאה
וכנה.
- (ב) שאלת גורפת הוכרכת עניינים שונים, ללא
אבחנה ביניהם, אינה מחיבת תשובה כאמור אלא
אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה.
- (ג) הסתירה בכוונת מרמה מצד המבוטח של
עין שהוא ידע כי הוא עין מהותי, דינה כדין מתן
תשובה שאינה מלאה וכנה.

- 4.1 ניתנה לשאלת בעניין מהותי תשובה שלא
היתה מלאה וכנה, רשאית החברה, תוך
שלושים ימים שנדרע לה על כך וכל
עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את
הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח.

- 4.2 ביטלה החברה את הפוליסה מכוח סעיף זה, זכאי המבוטח להחזיר דמי הביטוח
ששלם بعد התקופה של אחר הביטוח,
בנייני הוצאות החברה, זולת אם פעיל
ה מבוטח בכוונת מרמה.

- 4.3 קרה מקרה הביטוח לפני שננטבלה
הפוליסה מכוח סעיף זה, אין החברה
חייבת אלא בתגמול ביטוח מופחתים
בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי
הביטוח שהו משתלים כמקובל אצל
לפי המצב לאמתו לבין דמי הביטוח
המוסכמים, והחברה פטורה כליל בכל
אחד מלאה:

- 4.3.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
 4.3.2 מבטח סביר לא היה מתקשר
באוטו חוזה, אף בדמי ביטוח
מרובים יותר, אילו ידע את
מרובים יותר, אילו ידע את
ה מצב לאמתו; במקרה זה זכאי

<p>7.1 דמי הביטוח על פי פוליסת זו יקבעו בהתאם לגיל של המבוטח, במועד הצטרפותו לביטוח. וכן בהתאם למינו ולהרגלי העישון שלו. דמי הביטוח ישתנו כל חמיש שנים ממועד ההצטרפות של המבוטח שלגיל 65. בגיל 65 (גם אם טרם חלפו חמיש שנים ממועד שינוי דמי הביטוח האחרון) ישונו דמי הביטוח וממועד זה יהיו דמי הביטוח קבועים, הכל בהתאם לסכום המីוחס לגיל 65 בטבלת דמי הביטוח המצורפת לפוליסת זו ובכפוף לסעיף 10 להלן.</p> <p>7.2 החברה תהא זכאית לשנות את טבלת הפרמיות וכפועל יוצא מכך את דמי הביטוח הנגבים ושיגבו מן המבוטח ואת התנאים של פוליסת זו, לכל המבוטחים בפוליסת זו, במועד החידוש בהתאם להוראות סעיף 11 להלן /או באישור המפקח על הביטוח.</p> <p>8.</p> <p>8.1 טיסה בכלי טיס קלשו, פרט לטיסת כניסה בכלי טיס אדרחי בעל תעודה כשירות להובלת נוסעים.</p> <p>8.2 מקרה ביטוח שארע עקב השתתפות פעילה של המבוטח בעולה מלחמתית, משטרתית, במהפכה, במרד, בפרעות, בהWOODות ובמעשה חבלה, או מקרה ביטוח במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעולות בעל אופי צבאי לרבות תרגלים/ אימונים צבאיים או טרום צבאיים מכל סוג שהוא, צבא קבע או שירותAMILאים או צבא סדי.</p> <p>8.3 השתתפות המבוטח בעולה אליו מהוגדרת כפצע.</p>	<p>שבתקופ (ולא יותר מהסכום המירבי הנitin לרכישה בחברה בתכנית זו), ללא הצהרת בריאות חדשה, על פי התנאים והמחירים הנוהגים בחברה באותה עת, ובתנאי שלא קרה לו מקרה הביטוח על פי כל אחד מפרק הפוליסת במועד>bיקשה לרכישת התוספת כאמור, וזאת אר ו록 בכל אחד מהמועדים שלhalbן:</p> <p>5.3.1 תוך 60 יום מהמועד בו הגיע המבוטח לגיל 45.</p> <p>5.3.2 תוך 60 יום מהמועד בו הגיע המבוטח לגיל 55.</p> <p>6. תשלום הפרמיות</p> <p>6.1 הפרימה הראשונה תקבע על פי גיל,מין והרגלי עישון של המבוטח בתאריך תחילת הביטוח בכפוף לתנאי החייב של המבוטח ותפורט בדף פרטי הביטוח.</p> <p>6.2 שולמו תגמولي ביטוח על פי פוליסת טרם פג תקופה של פוליסת זו כמפורט בסעיפים 11-10 להלן, ימשיך המבוטח לשלם בגין התקופה שלאחר קורת מקרה הביטוח את אותה הפרימה לו לא קרה מקרה הביטוח.</p> <p>6.3 במקרה שבו לא שולמה הפרימה במועד הקבוע בפוליסת :</p> <p>6.3.1 תהא החברה זכאית לבטל את הפוליסת בהתאם להוראות חוק הביטוח.</p> <p>6.3.2 לא שולמה פרימה כלשהו, או חלק ממנו במועדיה, יתווסף לסכום שבפיגור - חלק בלתי נפרד ממנו - הפרשי הצמדה וריבית על-פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א 1961 מהמועד שנקבע לתשלום הפרמיות ועד לפירעון בפועל של הפרמיות אצל החברה.</p> <p>7. שינוי הפרמיות/דמי הביטוח והתנאים</p>
---	---

או תאונת; לעניין זה, "אובחן" במשמעותו – בדרך של אבחנה רפואיית מתועדת, או בתהיליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרופות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

א. פחות מ – 65 שנים: החריג יהיה תקף לתקופת שלא תעלה על שנה אחת מתחילה תקופת הביטוח.

ב. 65 שנים או יותר: החריג יהיה תקף לתקופת שלא תעלה על חצי שנה מתחילה תקופת הביטוח.

סיג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברת על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סיטה במפורש בכך פרטively הביטוח את המצב הרפואי המשסום הנזכר בהודעת המבוטח.

התביעה ותשלולמה

החברה תשלם למבוטח או לモטב את תגמולו הביטוח על פי פוליסזה זאת אם התקיימו כל אלה:

9.1 המבוטח מסר לחברת מוקדם ככל האפשר הודעה והוכחות לשבעיות רצונה של החברה על קרותה הביטוח, וכן מסר לחברת את המסמכים הדרושים לשם בירור התביעה. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

9.2 המבוטח חתם על כתוב ויתור על סודיות רפואית המתייר לכל רפואיו /או לכל גופו או מוסד אחר בארץ /או בחו"ל להעביר לחברת כל מידע רפואי הנמצא ברשותם והנוגע למבוטח לצורך בירור התביעה.

9.3 החברה תהא זכאית בכל עת לבדוק באופן סביר בכל דרך הנראית לה את מצבו הרפואי של המבוטח, לאחר שהוגשה התביעה. בלבד שהבדיקה תהיה

8.4 אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראות רופא.

8.5 התאבדות או ניסיון לכך, פגיעה עצמית.

8.6 אגרוף, היאבקות וכל סוג קרב מגע, למיניהם, סקי שלג, דאייה, צניחה, סנפלינג, טיפוס מצוקים, צלילה, קניונינג, פארקור, מרוץ מכוניות, מרוץ אופניים, אופנועים, אופנוע שלג, רחיפה, או גלישה אוירית.

8.7 מקרה ביטוח שנגרם עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגעה בנשק לא קונבנציונלי (כגון אטומי, כימי, ביולוגי) או מטילים בליסטיים קונבנציונליים.

8.8 פעילות חבלה, מעשה איבה או טרור מכל סוג שהוא, בין שבוצעו ע"י חברות בארגון כלשהו העוין את המדינה ובין אם לאו.

לצורך סעיף זה - טרור משמעו שימוש באליםות לצרכים פוליטיים שמטרתו להפחיד את הציבור או כל חלק ממנו. רק אישור של משטרת ישראל או משרד הביטחון קובע אם הפעולה הינה פעלת טרור.

8.9 מותו של המבוטח תוך 14 ימים מיום קרות מקרה הביטוח, למעט אם מקרה הביטוח הינו השתלת אברים כמפורט בסעיף 1.1.4 לפרק ראשון.

8.10 מקרה ביטוח שארע לפני מועד תחילת תקופת הביטוח, או לאחר תום תקופת הביטוח.

8.11 מקרה הביטוח אירע בתקופת האכשרה המוגדרת בכל אחד מפרקיו הביטוח.

8.12 מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסיג, דהיינו - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרופתו לביטוח, לרבות בשל מחלת

- 10.4.1 10.4.2 10.4.3 10.4.4 10.4.5
- הבהרות נוספות נספנות לביטול הביטוח:
במקרה של אי קבלת הסכמה
מפורטה של המבוטח לחידוש
הביטוח עד למועד החידוש
כאמור בסעיף 11.6 להלן,
ובתנאי שלא התקיימו תנאי
סעיף 11.7, לא יחולש הcisio
הביטוח לפ' תכנית ביטוח
לגביה נדרשה הסכמה מפורשת
כאמור לתקופה נוספת ויסתיים
הביטוח על פיה.
- יבחר, כי ככל שהתקנית לגבי
נדרשת הסכמתו המפורשת של
המבוטח הינה תכנית בסיס
(כהגדرتה לעיל) ולא ניתנה ע"י
המבוטח הסכמה כאמור, תבוטל
תכנית הבסיס וכל התכניות
הנספנות (כהגדרטן לעיל)
הנילוות לה, למעט אם הן יכולות
לשמש כתכניות נלוות לתכנית
בסיס אחרת אשר נרכשה ע"י
המבוטח במסגרת הפוליסה.
- 10.4.3 בקרה של ביטול cisio ע"פ**
תכנית ביטוח, לא תבוטל
הנחת בתכנית אחרת, למעט
ביטול מחיר מופחת שניית
למבוטח בשל כך שרכש
מספר תוכניות בסיס ושהמפקח
לא התנגד לו.
- על אף האמור בסעיף 10.1 לעיל, הותר למבוטח שיווק של
תכנית נוספת מסויימת רק יחד
עם תוכנית בסיס מסויימת,
ובוטלה ע"י המבוטח אותה
תכנית בסיס תבוטל גם התכנית
הנספנת שהותרה לשיווק יחד
עםיה.
- על אף האמור בסעיף 10.1 לעיל, בוטלו כל תוכניות הבסיס
ע"י המבוטח, יבוטלו גם
התכניות הנספנות שנלוות
لتכניות הבסיס כאמור.

סבירה בנסיבות העניין ועל חשבון
הmbatch. יבהיר כי אין בכך כדי לגרוע
מי יכולות של המבוטח למצות בכל עת את
זכויותיו המקונות לו מכח הpolishe בבית
המשפט.

9.4 החברה תנכה מהתשלומים את כל
החויבות המגעים לה מהמבוטח בגין
polishe זו בכפוף להוראות הדין.

10. ביטול הביטוח

10.1 המבוטח רשאי בכל עת לבטל את
הביטוח בהודעה לחברה או כמפורט
בסעיף 10.4 להלן.

10.2 החברה זכאי לבטל את הביטוח אם לא
שולמו הפרמיות במועדן כאמור בסעיף
6.3 לעיל או בהתאם לזכויות הביטוח
האוחרות המקונות לה על פ' דין.

10.3 cisio הbijtouxi על פי polishe זו יבוטל
/או יפוג בכל אחד מהמקירים הבאים,
על פי המוקדם מביניהם:

10.3.1. מות המבוטח.

10.3.2. לאחר תשלום סכום הביטוח בגין
מקרה ביטוח ראשון ותשלום
סכום ביטוח בגין מקרה ביטוח
שני כמפורט בסעיף 4.2.1 לפרק
א' בגין מקרה ביטוח המופיע
בקבוצה ראשונה כמפורט
בסעיף 1.1. כמפורט בפרק א'.

10.3.3. בתאריך הלידה בו הגיע
הmbotach לגיל 75.

10.3.4. על פי בקשה המבוטח על פי
המפורט בסעיף 11 וסעיף 10.4
להלן.

10.3.5. עקב אי תשלום פרמיות במועדן
בכפוף לסעיף 6.3 לעיל או
בהתאם לזכויות הביטול
האוחרות המקונות לה על פ' דין.
10.3.6. במקרים הננקבים בסעיף 11
ובסעיף 10.4 להלן.

הביטוח שהוא זכאי להם על פי הפוליסה;

11.5.3 פוליסה ששואקה על פי תכנית שהמפקח אישר לגביה מראש ובכתב כי פוליסות לפיה לא יחולשו מאליהן.

11.6 על אף האמור בסעיף 11.2 לעיל, לא תחודש מלאיה פוליסה ללא קבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח לחידוש, אם חלה עלייה בדמי הביטוח החודשיים בתקופת הביטוח הבאה, של יותר מ- 10 ש"ח או יותר מ- 20 מדמי הביטוח, לפי הגובה מבנייהם, ביחס לדמי הביטוח החודשיים ששילם המבוטח ערב חידוש הpolloisa. יובהר, כי במקרה של חידוש פוליסה שנעשתה לפחות ממספר תכניות ביטוח בחבילתה, תבחן גם עליית דמי הביטוח בגין כל תכנית בחבילתה.
לעניין זה –

"הסכםתו המפורשת של מבוטח" - לגביILD עד גיל 21 של מבוטח באותה תכנית או בגין זוגו של מבוטח כאמור, ההסכם המפורשת יכולה להיות של המבוטח עברו ילוウ עד גיל 21 או עברו בגין זוגו;

"עליה בדמי הביטוח" - לרבות הפחתה בהיקף הכספי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלות דמי הביטוח ולמעט שינוי הנבע מהצמדה למדד שנקבע בpolloisa או בשל מעבר בין קבוצות גיל או בשל סיום הנחה שנייתה לתקופה קצרה, כפי שפורטו בדף פרטי הביטוח.

11.7 על אף האמור בסעיף 11.6 לעיל, לא נדרשת הסכמתו המפורשת של מבוטח לפני חידוש פוליסה מלאיה כאמור בסעיף 11.2 לעיל, במקרים המפורטים להלן –

11.7.1 אם המבוטח הגיע במהלך תקופת הביטוח, הנוכחית או זו שקדמה לה, תביעה למימוש זכויות לפי תנאי הpolloisa;

11.7.2 אם המבוטח פירט למבוטח שהצטרך לראשונה לתכנית בתקופה של 120 ימים שקדמו למועד החידוש באופן מפורש את

11.1. **תקופת ביטוח וחידוש תקופת הביטוח**

11.1.1 תקופת הביטוח בpolloisa הינה 24 חודשים.

11.2 אחת לשנתיים, בראשון לחודש יוני החל מיום 1 ביוני 2018 (להלן - **מועד החידוש**), הpolloisa תחודש מלאיה (לא צורך בקבלת הסכמת המבוטח) לכלל המבוטחים בה לתקופה של שנתיים נוספים, בין אם באוטם תנאים או בין אם בתנאים שונים, ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ולא תקופת אכשרה נוספת (להלן - **רצף ביטוח**).

11.3 על אף האמור בסעיף 11.1 לעיל, ככל שמשך תקופת הביטוח ממועד צירופו לראשונהה של המבוטח לביטוח ועד למועד החידוש הראשון שלאחר תאריך תחילת הביטוח של אותו המבוטח, קצר שנתיים - תהיה תקופת הביטוח של אותו המבוטח החל ממועד צירופו לראשונהה לביטוח ועד למועד החידוש הקרוב של הpolloisa לכלל המבוטחים.

11.4 נדרש המבוטח לבצע שינויים בתנאים בpolloisa במועד החידוש, והמבוטח אינו ממשיך לשוק פוליסה זו למבוטחים חדשים, רשאי הוא במועד החידוש שלא לבצע את השינויים, ולהציג לכלל המבוטחים הקיימים בpolloisa את הpolloisa באותה תנאים שהיו בה ערב החידוש. יובהר כי במקרה זה לא יוכל המבוטח לשוק פוליסה זו למבוטחים חדשים עד לביצוע השינויים האמורים אשר יחולו על כלל המבוטחים.

11.5 על אף האמור בסעיף 11.2 לעיל, לא תחודש מלאיה פוליסה כאמור באותו סעיף לעיל, ואו חלקים ממנו, לפי העניין במקרים הבאים:

11.5.1 בכתב שירות - אם נקבעו בו הוראות מפורשות לעניין אי חידוש כתב השירות על ידי המבוטח;

11.5.2 בpolloisa לביטוח מפני מחלות קשות, בה נקבע גיל ביטוח מירבי - אם המבוטח הגיע לגיל הביטוח המירבי שנקבע או אם המבוטח מיצה את כל תגמולו

- 14. התוישנות** תקופת התוישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסת זו, היא חמיש שנים מיום קרות מקרה הביטוח. אם עלית התביעה הנה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת התוישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבעו תגמولي ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.
- 15. שינוי כתובה** על המבוטח /או המשלם להודיע לחברת על כל שינוי כתובה של המבוטח. הודעה שתשליח על ידי החברה לכטובת האחראונה של המבוטח הידועה לה, תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלה.
- 11.8** במקרה שבו חודשה הפוליסה שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיפים 11.2 ו – 11.7 לעיל, המבוטח רשאי להודיע ל מבוטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הפוליסה, על ביטול הפוליסה והפוליסה תבוטל לגביו ממועד חידוש הביטוח ויושבו למבוטח דמי הביטוח שנגנו בשל תקופה זו, ככל שנגנו, בלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.
- 12. תנאי ההצמדה**
- 12.1** כל הסכומים הננקובים בפוליסת זו, לרבות סכומי הביטוח הקובעים, הפרמיות וגובה השתתפות העצמית (אם קיימת), שיש לשלם על-פי תנאי הפוליסה על ידי החברה /או המבוטח לפי העניין, הינם צמודים למדד הידעו בראשן לחודש שבו בוצע התשלום בפועל.
- 12.2** חישוב ההצמדה יהיה היחס שבין המدد הידעו בראשן לחודש שבו בוצע התשלום בפועל על ידי החברה או על ידי המבוטח, לבין המدد הידעו בראשן לחודש ממועד תחילת הביטוח כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.
- 13. מסים והיטלים** המשלם או המבוטח או המוטב, לפי העניין, חייב לשלם לחברת את הפרמיות ואת המיסים הממשלתיים והאחרים (הקיים במועד ערכית הפוליסה או שיוטלו במועד לאחר מכן), החלים על הפוליסה, או המוטלים על הפרמיות, או על סכומי הביטוח.

מאושרת על ידי בדיקת US
דופלר או מדידה ישירה של
הלחץ הפורטלי או
היפרסתלניזם.

1.1.3 השתלת אברים –

(ORGAN TRANSPLANTATION) לב,
ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד,
מעי

קיבלה אישור רשמי של המרכז
לאומי להשתלות בישראל על
 הצורך בהשתלת איבר ובטרם ביצוע
 השתולה בפועל או לאחר ביצוע
 השתולה בפועל בין אם מגוף של
 תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי,
 עקב הפסקת תיפוקודו של אותו איבר,
 ובתנאי שההשתלה בוצעה בהתאם
 לחוק השתלת איברים, התשס"ח-
 2008 וכן בתנאי שנטילת האיבר
 והשתלת האיבר נעשתה על פי הדין
 החל באותה מידה בה בוצע
 השתולה וכי מתיקיות הוראות
 החוק לעניין סחר באברים.

1.1.4 עמילואידוזיס ראשונית – (PRIMARY AMYLOIDOSIS)

מחלה המאפיינת על ידי שקיעת
עAMILOID AL ברקמות שונות בגוף
 והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית
 המעידת על שקיעת העAMILOID
 ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה,
 דפנות כלி דם וכו'. קביעה קיום
 המחלה תעsha על ידי פנימאי
 מומחה.

1.1.5 תרדמת (COMA)

מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה
 מוחלט לגירויים חיצוניים ולצריכים
 פנימיים, אשר נגרם עקב נזק
 נירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96
 שעות והמצריך שימוש במערכות
 תומכות חיים.

1.1.6 מחלה ריאות חסימתית כרונית (CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE)

פרק א' מחלות קשות

פרק זה כוללCSI ביטוח למחלות קשות או אירועים
 חמורים.

1. **מקרה הביטוח והתחייבות החברה**
 החברה תשלם למגוון או למוטב, לפי העניין, את
 סכום הביטוח הקבוע בדף פרטי הביטוח, בכפוף
 להגדרות, לתנאים ולטיגים שלhalbן, בקרות אחד
 המקרים המפורטים בקבוצות שלhalbן:

1.1 קבוצה ראשונה

1.1.1 אי ספיקת כבד פולמיננטית –

(FULMINANT HEPATIC FAILURE)
אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית,
 באדם בריא, או המ徵כת חוליה עם
 מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק
 מפושט של תא הכבד כתוצאה
 מזיהום חריף /או מהרעלת תרופות
 או מסיבות אחרות והמאופיינות על
 ידי כל הסימנים הבאים:

1. הקטנה חדה של נפח הכלבד;
2. נמק מפושט בכבד, המותיר רק
 רשת רטיקולרית המוכח
 בהיסטולוגיה;
3. ירידת חדה בבדיקות דם הבאות
 בתפקוד הכבד – ALT או רמות
 פקטוריים 5 ו- 7;
4. צהבת, מעמיקה.

1.1.2 **מחלת כבד סופנית (שחמת) –**
(TERMINAL LIVER DISEASE)
(CIRRHOSIS)
מאופיינת בנכחות שלושה מן
 הסימנים הבאים:

1. צהבת.
2. מיימת המצריכה שימוש קבוע
 בתרופות משתנות.
3. שחמת שהוכחה בביופסיה
 כבדית.
4. אנדופטיה כבדית.
5. יתר לחץ דם שער המאובדן על
 ידי דליות בוושט, הגדרת טחול

או בסטייה מהערך התקין על פי אמות מידת רפואיות המקובלות להגדרת אוטם, זאת בהתאם לערכי המعبدת הבודקת, או בכל דרך אחרת של בדיקה שמבצעת בbatis החולים עבר כלל החולים, אשר תחליף בעתיד את הבדיקה הביווכימית האמורה.

בנוסף -

- 1.2.1.2** **בנוסף לבדיקה הביווכימית**
כאמור בסעיף 1.2.1.1 לעיל, האבחנה חייבת להיתמר על ידי קיימם של אחת משתי האינדייקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

למען הסר ספק, מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטורייס) אינה מכוסה.

- 1.2.2** **ניתוח מעקפי לב (CABG)**
ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.

למען הסר ספק, מובהר כי צנטור העורקים הכליליים אינו מכוסה.

- 1.2.3** **ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב- (OPEN HEART SURGERY FOR VALVE REPLACEMENT OR REPAIR)**
ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

- 1.2.4** **ניתוח אבי העורקים (AORTA)**
ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן או ביצוע צינור במרקחה של מפרצת אבי העורקים בגודל 5 ס"מ או יותר.

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

1. נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהמצווי לפיה גובה ו/או הפחטה קבועה (MVV) מתחת ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך.

2. מסמך רפואי מרופא מומחה לריאות המציג מדידת סטורציה מתחת ל - 90% באוויר החדר.

1.1.7 **מצב רפואי חמור ובلتוי הפיר -**

המבוטח הנה במצב רפואי חמור ובلتוי הפיר וזאת לאחר שנתקבלה חוות דעתו של הרופא המתפל שהנו רפואי מומחה, **בעוד המבוטח בחיים**, כי מוצאו הטיפולים הרפואיים המקבילים בישראל, בארה"ב או באירופה, לטיפול להארכת החיים במצב הרפואי של המבוטח.

1.1.8 **כריתת ריאה פניאומונקטומיה (Pneumonectomy - removal of a lung)** – ניתוח כריתת ריאה.

1.2 **קבוצה שנייה**

1.2.1 **אוטם חריף בשיריר הלב – (ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION)**
نمך של חלק משיריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאוטו חלק. האבחנה חייבת להיתמר ע"י הקריטריונים הבאים:

1.2.1.1 בדיקה ביוכימית, המציגת עליה באנזימי Shirir הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר,

1.3.1 סרטן (CANCER)

נווכחות גידול של תאים ממאירים הגדים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתרששים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, למפומה ומחלת הودג'קין.

מקרה הביטוח אינם כולל:

1. גידולים המאובחנים כסרטן CARCINOMA ממאירים של IN SEDES כולל דיספלזיה של צואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.
2. מלנומה ממאירה בעובי פחות מ- 0.75 מ"מ, עם פחת מימיוזה אחת לממד'ר ולאל אולצרציות (התכיביות);
3. מחלות עור מסווג:

- Hyperkeratosis 3.1 ;Basal Cell Carcinoma
- 3.2 מחלות עור מסווג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.
- 4. מחלות סרטניות מסווג סרטומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה-AIDS;
- 5. סרטן הערמוני המאובחן TNM No Classification T2 Gleason Score (כולל) או לפי עד ל- 6 (כולל);
- 6. לויקמיה למפוציתית קרונית (S.L.L/C.L.L) עם ספירה של פחות מ 10,000 B cell lymphocytes בלבד שהמובטח לא מקבל טיפול רפואי;
- 7. סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה;
- 8. גידולים בעמי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכרייה מקומית /או צריבה מקומית /או מעבר לטיפול שטיפה מקומית;

1.2.5 קרדיוומיופטיה (CARDIOMYOPATHY)

מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.

1.2.6 שבץ מוחי (CVA)

כל ארוע מוחי (צראברואיסקוקלי), המתבטא בהפרעות נירולוגיות או חסור נירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף מקור חוץ מוחי ועדות לנמק נירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתרם בשינויים בבדיקה CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נירולוג מומחה. **כל זאת להוציא AIDS.**

1.2.7 דום לב עם השתלה של דיפיברילטור - (CARDIAC ARREST WITH INSERTION OF A DEFIBRILLATOR)

הפסקה פתאומית של פעילות הלב (דום לב) שכטואהה ממנה יש הפסקה בזרימת הדם בכל הגוף, הגורמת לעצירת נשימה, אובדן הכרה, ועקב כך מתבצעה השתלה כירורגית של אחד מהאביזרים הבאים:

1.2.7.1 השתלה דיפיברילטור אוטומטי (ICD)

סנכרון חדש של פעולות הלב ע"י השתלה דיפיברילטור עם קוצב לב דו חדרי (CRT-D)

מקרה הביטוח אינם כולlat את המצביעים הבאים: השתלה קוצב לב, השתלה דיפיברילטור ללא הממצאות של דום לב, דום לב משני כתוצאה שימוש בסמים לא חוקיים.

1.3 קבוצה שלישיית

מדינה בה בוצע ההשתלה וכי מתקיימות הוראות החוק לעניין סחר באיברים.

1.4 קבוצה רבעית

1.4.1 **שיתוק (פרפלגיה קוודריפלגיה) – (PARALYSIS)**

איבוד מוחלט ובلتி הפיר של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיר מכל סיבה שהיא של חוט השדרה, (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).

1.4.2 **פוליו (שיתוק ילדים) – (POLIOMYELITIS)**

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

1.4.3 **איבוד גפיים (LOSS OF LIMBS)**

איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיפה מעל פרק שורש כף היד או הקרטול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונת או מחלת.

1.4.4 **עיוורון (BLINDNESS)**

איבוד מוחלט ובلتيء הפיר של כושר הראייה בשתי העיניים (קרי בדיקת חדות ראייה מירבית בשתי העיניים של 3/60 או פחות מזה), כפי שנקבע ע"י רופא עיניים מומחה.

1.4.5 **כוויות קשה (SEVERE BURNS)**

כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

1.4.6 **אובדן דיבור – (LOSS OF SPEECH)**

איבוד מוחלט ובلتيء הפיר של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק ארגаниי למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה צפויה של לפחות 6 חודשים.

1.4.7 **חרשות (DEAFNESS)**

**9. גמופתיה מוקדמת MGUS
ובלבד שהמبوتת לא מקבל טיפול רפואי;**

**10. Cell lymphoma T של העור,
ובלבד שמדובר בגיןם שטחים על פני העור בלבד.**

1.3.2 **אנמיה אפלסטית חמורה – (SEVERE APLASTIC ANEMIA)**

כשל של מה העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטאת באנמיה, ניטרופניה וטרומבווציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

1. עירוי מוצרי דם.
2. מתן חומרים/טיפולים המעודדים צמיחת מוח עצם.
3. מתן חומרים/טיפולים המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים).
4. השתלת מוח עצם.

1.3.3 **גידול שפיר של המוח/יותרת המוח/ /קרומי המוח –**

(BENIGN BRAIN TUMOR)
תהליך שפיר תוך מקום במוח, הדורש ניתוח להוציאתו או במידה ואינו ניתן לניטוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסקן את ח"י המבוטח, ובתנאי שאושר ע"י בדיקת MRI או CT.

**הכיסוי אינו כולל ציטוטות,
גרונולומות, מלפורמציות של כל
הدم המוחיים.**

1.3.4 **השתלת מוח עצמות – BONE MARROW (TRASPLANTATION)**

ביצוע השתלה בפועל של מוח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח. והכל בתנאי שההשתלה בוצעה לפי אמות מידת רפואיות מקובלות (guide lines) בהתאם לחוק השתלת איברים, התשס"ח- 2008 וכן בתנאי שנטילת האיבר והשתלת האיבר נעשתה על פי הדין החל באותה

**הסוגרים, נידות, כהגדתן בחוזר
המפקח על הביטוח 5-1-2013.
הכיסוי אינו כולל דלקת מוח
הקשורה לזמן בנגיפי HIV או
הרפס.**

1.4.11 דלקת חיידקית של קרום המוח - (BACTERIAL MENINGITIS)

דלקת קרום המוח, בה בלבד חידק
כמחלל מחלת דלקתית בקרומי
המוח או בחוט השידרה אשר לדעת
נוירולוג מומחה, יותרו נזק חמור
קבוע ובلتוי הפך ואשר בעקבותיה
המبوتח אינו מסוגל לבצע באופן
עצמאי ולא עדרת הזולות, לפחות
שלוש מתוך שש הפעולות הבאות:
לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט,
להתרחק, לאכול ולשתות, לשנות על
סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר
המפרק על הביתוק 5-1-2013.

- (Parkinson's Disease) פָּרְקִינְסֹן 1.4.12

האבחנה מתבצעת בתופעות של רעד, נזקשות איברים, חוסר יציבה ותגובה איטיות שאין מוסברות ע"י סיבת פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נירולוג מומחה, כמחלתו פרקיןsson. המחלת צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזרמת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכבר, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלווט על סוגרים, נידות, מהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-1-2013.

1.4.13 א. ספיקת כליות סופנית –

(END STAGE RENAL FAILURE)
חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך של
שתי הכליות המחייב חיבור קבוע-
להימודיאליזה או לדיאליזה תוך-
اضקית (פריטונואלית) או לצורך
בהתמתלת כליה.

אובדן מוחלט ובلتוי הפיר של חוש המשמעה בשתי האוזניים, על פי קביעעה של רופא א.ג. מומחה לבסתמך על בדיקת שמיעת שתוכצתה ירידת של מעל 90 DB בכל התדרים.

טרשת נפוצה – 1.4.8

(MULTIPLE SCLEROSIS)

דמיאליינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מAIROU בלבד של דמיאליינציה (פגיעה בעוטפות המאיילין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין AIROU לאירוע, והוכחה בבדיקה MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נירולוג מומחה.

1.4.9 ניון שרים-

(MUSCULAR DYSTROPHY)

חולשת שרירים קבועה או מתקדמת, על רקע מחלת שריר, או מחלת העצב המוטורי שMOVIL את השריר - הנתקכות בביופסיה של השריר ובדיקה EMG אופיינית המוכיחה דנרביציה מפותחת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה במקרים אלו תקבע על ידי נוירולוג מומחה וחיבת להיות מתועדת רפואי לפחות 3 חודשים.

- (ENCEPHALITIS מוח 1.4.10)

דילקט מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותרו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיר, אשר בעקבותיהם המבוטח אינם מסוגל לבצע באופן עצמאי ולא עזרת הזולת לפחות שלוש מתור שש הפעולות הבאות:

כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות
שונות. **מצבים אלו חיבטים להיות
מתועדים רפואיים לפחות למשך 3
חודשים.**

1.4.18 סיסטייך פיברוזיס (לייפט כיסטית) - (Cystic Fibrosis)
מחלה הנובעת מוטציה בגן המkode את החלבון CFTR. המחלת פוגעת בראיות, בלבלב, בבלוטות היזעה, במערכת העיכול ובמערכת המין. אבחנתה המחלת תיעשה ע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי, ותכלול בדיקה לקיום מוטציה כאמור המUID על המחלת.

1.4.19 טיפול במפרצת מוחית (EVASIVE TREATMENT OF CEREBRAL ANEURYSM) – מקרה בו המבוטח עבר טיפול לתיקון מפרצת מוחית על ידי קרניאוטומיה (ניתוח חיתוך בגולגולת) או רדיוכירורגיית סטריאוടקטית או טיפול אנדו – סוקולרי במטרה לגרום לסגירה או כריתה של המפרצת המוחית. **הכיסוי אינו מסה מלאפורמציה (יעוות)** מוחית עורקית ורידית.

1.4.20 הוצאה גלגל העין (REMOVAL OF AN EYEBALL) – הוצאה כירורגית של עין אחת עקב מחלת או טראומה.

2. סכום הביטוח
סכום הביטוח על פי פרק זה הינו כמפורט בדף פרטי הביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.

תקופת אישרה
תקופת אישרה ל蹶ה ביטוח ראשון בפרק זה הינה בת 90 ימים.

3. הזכות לקבל סכום ביטוח
4.1 מקרה ביטוח ראשון
קרוות מקרה ביטוח, אשר אירע לראשונה בתקופה בה הביטוח בתוקף ולאחר תקופת האישרה (להלן – **מקרה ביטוח ראשון**),

1.4.14 פגיעה מוחית מתאונה – (BRAIN DAMAGE BY ACCIDENT)

פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארכעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה ע"י רופא נירולוג מומחה בהתאם למאתה המיידית הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקס קומה 5 או פחות (GLASGOW COMA SCALE).

1.4.15 יתר לחץ דם ריאתי ראשוני – (PRIMARY PULMONARY HYPERTENSION)

עליה בלחש הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחש בניימיות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתגובה בכל הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצדנור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 ממ"ג או לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 ממ"ג, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבנה ואי ספיקת לב ימנית.

1.4.16 סוכרת נזירים (ליד עד גיל 20) – (Insulin-Dependent Diabetes Mellitus) פגיעה כרונית במטבוליזם של פחמיות, שומנים וחלבונים כתוצאה מחסר מלא באינסולין, המתפתחת ומתגלה עד גיל 20, ובתנאי שמצויר טיפול קבוע באינסולין עקב חוסר תפקוד מלא של הלבלב. האבחנה תבוצע על ידי מומחה לאינדוקринולוגיה המתמחה בילדים ובתנאי **שנמשכת לפחות 6 חודשים**.

1.4.17 تشישות נפש (DEMENTIA) – פגעה בפעילותו הקוגנטיבית של המבוטח, וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת יכולת ליקוי בתבונה ובשיפוט, ירידתזיכרון לטוח ארכוי או קוצר וחו索ר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה מרבית שעות היממה על-פי קביעות רופא מומחה בתחום, שסבירתה במצב בריאותי

מקרה ביטוח ראשון מהקבוצה הראשונה ומקרה ביטוח נוספים מקבוצות 2-4: אם ארע מקרה הביטוח הראשון בגין מחלת או אירע רפואי הכלול בקבוצה הראשונה וארע מקרה ביטוח נוסף בגין מחלת או אירע רפואי הכלול בקבוצות 1.4, 1.3, 1.2, המפורטות בסעיפים 1.4, 1.3, 1.2, ימשיך הכספי למקרה על פי פרק זה במסגרת קבוצה אחרת גם לאחר תשלום תגמולו הביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון (**ובתנאי שהمبرotta לא קיבל תגמולו ביטוח בגין מקרה ביטוח מאותה הקבוצה בגין נדרש תשלום מקרה ביטוח נוסף**) והمبرotta ימשיך לשלם את אותה הפרימה אשר הייתה עליו לשלם כפי המפורט בדף פרטי הביטוח ובכפוף לתנאים המפורטים בסעיף 4.2.2 להלן.

מקרה ביטוח ראשון מקבוצות 2-4 ומקרה ביטוח נוסף מקבוצה אחרת: אם ארע מקרה הביטוח הראשון בגין מחלת או אירע רפואי הכלול בקבוצות המפורטות בסעיפים 1.2, 1.3, 1.4, (למעט קבוצה ראשונה), ימשיך הכספי למקרה על פי פרק זה במסגרת קבוצה אחרת (קבוצות המפורטות בסעיפים 1.1, 1.2, 1.3, 1.4), גם לאחר תשלום תגמולו הביטוח בגין מקרה הביטוח והمبرotta ימשיך לשלם את אותה הפרימה אשר הייתה עליו לשלם כפי המפורט בדף פרטי הביטוח. יבהיר כי המברotta יהיה זכאי לכיסוי בגין מקרי ביטוח נוספים לאחר תשלום מקרה ביטוח ראשון, על פי התנאים המפורטים להלן.

תנאים לתשלום מקרי ביטוח נוספים לאחר תשלום מקרה ביטוח ראשון

4.3.1 סכום הביטוח
סכום הביטוח למקרי ביטוח נוספים לאחר תשלום מקרה ביטוח ראשון, יהיה סכום הביטוח הקבוע בדף פרטי הביטוח.

יזכה את המבוטח או המוטב, לפי עניין, בסכום הביטוח המפורט בדף פרטי הביטוח ובכפוף כאמור בתנאים הכלליים ובהתקנים כל התנאים המפורטים להלן:

4.1.1 קיימת אבחנה חד-משמעית של רופא מומחהעל קרות מקרה הביטוח.

4.1.2 המבוטח ח' תקופה העולה על 14 יום לאחר קרות מקרה הביטוח. (סעיף זה לא יכול על מקרה הביטוח המוגדר בסעיף 1.1.4 לעיל).

4.2 תוקף הביטוח לאחר תשלום מקרה ביטוח ראשון

4.2.1 מקרה ביטוח ראשון ומקרה ביטוח שני מהקבוצה הראשונה: אם ארע מקרה הביטוח הראשון ומקרה הביטוח השני, בגין מחלת או אירע רפואי הכלול בקבוצה הראשונה (סעיף 1.1), עם תשלום סכום הביטוח בגין מקרה הביטוח השני, ייפוג תקופה של הפוליס והمبرotta לא יהיה זכאי עוד לכל כסוי שהוא במסגרתה. יבהיר כי מקרה ביטוח שני בגין מחלת או אירע רפואי הכלול בקבוצה הראשונה, יזכה בסכום הביטוח, אם המברotta המשיך לשלם לאחר מקרה הביטוח הראשון את הפרימה כפי שמפורט בדף פרטי הביטוח, ובלבבד שאין מדובר בהשתלת איברים (כהגדرتה בסעיף 1.1.3 לעיל), או אותה מחלת אלא במחלת אחרת וכן אין כל קשר סיבתי בין מקרה הביטוח של גלוי מחלת קשה הכלולה בקבוצה הראשונה לבין מקרה הביטוח השני שארע למברotta. לעניין סעיף זה מחלת אחרת – מחלת או אירע רפואי אשר לאשלם בגין סכום ביטוח על פי תכנית ביטוח זו -

לדוגמא בגין אירע רפואי של השתלת איברים ניתן יהיה להיות זכאי לתשלום בגין מחלות אחרות למעט בגין השתלת איבר אחר ואו נוספת.

בסעיף 1.4.5, ניתן יהיה להיות זכאי לתשלום בגין מחלות אחרות למעט בגין כוויות קשות באיבר אחר ו/או כוויות נוספות.

4.3.4 המבוטח ח' תקופת העולה על 14 ים לאחר קרות מקרה הביטוח השני או מקרה הביטוח הנוסף.

4.3.5 מקרה הביטוח השני או מקרה הביטוח הנוסף ארע לאחר תקופת האכשרה המינוחדת.

4.3.6 יובהר כי שרשת אירועים שהנה תוצאה של מקרה ביטוח אחד, תיחשב כמקרה ביטוח אחד ותגמול ביטוח בגין ישולמו אך ורק פעם אחת.

5. סיום הביטוח
אחריות החברה تستיים על פי פוליס זה עם תשלום סכום הביטוח על פי המקרים המפורטים בסעיף 10.3 לעיל.

פרק ב' סיכום נוספים

בנוסף לאמור בפרק א' לעיל החברה תשלם למבוטח או למוטב, לפי העניין, אחוז מסכום הביטוח הקבוע בדף פרטי הביטוח, בכפוף להגדרות, לתנאים ולסיגים שלහן, בנסיבות מקרי הביטוח המפורטים להלן:

1. **תשלום נוסף לקרים סרטן מוקדם המפורטים להלן**

בנסיבות אחד מקרים הסרטן המפורטים להלן, אשר ארע לראשונה בתקופת האכשרה, יקבל המבוטח או למוטב, לפי עניין, תשלום נוסף בגין המציגין המוטוב, בהתאם שטרם התגלתה במבוטח מחלת להן ובתנאי שטרם הגדלתה בסעיף 1.3.1 בפרק א'. להן מקרים הסרטן על פי סעיף זה אשר אחד מהם בלבד יזכה בתשלום פעמי אחת בלבד במהלך

4.3.2 **תקופת אכשרה מיוחדת**
למקרה ביטוח שני או מקרה ביטוח נוסף, על פי סעיפים 4.2.2 ו- 4.2.2 לעיל, לאחר תשלום מקרה ביטוח ראשון, תהיה תקופת אכשרה מיוחדת של 180 יום שתחל ביום קרות מקרה הביטוח הראשון.

4.3.3 **מקרי ביטוח נוספים על פי סעיף 4.2.2**
לעלית והתשלום בגנים בנסיבות מקרה ביטוח בגין זכאי המבוטח לכיסוי בהתאם להוראות סעיף 4.2.2 לעיל, אשר ארע בתום תקופת האכשרה המינוחדת (להלן – מקרה ביטוח נוסף) יהא זכאי לתגמול ביטוח למקרה ביטוח נוסף בהתאם להתקיימים התנאים הבאים במצטבר:

4.3.3.1 המבוטח לא קיבל תגמול ביטוח בגין מקרה ביטוח המcosaה על פי הקבוצה הראשונה.

4.3.3.2 המבוטח לא קיבל תגמול ביטוח בגין מקרה ביטוח מאותה הקבוצה בגין נדרש תשלום מקרה ביטוח נוסף כאמור בסעיף 4.2.2 לעיל. למרות האמור לעיל יובהר כי אם ארע מקרה הביטוח הראשון בגין מחלת או אירוע רפואי הכלול בקבוצה 1.4. יהא המבוטח זכאי לתגמול ביטוח למקרה ביטוח נוסף הכלול בקבוצה 1.4, ובלבך שאין מדובר באותה מחלת, אלא במחלת אחרת ושאי קשור סיבתי בין מקרה הביטוח הנוסף לבין מקרה ביטוח קודם מקבוצה 1.4, שאירע במהלך תקופת הביטוח. לעניין סעיף זה מחלת אחרת – מחלת או אירוע רפואי אשר לא שולם בגין סכום ביטוח על פי תניכת ביטוח זו. לדוגמה בגין כוויות קשות כהגדרתן

ביוופסיה/בדיקה היסטולוגית/או כל פעולה פולשנית, לרבות פעולות המבצעות באמצעות קרן ליזיר/הקרנות/טיפול כימותרפי, לשם אבחון או טיפול בגין, לא יחשב כאיורע המזכה קבלת תשלום על פי הגדרת סעיף זה.

מרקם הביטוח אינו כולל:

- 1.4.1 נוכחות גידול של תאים ממאירים ממופרט בסעיפים 1.1-1.2 לעיל.
- 1.4.2 דיספלזיה של צוואר הרחם CIN.
- 1.4.3 קרצינומה פפיולרית לא פולשנית של דרכי השתן המאבחן C - Ta בשיטת TNM Classification.
- 1.4.4 הסרת שחלה בגין ציסטה שחלהית.
- 1.4.5 מלנומה ממאירה בעובי פחות מ- 0.75 מ"מ, עם פחת ממיוזה אחת לממ'ר ולא אלצרציות (התכיביות); לרבות הרחבת שלדים ובדיקה בלוטת הצקיף.
- Basal Cell Carcinoma Hyperkeratosis 1.4.6 סרטן עור מסוג: Carcinoma Squamous 1.4.7 Cell Carcinoma
- 1.4.8 נאופלזיה אינטרא - אפיתיאלית דרגה 1 או 2 (AIN) או גידולים מסוג סקוומוס אינטרא - אפיתיאלית מדרגה נמוכה (LGSIL), כל טיפול שאינו ניתן כולל, כגון אך לא רק טיפול אבלטיבי או טיפול טרופי.
- 1.4.9 מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה - AIDS
- 1.4.10 לויקמיה לימפוציטית כרונית (S.L.L.)
- 1.4.11 סרטן תירואיד.
- 1.4.12 גידולים בעדי או בכיס השתן שאינם מחיבבים פעולה רפואי מעבר לכיריה מקומית /או צריבה מקומית /או מעבר לטיפולי שטיפה מקומית.
- 1.4.13 גמופתיה מוקדמת MGUS.

התקופה (כולל התקופות ביטוח רצופות) בה ביטוח זה הנם בתוקף:

nocחות גידול של תאים ממאירים באחד המקרים בלבד. יובהר, המקרים הם חלופיים ולא מצטברים:

1.1 תשלום נוסף בגובה 20% מסכום

הביטוח המפורט בדף פרטי הביטוח בגין פרק א', בגין גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של סרטן שד CARCINOMA IN SITU

או

1.2 תשלום נוסף בגובה 20% מסכום

הביטוח המפורט בדף פרטי הביטוח בגין פרק א', בגין ביצוע ניתוח לטיפול בסרטן הערמונית - גידול ממאיר בערמוניות אשר אובחן היסטולוגית כצהה (גם אם אינם על פי ההגדרה בתת סעיף 5 לסעיף 1.3.1 בפרק א' לעיל) ואשר בעקבותיו ביצע המבוטח ניתוח שנינו נדרש רפואי לצורך טיפול בסרטן הערמונית. בסעיף זה ניתוח לצורך טיפול הנה פולשניות-חוודרניות, כולל פולשניות-חוודרניות, גידול המבצעת באמצעות קרן ליזיר/הקרנות לצורך אבחון, לרבות ביוופסיה. למען הסר ספק יובהר כי לא ניתן כיומי בגין גידול שפיר של הערמוניות.

או

1.3 תשלום נוסף בגובה 10% מסכום

הביטוח המפורט בדף פרטי הביטוח בגין פרק א', בגין גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של IN SITU CARCINOMA CIN2, CIN3.

או

nocחות של גידול מסוג קרצינומה המאובחן בשלב לא – חוותני, על פי תוצאה היסטופתולוגית של ביוופסיה (סרטן in situ carcinoma) ובתנאי שבוצע ניתוח להסרתו, יזכו בתשלום נוסף בגובה 10% מסכום הביטוח המפורט בדף פרטי הביטוח בגין פרק א' ועד לסך של 50,000 ש"ח (הנמור מביניהם). יובהר כי ביצוע

המודב, לפי עניין, תשלום נוסף מעבר לסכום הביטוח שנרכש, ובשיעור המצוין להלן. יובהר כי המקרים המתוארים בסעיף זה יזכה בתשלום פעם אחת בלבד במהלך התקופה (כולל בתוקף בתקופות ביטוח רצופות) בה ביטוח זה הנם בתוקף.

3.1 תשלום נוסף בגובה 10% מסכום הביטוח ועד לסר של 20,000 ₪ במקרה של צינור CORONARY צילוי (ANGIOPLASTY):
CORONARY צינור צילוי (ANGIOPLASTY) – טיפול ראשון בהיצרות או בחסימה בכלי דם צילוי אחד או יותר באמצעות ניפוח בלון בציגור TRTANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLASTY PERCUTANEOUS, חיתוך רובד טרשת (ATHERECTOMY), השארת תומך (CORONARY STANTING) ו/או פעילות תוך עורקית דומה. התנאים הבאים חיבים להתקנים במצטבר:
 1) בוצע הצינור הצלילי הטיפול הכרחי מסיבה רפואית על פי חוות דעתו של קרדיוולוג מומחה.
 2) קיימת הוכחה אנטיגרפטית של מחלת לבilitת חסימתית ממשמעותית (היצרות של לפחות 60%).

צינור צילוי לא יכול שיטות לייזר לחידוש אספקת הדם ו/או פעולות אבחנות ו/או צינורות אבחנתיים.

במקרה של צינור צילוי כמוגדר לעיל, אשר אירע לראשונה בתקופה בה הביטוח בתוקף ולאחר תקופת האכשלה, יקבל המבוטח או המודב, לפי העניין, תשלום נוסף בגובה 10% מסכום הביטוח המפורט בדף פרטי הביטוח בגין פרק א' ועד לסר של **20,000 ₪** (הנמור מביניהם) ובתנאי שטרם התגלתה במbose מהחלת לב כהגדرتה בקובוצה השנייה בסעיפים 1.2.1-1.2.7 פעם אחת בלבד במהלך התקופה (כולל בתוקופות ביטוח רצופות) בה ביטוח זה הנם בתוקף.

1.4.14 cell T של העור, בלבד שמדובר בנגעים שטחים על פני העור בלבד.

2. תשלום נוסף של 100% מסכום הביטוח במקרה שני לאחר 5 שנים של מחלת סרטן

מבוטח שקיבל מתוקף פוליסה זו סכום ביטוח בגין מחלת הסרטן של כהגדרתה בסעיף 1.3.1 בפרק א' לעיל (**להלן מקרה סרטן ראשון**) יהיה זכאי לקבל סכום ביטוח נוסף בגובה סכום הביטוח שקיבל בגין מקרה סרטן ראשון, בהתאם לתקנים הכל התנאים הבאים במצטבר:

2.1 גילוי של מחלת סרטן כהגדרתה בסעיף 1.3.1 בפרק א' לעיל, והנה מקרה ביטוח ראשון כהגדרטו בפרק א' לעיל;
2.2 גילוי של מחלת סרטן, במקרה של סוף או סוג אחר של סרטן, כהגדרתה בסעיף 1.3.1 בפרק א' לעיל, בתקופה (כולל בתוקופות ביטוח רצופות) בה ביטוח זה הנם בתוקף (להלן מקרה שני של מחלת הסרטן**):**

2.3 חלפו לפחות 5 שנים מהמועד האחרון בו נעלמו סימני מקרה הסרטן הראשון שהגינו שלונו תגמולו ביטוח על פי פוליסה זו, ו/או מקרה הסרטן החוזר ו/או מקרה הסרטן החדש;

2.4 על פי חוות דעת רופא מומחה, חלפו לפחות 5 שנים מהמועד האחרון בו נדרש המבוטח לבצע טיפול רפואי למחלת סרטן כלשהו (למעט טיפול מוגן);

2.5 בדיקות ההדמיה שביצוע המבוטח במהלך 5 שנים ובתום 5 שנים כאמור בסעיף 2.3 לעיל, הנן תקיןות ולא מצוי על הישות המחלת ו/או מחלת סרטן כלשהו ו/או ממצאים המצביעים בירור נוסף.

למען הסר ספק יובהר כי תשלום בגין מקרה שני של מחלת הסרטן כמוגדר בפרק זה לעיל, יינתן רק במקרה של תשלום סכום ביטוח בגין מקרה ביטוח של מחלת הסרטן כהגדרתה בסעיף 1.3.1 בפרק א', שארעה מקרה ביטוח ראשון.

3. **סיכום נוספים**

בקורת אחד ממקורי הביטוח המפורטים להלן, אשר אירע לראשונה בתקופה בה הביטוח בתוקף ולאחר תקופת האכשלה, יקבל המבוטח או

שיעורומו יהיו לתקופת השהייה ולא יותר מ- 60 ימים, וזאת עד לסך של 880 ש"ן ליום למלווה ועד 1,200 ש"ן לשני מלויים.

יובהר כי בכל מקרה ועל אף הסכומים הנקובים מעלה, סך החזר בגין הוצאות על פי סעיף 3.2.2 הכלולותו, לא עלה על 30% מסכום הביטוח המפורט בדף פרטי הביטוח בגין פרק א' ובמקרה של סטירה בין הסכומים הנקובים לעיל לבין סך בשיעור כולל של 30% מסכום הביטוח המפורט בדף פרטי הביטוח, ישלם הסכום הנמור מבין שניהם

3.3 החזר פרמייה במקרה בו המבוטח נפטר לפני גיל 60

במקרה פטירתו של המבוטח חס וחילתה לפני הגיעו לגיל 60 כתוצאה ממחללה או תאונה שאינה אחת מהמחלות או האירועים המנוסים על פי פוליסת זו (והמפורטים בפרקם א' וב' לעיל) והמבוטח לא קיבל תגמול ביטוח כלשהם בגין פוליסת זו, יהיה זכאי המוטב על פי פוליסת זו לקבל החזר של סך הפרמייה (לא הצמדה) شاملמה עבור פוליסת זו, ממועד תאריך תחילת הביטוח של פוליסת זו ועד למועד הפטירה.

יובהר כי החרגה ספציפית שנקבעה למבוטח בפוליסת זו בגין מצב רפואי וכן סעיף החיריגים והגבליות בביטוח זה הנם בתוקף – קרי לא ישולם החזר פרמייה בגין פטירה מאירוע המחורג בתנאי הביטוח.

זאת כמעט במקרה שארע האמור בחריג 8.9 לעיל בנוגע למותו של המבוטח תוך 14 ימים ממועד קרות מקרה ביטוח, בגיןו ינתן החזר פרמייה כאמור.

3.4 ליווי ומידע בנסיבות מקרה הביטוח
קרה מקרה ביטוח המכוסה על פי פוליסת זו, יהיה זכאי המבוטח לליווי עבור המצב הרפואי שארע לו, הכול מתן מידע וסיוע בהתאם לדיקות וטיפולים רפואיים, סיוע בהשגת תרופה, סיוע בבחינה של אפשרויות טיפול נוספות ועוד, והכל ככל שרלוונטי למצבו של המבוטח ועל פי שיקול דעת החברה.

3.2 החזר הוצאות נלוות לטיפול ניסיוני בחו"ל במקורה של מחלת הסרטן

נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת הסרטן כהגדרתה בסעיף 1.3.1 בפרק א', והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי (להלן: "מבצע הניסוי"), ולኒסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינתה והוא מבוצע, ישתתף המבטח במימון הוצאות הנסיעה והשהייה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם הממן או הגוף המבצע את הניסוי בחו"ל ועד 30% מסכום הביטוח המפורט בדף פרטי הביטוח בגין פרק א' וכדלקמן:

3.2.1. עלות איתור מוסד רפואי בו מבוצע ניסוי העשי להתאים לצורכי המבוטח, מקום הניסוי, והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם הממן ועד סכום של 30,000 ש"ן.

3.2.2. הוצאות נסעה בחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקלה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקה תיירים, למבוטח ומלווה אחד ועד לסך של 10,000 ש"ן. במקרה והמבוטח קטין-הוצאות הנסעה יכולו עלות מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקה תיירים לקטין ולשני מלויים בגיןם, וזאת עד לסכום של 20,000 ש"ן. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות מוכחות לטיסה במחלקה עסקית ישופה בכפל הסכום המצוין לעיל ועד לסכום של 20,000 ש"ן (למבוטח ומלווה אחד) ועד לסכום 40,000 ש"ן לקטין ושני מלויים.

3.2.3. הוצאות הטסה רפואיות מיוחדת בחו"ל כול ליווי ע"י רופא וצירוף רפואי נדרש והוצאות העברה ישותית סבירות לשיקול דעת החברה, משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות על פי חוות דעת רופא מומחה, לטווא בטיסת מסחרית רגילה וזאת עד לסכום של 100,000 ש"ן.

3.2.4. הוצאות שהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול במבוטח ולມלווה אחד. במקרה והמבוטח קטין-שני מלויים. ההוצאות

תקופת אכשרה 5.
תקופת אכשרה למקלה ביטוח כמפורט בסעיף 1,3 בפרק זה הינה בת 90 ימים.

סיום הביטוח 6.
אחריות החברה **תשתיים על פי פוליסה זו** עם תשלום סכום הביטוח על פי המקרים המפורטים בסעיף 10.3 לעיל.

4. **זכות לקבלת סכום ביטוח**

4.1 קרות מקרה כאמור בסעיפים 3-1 בפרק זה, אשר אירע בתחום התקופה (כולל בתקופות ביטוח רצופות) בה ביטוח זה בתוקף ולאחר מכן האכשרה, יזכה את המבוטח או המוטב, לפי עניין, בסכום הביטוח כמפורט לעיל ובהתקיים כל התנאים המפורטים להלן:

4.1.1 **קיימת** אבחנה חד-משמעות של רופא מומחה על קרות מקרה הביטוח.

4.1.2 המבוטח ח' **תקופה** העולה על 14 ימים לאחר קרות מקרה הביטוח (למעט במקרה של החזר פרמיה כאמור בסעיף 3.3 לעיל).

טלפון * פקס 037348178	כתובת הדואר האלקטרוני polisotbs@harel-ins.co.il	כתובת הדואר האלקטרוני רחוב גן 5211802	כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il
--------------------------	---	--	--

תמצית תנאי הביטוח - מענקית זהב - ביטוח מחלות קשה

מספר נספח 466, מהדורה 04/2021

תמצית פרטי הpolloisa	
שם הביטוח	מענקית זהב
סוג הביטוח	מחלות קשות
תקופת הביטוח	מתהדרת כל שנתיים כמפורט סעיף 11 לpolloisa אלא אם כן תסתיים או תפוג בהתאם להוראות סעיף 10.3 לpolloisa ובכלל זה - מות המבוטח, הגע המבוטח לגיל 75 או תשלום סכום הביטוח בגין מקרה ביטוח כמפורט בpolloisa.
תיאור הביטוח	פיזי בגין מקרה של גילוי מחלת קשה או אירוע חמור המפורטים בpolloisa, ומחולקים ל-4 קבוצות שונות. במקרה של מקרה רפואי, יהיה פיזי למקרה ביטוח שני או נוסף על פי התנאים המפורטים בpolloisa. בנוסף, קיים פיזי נוסף למחלת הסרטן כמפורט בפרק ב' כמפורט בpolloisa זו.
polloisa אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בpolloisa)	במקרים המפורטים סעיף 8 לpolloisa לרבות בגין מצב רפואי קודם וכן בהגדרות המחלות כלל שרלוונטי. באפשרות לפנות לחברת לקבלת מידע מפורט בעניין זה.
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקלל תגמול (אכשלה) ¹	כמפורט סעיף 3 לפרק א' בpolloisa- 90 יום למקרה ביטוח ראשון. כמפורט סעיף 4.3 לפרק א' בpolloisa- 180 يوم מקרים מקרה הביטוח הראשון. כמפורט סעיף 4 לפרק ב' בpolloisa- 90 يوم למקרה סרטן.
גובה הפיזי הכספי שאქבל	בהתאם לסכום שרכשת, הסכם מפורט בדף פרטי הביטוח והaining בתוקף בטרם הגיע המבוטח לגיל 65. בהגיע המבוטח לגיל 65, יקטן סכום הביטוח מדי שנה בשיעור של 5% מסכום הביטוח שהaining בתוקף לפני הגעה לגיל 65.

¹ תקופת אכשלה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרים מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מوطב) לתגמול ביטוח.

תמצית תיאור הcisois בפוליסת		
שם הcisoi	תיאור הcisoi	
אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת המתנה ²)		
פרק א' לפוליסה סעיף 1: תרdemת- 96 שעות; סרתת נוערים- 6 חודשים; תשישות נפש - 3 חודשים; שבעז- 8 שבועות; אובדן דיבור- 6 חודשים; טרשת נפוצה- 2 חודשים; ניון שרירים - 3 חודשים; דלקת קרום המוח- 3 חודשים; דלקת חידקית של קרום המוח- 3 חודשים.	פרק א' לפוליסה סעיף 1: קבוצה 1: אי ספיקת כבד פולמינגנטית, מחלתCBD סופנית(שחמת), השתלת אברים, עמלואידוזיס ראשוני, תרdemת, מחלת ריאות חסימתית כרונית, מצב רפואי חמור ובלתי הפיך, כריתת ריאה. קבוצה 2: אוטם חריף בשיריר הלב, ניתוח מעקפי לב, ניתוח לב פתוח שהחלפה או לתקן מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, קרדיוומיאופתיה, שבעז מוחי, דום לב עם השתלה של דיבירלטורה. קבוצה 3: סרטן, אנמיה אפלסティית חמורה, גידול שפיר של המוח/ויתרת המוח/קרומי מוח, השתלת מוח עצמאית. קבוצה 4: שיתוק, פוליו (שיתוק ילדיים), איבוד גפיים, עיוורון, כוויות קשות, אובדן דיבור, חירשות, טרשת נפוצה, דלקת מוח, דלקת חיזיקת של קרום המוח, ניון שרירים, פרקינסון, אי ספיקת כלות סופנית, פגיעה מוחית מתאונה, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, סרתת נוערים עד גיל 20, תשישות נפש, סיסטיק פיברוזיס, טיפול במפרצת מוחית, הוצאה גלגל העין.	מחלות קשות
פרק ב' לפוליסה סעיף 2: 5 שנים מהמועד האחרון בו נעלומו סימני מקרה הסרטן הראשון ובתנאים המפורטים בפוליסת. פרק ב' לפוליסה סעיף 3: סעיף 3.2 החזר הוצאות נלוות לטיפול נסויוני בחו"ל למחלת הסרטן: עלות איתור מושך רפואי ובדיקות שלא מכוסות על ידי הגורם הממן את הטיפול ועד 30,000 ש"ח, הוצאות נסעה למבוטח ומלווה ועד 10,000 ש"ח; הוצאות הטסה רפואיות מיחדשת ועד 100,000 ש"ח; הוצאות שהייה בחו"ל ולא יותר מ- 60 ימים ועד 880 ש"ח ליום למלווה ועד 1,200 ש"ח ליום לשני מלווהים. כל הסכומים בסעיף זה לא יעלו על 30% מסכום הביטוח.	פרק ב' לפוליסה סעיפים 3-1: סעיף 1: הרחבת הcisoi למחלה הסרטן - פיצוי חד פעמי נוסף בגיןה 20% מסכום הביטוח במרקחה של סרטן ש מקום או ביצוע ניתוח לטיפול בסרטן הערמוני ופיצוי חד פעמי נוסף בגיןה 10% מסכום הביטוח, במרקחה של גידולים ממאיירים לצואור הרחם או גידולים ממאיירים מקומיים שבוצע ניתוח להסרתם (ועד 50,000 ש"ח הנמור מביניהם). סעיף 2: פיצוי חד פעמי נוסף למרקחה שני של מחלת הסרטן, בגיןה סכום הביטוח. סעיף 3: <ul style="list-style-type: none">• פיצוי חד פעמי נוסף בגיןה 10% מסכום הביטוח ועד 20,000 ש"ח (הנמור מביניהם) במרקחה של צינטורן קלילי טיפול;• החזר הוצאות נלוות לטיפול נסויוני בחו"ל למחלת הסרטן - הוצאות נסעה ושהייה (SHIP) ועד 30% מסכום הביטוח• החזר פרמייה במרקחה של פטירה לפני גיל 60 כתוצאה ממחלת או תאונה שאינה מכוסה על פי הפוליסת, או תוך 14 ימים ממחלת המכוסה על פי הפוליסת ובכפוף לחריגי הפוליסת.• מידע וסיעוע בקרות מקרה הביטוח.	cisois נוספים
"חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסת. שים לב, במידה ויש לך CISOI זהה בפוליסת אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסת".		הערות

התנאים המלאים והמחיבים הינם התנאים המפורטים בפוליסת.

² תקופת המתנה - תקופה המתחילה בקרות מקרה ביטוח בגיןה אין המבוצח זכאי לפיצוי או שיפוי כלשהו, אלא רק בסופה.

טבלת הפרמיות: פרמיה חודשית לכל 10,000 ₪

גיל	גבר לא מעשן	גבר מעשן	אשה לא מענת	אשה מענת
0-17	0.83	0.83	0.83	0.83
18	1.30	1.30	1.60	1.51
19	1.36	1.34	1.64	1.54
20	1.45	1.41	1.72	1.59
21	1.59	1.51	1.82	1.64
22	1.72	1.60	1.92	1.69
23	1.86	1.72	2.00	1.75
24	2.05	1.85	2.09	1.81
25	2.26	2.01	2.13	1.88
26	2.52	2.20	2.29	1.99
27	2.72	2.39	2.44	2.10
28	2.74	2.43	2.64	2.14
29	2.78	2.46	2.88	2.30
30	2.86	2.52	3.16	2.44
31	3.11	2.63	3.51	2.55
32	3.62	2.76	3.80	2.80
33	4.06	2.93	4.14	2.96
34	4.48	3.13	4.58	3.24
35	4.91	3.41	5.08	3.45
36	5.12	3.71	5.67	3.82
37	5.57	4.12	6.34	4.25
38	6.11	4.57	7.23	4.77
39	6.80	5.12	8.54	5.36
40	7.68	5.74	10.00	6.01
41	8.71	6.46	11.60	6.74
42	9.46	7.27	13.20	7.59
43	10.61	7.86	15.38	8.55
44	11.78	8.85	17.21	9.62
45	12.97	9.97	19.28	10.88
46	14.15	10.80	20.75	12.22
47	15.26	12.17	22.77	13.70
48	16.71	13.13	25.34	15.26
49	18.73	14.71	28.09	16.99
50	20.91	16.48	30.97	18.82
51	23.24	17.01	34.15	20.78
52	25.70	18.21	37.56	22.90
53	29.65	19.47	41.32	25.19
54	31.21	20.81	43.68	27.67
55	34.30	22.26	48.91	30.60
56	34.52	23.84	50.67	33.01
57	36.39	25.61	56.63	35.55
58	38.23	27.67	62.72	38.67
59	40.54	30.04	70.62	42.81
60	43.02	32.34	79.49	46.59
61	45.92	34.62	88.45	49.77
62	49.43	36.84	97.29	52.75
63	53.33	39.00	105.74	55.58
64	57.72	41.17	113.32	58.37
65	64.60	44.64	123.79	62.64

הפרמיות האמורות הנן לצורך המחשה בלבד, והין לפי סכום ביטוח בסך של 10,000 ₪ למעט בגיל 65.
בגיל 65 הפרמיה המצוינית הנה לסכום הביטוח שייהי בתוקף במועד זה על פי תנאי הפולישה.

דמי הביטוח על פי פוליסה זו יקבעו בין היתר בהתאם לגיל של המבוטח במועד ה가입ו לביטוח, וישתנו כל חמיש שנים ממועד ההצטרפות של המבוטח לביטוח וזאת עד הגיעו של המבוטח לגיל 65. בגיל 65 (גם אם טרם חלפו חמיש שנים ממועד שינוי דמי הביטוח האחרון) ישונו דמי הביטוח וממועד זה יהיו דמי הביטוח קבועים. גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת.