

## תנאים כלליים לביטוח בריאות מס' 525

תמורת תשלום דמי ביטוח, כמפורט בדף פרטי הביטוח, ובכפיפות לתנאים, להוראות לסיגים ולחיריגים המפורטים להלן ובהתאם להצהרות המבוטחת, החברה תשפה את המבוטח /או תשלום שירות לספק/ השירותים או תפוצה את המבוטחת - הכל בהתאם למחייביות החברה על-פי הוראות הפוליסה, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי הנקבע בדף פרטי הביטוח ו/או בכלל נספח או סעיף בהם נקבע שיעור צזה.  
החברה לזמן השירות הצבאי: יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות, כפוף להוראות הצבא כפי שישתנו מעת לעת.

- 1. הגדרות כלליות:**  
בפוליסה ובנספחיה תהיה לMONICHIM הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדמ:
  - 1.1 החברה ו/או המבטחת:**  
הראל חברה לביטוח בע"מ.
  - 1.2 הפוליסה:**  
חוזה ביטוח זה, לרבות תנאים אלה, הצעת הביטוח, דף פרטי הביטוח וכל תכנית ביטוח המצורפת לתנאים אלו, נספח ותוספת המצורפים לו.
  - 1.3 המבוטחת:**  
אדם ששמו נקבע בדף פרטי הביטוח כ"מבוטח".
  - 1.4 הצעת הביטוח:**  
טופס הצעה המהווה בקשה להצטרף לביטוח על-פי פוליסה זו, כשהוא מלא על כל פרטיו וחתום על ידי המבוטחת או על ידי אפוטרופוס חוק. הצעה תכלול גם את הצהרת הבריאות شاملאה ונחתמה על ידי המבוטח (או האפוטרופוס) וכן את פרטי אמצעי התשלום.
- 1.5 תאריך תחילת הביטוח:**  
התאריך הנוכחי בדף פרטי הביטוח כ- "תאריך תחילת הביטוח".
- 1.6 דמי הביטוח:**  
הסכום שיש לשלם לחברת בגין פוליסה זו, על-פי תנאי הפוליסה, כמפורט בדף פרטי הביטוח.
- 1.7 מקרה הביטוח:**  
מערכת עבודות ונסיבות המתווארת בכל אחד מהנספחים בפוליסה, אשר בהתקיימה קמה למבוטח זכות לקבלת תמוגה ביטוח על פי הפוליסה.
- 1.8 תקופת אכזרה:**  
תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח בתאריך תחילת הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שמצוינה בכל נספח לצורף לפוליסה, אשר במהלך המבוטחה עדין אין זכאי לכיסוי ביטוח מכוח הפוליסה ואשר החברה לא תהא אחראית למקרה בגין רצף שרע או התגללה במהלך המהלך. תקופת האכזרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצפות בחברה, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש בתקופות בגין רצפות בחברה. מודגש, כי **מקרה בגין רצף במהלך התקופה האכזרה** (למעט מקרה בגין עקב תאונה), **динו במקרה בגין רצף במהלך התקופה האכזרה**, והמבוטח לא יהיה זכאי לקבלת תמוגה בגין כלშם בגין על פי פוליסה זו.
- 1.9 תאונת:** חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פ уни ובلتוי

צפי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית לקרויה מקרה הביטוח.  
**למען הסר ספק, אלימوت מילולית /או לחץ נפשי /או הצבירות של פגיעות עצירות חוזרת לאורך תקופה הגורמים לנכות, לא יחשבו כ"תאונת".**

- 1.10 תקופת המתנה:**  
תקופה המתחילה במועד קורת מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר הימים שמצוינו כתקופת המתנה בכל CISCI בו צוינה בפוליסה תקופת המתנה, אשר במהלךה לא קיים עדין למבוטח CISCI ביטוח מכוח אותו CISCI.
- 1.11 מדד:**  
מדד המחייב לצרוך המתפרש על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 1.12 שנת ביטוח:**  
תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהחלתם בתאריך תחילת הביטוח.
- 1.13 דף פרטי הביטוח:**  
דף המצורף לפוליסה ומהויה חלק בלתי נפרד ממנו, הכלול, בין היתר, פרטים אישיים של המבוטח ואת התנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח. במקרה של סתירה בין תנאי הפוליס לבין התנאים המפורטים בדף פרטי הביטוח, יגברו התנאים בדף פרטי הביטוח.
- 1.14 סכום ביטוח:**  
הסכום תגמולי הביטוח המרבי, כמפורט בכל נספח לפוליסה או נקבע בדף פרטי הביטוח. במקרה של סתירה או אי-בהירות בין סכום הביטוח הנקבע בפוליסה לבין הסכום הנקבע בדף פרטי הביטוח, סכום הביטוח הקבוע יהיה על-פי הנקבע בדף פרטי הביטוח.
- 1.15 חוק הביטוח:**  
חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.
- 1.16 חוק הבריאות:**  
חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- 1.17 קופת חולים:**  
כהגדرتה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- 1.18 שירות בריאות נוספת (شب"ז):**  
תוכנית למtan שירותי בריאות נוספות על שירותי הבריאות הניתנים במסגרת כל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוחת על ידי קופת חולים או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.19 ישראל:**  
מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
- 1.20 חו"ל:**  
כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.21 בית חולים:**  
מוסד רפואי המוכר על ידי הרשות המוסמכת בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מודד שהוא גם סנטריום, בית החלמה, בית הבראה.
- 1.22 בית חולים פרטי:**  
אחד מהלוד:  
(1) בית חולים בישראל שהוא בעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כלל כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חוקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013 (להלן: "חוק עדיפויות")

(2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק עדיפות שהרשויות המוסמכות התירו לו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

#### **1.23 ניתוח:**

פעולה פולשנית - חדיות החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחללה, פגעה, תיקון פגם או עיונות אצל המבוטח או מונעת של כל אחד מהלא, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרון לייזר, לאבחן או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנטוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

#### **1.24 רופא מומחה:**

רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כולל ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, או רופא שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי הדין במדינה הרלוונטייה בחו"ל בה ניתן השירות

#### **1.25 רופא מרדים:**

רופא אשר הווסף ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.

#### **1.26 נתן שירות/ספק שהסכם:**

בית חולים פרטי, מרפאה, מעבדה, מנתח שהינו רופא מומחה (הגדרתו לעיל) או רופא אשר הווסף בחו"ל, כמומחה מנתחה וכל רופא או גוף אחר, עםם קשורה או תקשורת החברה בהסכם, ובלבך שהו צד להסכם עם החברה במועד ביצוע הפרוצדורה/מתן השירות הרלוונטי.

#### **1.27 השתתפות עצמית:**

חלוקת של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח, עד לתקירה הקבועה בפוליסה או בדף פרטי הביטוח. מובהר בזאת כי חברות החברת **لتשלום כלשהו על-פי כל נספח, תהיה בגין** השתתפות העצמית של המבוטח ורק **לגביו** הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.

#### **1.28 שתל:**

כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המשותלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, **למעט תותבת שניים ושטל דנטלי**.

#### **1.29 סייג בשל מצב רפואי קודם:**

חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחובותה, או המפחית את חובות החברה או את הייקף הכספי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הריגל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

#### **1.30 פוליסת בריאות בסיסית (להלן "הרובד הראשון"):**

פוליסת ביטוח בריאות בסיסית המשמשת בחזר המאוחד תכלול את תכניות הביטוח המפורטות ברובד הראשון שבהוראות החוזר המאוחד: (1) השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל; (2) תרופות מחוץ לסול הבריאות; (3) ניתוחים וטיפולים محلימי ניתוח מחוץ לישראל.

#### **1.31 תוכנית בסיסית/תיכנית ביטוח:**

תכנית ביטוח שמבטח רשיין להנאה בהתאם לשעיף 40 לחוק הפקוח כתכנית בפני עצמה (לא תלות ברכישת תוכנית אחרת).

#### **1.32 פוליסת ניתוחים בישראל (להלן "הרובד השני"):**

אחת מתכניות ניתוחים וטיפולים محلימי הניתוח בישראל המפורטות ברובד השני שבהוראות החוזר המאוחד.

### 1.33 פוליסת הרחבה (להלן "הרובד השלישי"):

פוליסת ביטוח בריאות המרחיבה את הricsio של אחת מהטכניות המרכיבות את פוליסת הבריאות הבסיסית, הרובד השני או הרובד החמישי (שהינו מחולות קשות או אם יוגדר אחרת על פי הגדרת החוזר המאוחד).

### 1.34 תכנית נוספת/פוליסת בריאות נוספת (להלן "הרובד הרביעי"):

אחד מתקניות הביטוח ברובד הרביעי שבஹוראות החוזר המאוחד, או תכנית ביטוח או כתוב שירות שמבטח רשי להניגם בהתאם לסעיף 40 לחוק הפיקוח, רק כמפורט לתכנית בסיס.

## 2. תוקף הפוליסת

כינוסה של פוליסת זו לתקוף, מותנית בתשלום פרמייה ראשונה בפועל. תנאי זה לא יכול אם התקבל על ידי החברה אמצעי תשלום שניין לגבות ממנו את פרמיית הביטוח.

שולמו לחברת כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שנינתנה הסכמת החברה לעriticת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכם החברה לעriticת הביטוח. במקרה זה תשלה החברה בתוך 90 ימים מיום קבלת דמי הביטוח לריאשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלה לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרט ביטוח, או הודעה דחיה על פייה המבוטח לא מתќבל לביטוח ואין לו יכולות ביטוח בתקוף או פניה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית.

לא שלחה החברה תוך 90 ימים מיום קבלת דמי הביטוח לריאשונה, הודעה דחיה כאמור לעיל או פניה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורך לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח.

ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לריאשונה לבין החלטת החברה בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות בחברה לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, הייתה החברה מודעה למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קירה מקרה הביטוח), היה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסת בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסת ותנאייה.

## 3. חובת הגוף

(א) הציגה החברה למטרות לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת בכתב, שאלת בעניין שיש בו כדי להשפיע על נוכנותו של מבטח סביר לכראות את החוזה בכלל או לכראתו בתנאים שבו (להלן - עניין מהותי), על המבוטח להסביר עליה בכתב תשובה מלאה וכן.

(ב) שאלת גורפת הכוורת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת הפוליסת.

(ג) הסתרה בכוונות מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכן.

3.1 ניתנה לשאלת בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכן, רשאית החברה, תוך שלושים ימים מהיום שנודיע לה על כך וכך עד לא קירה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסת בהודעה בכתב למטרות.

3.2 ביטלה החברה את הפוליסת מכוח סעיף זה, זכאי המבוטח להחזיר דמי הביטוח ששולם בעד התקופה שלאחר הביטול, בגין הוצאות החברה, זולת אם فعل המבוטח בכוונות מרמה.

3.3 קירה מקרה הביטוח לפני שנטבעה הפוליסת מכוח סעיף זה, אין החברה חייבת אלא בתגמולו ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהו משתלמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והחברה פטורה כמעט בכל אחת מהאלה:

### 3.3.1 התשובה ניתנה בכוונות מרמה.

3.3.2 מבטח סביר לא היה מתקשר באותה פוליסת, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב

לאミיתו; במקרה זה זכאי המבוטח להחזיר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח בגין הוצאות החברה.

**3.4** החברה אינה זכאי לתרומות האמורות בסעיפים 3.3-3.1 לעיל בכל אחת מלאה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוננות מרמה:

**3.4.1** החברה ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאミתו בשעת כריתת הפוליס או שהיא גרמה לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.

**3.4.2** העובדה שעלה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות החברה או על היקפה.

**3.5** במידה שמדובר בתגמול ביטוח מסווג פיצוי, החברה אינה זכאי לתרומות האמורות בסעיפים 3.1-3.3 לעיל לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת הפוליס, מלבד אם המבוטח פעל בכוננות מרמה.

#### 4. חריגים כלליים

החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמול ביטוח בגין מקרה ביטוח, כולל או מכךתו, בכל אחד מהמקרים הבאים /או שנגרם במישרין /או בעקביפין כתוצאה מהמקרים הבאים:

**4.1** מקרה הביטוח אירע לפני תאריך תחילת הביטוח.

**4.2** מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.

**4.3** מקרה הביטוח אירע במהלך האכשלה, למעט מקרה ביטוח שאירע מתאונה לגביו לא תחול תקופת אכשלה.

**4.4** מקרה ביטוח שהגורם העיקרי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם דה'ינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במהלך הטיפול הרפואי לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במהלך הטיפול הרפואי" - בדרך של אבחנה רפואית מותאמת, או בתהליך של אבחן רפואי מותועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הבדיקות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

א. פחות מ- 65 שנים - החריג יהיה תקין לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילה תקופת הביטוח.

ב. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקין לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילה תקופת הביטוח.

על אף האמור בסעיפים קטעים 4.4(a) ו-4.4(b) לעיל, סיג לחבות החברה או להיקף הכספי בשל מצב רפואי מסוים שיפורט בדף רפואי הביטוח לגבי מboseם, יהיה תקין לתקופה שמצוינה בדף רפואי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים. סיג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקין אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סיגה במפורש בדף רפואי הביטוח את המצב הרפואי המופיע הנזכר בהודעת המבוטחת.

#### 5. אחריות

החברה אינה אחראית לטיב השירותים הרפואיים /או האחרים הנינתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח /או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח /או הפניות על ידי החברה לנוטרי שירותים רפואיים /או אחרים /או עקב מעשה או מחדל של נוטרי השירות הנ"ל, לרבות בגין אי ביצוע הטיפול הרפואי במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.

**6. תשלום דמי ביטוח**

- 6.1 מועד פירעון דמי הביטוח יהיה על-פי המועד בו נקבע תשלום על ידי החברה.
- 6.2 רק זיכוי חברות בבנק או בחברת האשראי יהיה תשלום דמי הביטוח.
- 6.3 לדמי ביטוח אשר לא שולם במועד יתווסף הפרשי הצמדה וריבית על-פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה, התשכ"א 1961, מהמועד שנקבע תשלום דמי הביטוח ועד לפירעון בפועל של דמי הביטוח בחברה.
- 6.4 החברה זכאיות לנכונות מהתשולם למבוטח את כל החובות המגיעים לה מה מבוטח בגין פוליסה זו בכפוף להוראות הדין.

**7. שינוי דמי ביטוח ותנאי ביטוח**

- 7.1 דמי הביטוח על-פי פוליסה זו יקבעו בין היתר לפי גיל המבוטח, על בסיס טבלת הפרימה שבגילו הנאות המצורף ("טבלת הפרמיות"), כפי שמצוין בדף פרטי הביטוח, ובכפוף לסעיף 10 להלן.
- 7.2 דמי הביטוח ישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי הקבוע בדף פרטי הביטוח, בהתאם לגילו של המבוטח. לעניין זה יראו את יום הולדתו של המבוטח Caino חל לראשונה לחודש יומם ההולדת (לדוגמא: מבוטח שהצטרכף לפוליסה ויגיע לאיל 40 ביום 10.1.2023, יראו את ה – 1.1.2023 כמועד הגיעו לאיל 40 לצורך חישוב דמי הביטוח, ובמועד זה ישתנו דמי הביטוח, ככל שנדרש, כך שהחל ממועד זה ייחיב בדמי ביטוח המבוססים על דמי הביטוח לבני גיל 40), ובכפוף לסעיף 10 להלן.

- 7.3 החברה תהיה זכאית לשנות את טבלת הפרמיות וכפועל יוצא מכך את דמי הביטוח הנגבים שייגבו מן המבוטח, ואת התנאים של פוליסה זו, לכל המבוטחים בפוליסה זו, במועד החדש ובהתקף להוראות סעיף 10 להלן /או באישור הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון לפי חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981 (לעיל ולהלן, בהתאם: "הממונה" – נ"חוק הפיקוח על הביטוח), לרבות במקרה של שירותי ביטוח הבריאות או בסל שירותי הבריאות על-פי חוק הבריאות ו/או מוביל להודיע על כך מראש לממונה בהתאם להוראות החוזר המאושר לעדכן תעריפים בפוליסות בריאות מתעדכנות.

**8. תביעות ותגמול ביטוח**

- 8.1 החברה תשלם למבוטח את תגמולו הביטוח לפי פוליסה זו או תעבירים ישירות לנוטרי השירות שהascoם בכפוף להתקיימותם של כל אלה:

- 8.1.1 המבוטח/ מوطב הודעה לחברת על קרות מקרה הביטוח מיד לאחר שנודע לו על קרות מקרה הביטוח ועל זכותו לתגמולו הביטוח וקיבול אישור החברה לחובתה על-פי פוליסה זו. לא פונה המבוטח לחברה לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, תהא רשות החברה להפקית את סכום תגמולו הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיתה משלהמת החברה לו היה פונה המבוטח לחברה בבקשת לקבלת אישור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יכול במקרה שהמבוטח/מוטב פונה לחברת באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה באיחור לא מנעו מהחברה את בירור חבותו, לא הכבד על הבירור או לא מנעו את הקטנת ההוצאה הוא הנזק בגין מתבקש תשלום של תגמולו הביטוח.

- 8.1.2 המבוטח חתום על כתוב וייתור סודיות רפואיים ומסר לחברת את כל הקבלות, הפרטים והמסמכים הרפואיים הסבירים ואחריהם הדרושים לחברת לבורר תביעות. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבונאי איש מקוון.

- 8.2 החברה תהיא זכאית לנחל על חשבונה כלchkירה באופן סביר ולבדק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמה כפי שתמצא לנכון ולבבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ועל חשבון החברה. יובהר

כי אין בכך כדי לגרוע מיכולתו של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הpolloisa בבית המשפט.

8.3 החברה תהא רשאית על-פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, יישורות לנוטני השירות, או לשלם למבוטח.

8.4 המבוטח זכאי לקבל מהחברה, מקדימות או התchiebot סופית שיאפשרו לו לקבל את השירות הרפואי, וזאת על חשבן הכספי שיגיעו לו על פי הpolloisa.

8.5 תגמoli ביטוח מכחpolloisa זו ישולם במטבע ישראלי. תגמoli ביטוח בגין החזר הוצאות ששולמו במטבע ישראלי יוצמדו למדך המהירם לצרכן ממועד תשלוםם על-ידי המבוטח ועד למועד תשלום תגמoli הביטוח. תגמoli ביטוח בגין החזר הוצאות ששולמו במטבע זר, ישולם לפי שער החליפין היציג של המטבע הישראלי, ביום תשלום תגמoli הביטוח.

8.6 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמoli ביטוח העולים על סכום הביטוח המרבי.

8.7 נפטר מבוטח, תשלם החברה את יתרת תגמoli הביטוח להם זכאי ספק השירות הרפואי, בהתאם להתחiebotות החברה.

8.8 נפטר המבוטח, והוא זכאי לקבלת תגמoli ביטוח נוספים, תשלם החברה לעיזבונו /או לירושו החוקיימ.

8.9 היה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות המשלמות על-פי ביטוח זה, במלואן או חלקן, במסגרת פוליסת אחרת בחברת ביטוח אחרת, תהא החברה אחראית בלבד וליחוד עם חברת הביטוח האחרת בגין להוצאות המכוסות החופפות. המבוחחים ישאו בנטול החיוב ביניהם לבין עצמן לפי היחס שבין סכומי הביטוח.

#### 8.10 תחולף:

8.10.1 היה המבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות פיצוי או שיפוי כלפי אדם שלישי, שלא מכח חוזה ביטוח, עברת זכות זו לחברת משילמה למוטב תגמoli ביטוח וכשיעור התגמולים ששילמה.

8.10.2 החברה אינה רשאית להשתמש בזכות שהועברה אליה לפי סעיף זה באופן שיפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן האדם השלישי פיצוי או שיפוי מעיל לתגמולים שקיבלה מהחברה.

8.10.3 קיבל המבוטח מן האדם השלישי פיצוי או שיפוי שהוא מגע לחברת על-פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברת עשה המבוטח פשרה, ויתור או פעללה אחרת הפגיעה בזכות שעבירה לחברת, עליו לפצotta בשל כך.

8.10.4 המבוטח מתחייב לשתף פעולה, ככל שיידרש ממנו, לשם מימוש זכותה של החברה כאמור.

8.10.5 הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם בכונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה טובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.

#### 9. הצמדה

9.1 דמי הביטוח הנקובים בדף פרטי הביטוח יהיו צמודים למדך הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל.

9.2 סכומי הביטוח וגובה הרשתות העצמית (אם קיימת) הנקובים בדף פרטי הביטוח, יהיו צמודים מהמדד הקבוע בתאריך המהדרה של תכנית הביטוח ועד הממדד הידוע במועד בו בוצע התשלום בפועל.

**10. תקופת הביטוח וחידוש תקופת הביטוח**

- 10.1** תקופת הביטוח בפוליסה הינה 24 חודשים.
- 10.2** אחת לשנתיים, לראשונה לחודש יוני החל מיום 1 ביוני 2024 (להלן - **מועד החידוש**), הפוליסת תחודש מלאה (לא צורך לקבלת הסכמת המבוטח) לכל המבוטחים בה לתקופה של שנתיים נוספות, בין אם באוטם תנאים או בין אם בתנאים שונים, ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ולא תקופת אכשלה נוספת (להלן - **רכף ביטוח**).
- 10.3** על אף האמור בסעיף 10.1 לעיל, ככל שמשך תקופת הביטוח ממוקד צירפו לראשונה של המבוטח לביטוח ועד למועד החידוש הראשון שלאחר תחילת הביטוח של אותו המבוטח, קצר משנהיים - תהיה תקופת הביטוח של אותו מבוטח החל ממוקד צירפו לראשונה לביטוח ועד למועד החידוש הקרוב של הפוליסת לכלל המבוטחים.
- 10.4** נדרשת החברה לבצע שינויים בתנאים בפוליסת במועד החידוש, והחברה אינה ממשיכה לשוק פוליסת זו למבוטחים חדשים, רשאית היא במועד החידוש שלא לבצע את השינויים, ולהציג לכלל המבוטחים הקיימים בפוליסת את הפוליסת באוטם תנאים שהיו בה ערב החידוש. יובהר כי במקרה זה לא תוכל החברה לשוק פוליסת זו למבוטחים חדשים עד לביצוע השינויים האמורים אשר יחולו על כלל המבוטחים.
- 10.5** על אף האמור בסעיף 10.2 לעיל, לא תחודש מלאה פוליסת כאמור באותו סעיף לעיל, ואו חלקים ממנה, לפי העניין במקרים הבאים:
- 10.5.1** בכתב שירות - אם נקבעו בו הוראות מפורשות לעניין اي חידוש כתב השירות על ידי החברה;
- 10.5.2** פוליסת ששווקה על פי תכנית שהממונה אישר לגבי מר אש ובכתב כי פוליסות לפיה לא יחולו מלאה.
- 10.6** על אף האמור בסעיף 10.2 לעיל, לא תחודש מלאה פוליסת 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 % דמי הביטוח, לפי הגובה מבניהם, ביחס לדמי הביטוח החודשיים ששילם המבוטח ערב חידוש הפוליסת. יובהר, כי במקרה של חידוש פוליסת שנעשתה לפי מספר תכניות ביטוח בחבילה, תיבחן גם עליית דמי הביטוח בחחס לככל תכנית בחבילה.
- לענין זה - "הסכם המפורשת של מבוטח" - לגבי ילד עד גיל 21 של מבוטח באותה תכנית או בן זוגו של מבוטח כאמור, ההסכם המפורשת יכול להיות של המבוטח עבור ילדו עד גיל 21 או עבור בן זוגו; "עליה בדמי הביטוח" - לרבות הפקחתה בהיקף הכספי הביטוח שנעשתה כתחליף להעלאת דמי הביטוח ולמעט שינוי הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסת או בשל מעבר בין קבוצות גיל או בשל סיום הנחה שניתנה לתקופה קצרה, כפי שפורטו בדף פרטי הביטוח.
- 10.7** על אף האמור בסעיף 10.6 לעיל, לא נדרשת הסכמתו המפורשת של מבוטח לפני חידוש פוליסת מלאה כאמור בסעיף 10.2 לעיל, במקרים המפורטים להלן –
- 10.7.1** אם המבוטח הגיע במהלך תקופת הביטוח, הנוכחית או זו שקדמה לה, תביעה למים זכויות לפי תנאי הפוליסת;
- 10.7.2** אם החברה פירטה למבוטח, שהצטרף לראשונה לתקנית בתקופה של 120 ימים שקדמו למועד החידוש, באופן מפורש, את השינויים בתנאי הביטוח ודמי הביטוח שיחולו במועד החידוש הקרוב, והמבוטח נתן את הסכמתו להם טרם הצעירותו;
- 10.7.3** אם הממונה קבע מר אש ובכתב כי לא נדרש לקבל את הסכמת המבוטח לגבי שינוי מסוים שערכה החברה בתכנית.

**10.8** במקרה שבו חודשה הpolloisa שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיפים 10.2 ו- 10.7 לעיל, המבוטח רשאי להודיע לחברת, במהלך 60 ימים שלאחר חידוש הpolloisa, על ביטול הpolloisa והpolloisa תבוטל לגבי במועד חידוש הביטוח ויושבו למבוטח דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו, ככל שנגבו, ובלבך שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הpolloisa בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופה 60 הימים כאמור.

## 11. ביטול הpolloisa

**11.1**polloisa זו ניתנת לביטול על ידי החברה בכל אחד מהמקרים הבאים:

**11.1.1** דמי הביטוח לא שולמו כדרכם. במקרה זה רשות החברה לבטל את הpolloisa בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח.

**11.1.2** במקרה המצוינים בסעיף 3 לעיל לגבי חובת הגילוי או בהתאם לזכויות הביטול האחרות המוקנות לה על פי דין.

**11.2** במקרה של אי קבלת הסכמה מפורשת של המבוטח לחידוש הביטוח עד למועד החידוש כאמור בסעיף 10.6 לעיל, לא יחולש הכספי הביטוחי לפי תכנית ביטוח לגבי נדרשה הסכמה מפורשת כאמור לתקופה נוספת ויסטים הביטוח על פיה.

**11.3** יובהר, כי ככל שבוטלהpolloisa בריאות בסיסית, כהגדرتה לעיל, שנרכשה ע"י המבוטח לאחר 1 באוקטובר 2023, ובוטלה בהתאם לחודשים ממועד הרכישתה, תבטל החברה את כל פוליסות הבריאות ברבדים השני והרביעי שרכש אותה אותו ממועד לאחר 1 באוקטובר 2023, למעט אם קיימת למבוטח הpolloisa בריאות בסיסית בחברה אחרת או אם המבוטח החלףpolloisa מקורית לפוליסת יתרוחים בישראל אוpolloisa של הרובד הרביעי, והכל בכפוף להוראות כל דין.

**11.4** חברת ביטוח תאפשר למבוטח שרכשpolloisa ניתוחים בישראל,polloisa הרחבה אוpolloisa בריאות נוספת לבטלן בכל עת, מבלי להתננו את הביטול האמור בביטול אחת או יותר מפוליסות ביטוח בריאות אחרות שבידי המבוטח.

**11.5** בנוסף לאמור בסעיף 11 זה,polloisa זו, כולה או חלקה בכפוף להוראות הביטול המפורטות לעיל, ניתנת לביטול על ידי המבוטח, בהודעה בכתב לחברת.

**11.6** על אף האמור בסעיף 11.4 לעיל, יותר לחברה שיווק של תכנית נוספת מסויימת רק יחד עם תכנית בסיס מסויימת, ובוטלה ע"י המבוטח אותה תכנית בסיס תבוטל גם התכנית נוספת לשיווק יחד עמה.

**11.7** על אף האמור בסעיף 11.4 לעיל, אם בוטלהpolloisa הבריאות הבסיסית כאמור בסעיף 11.3 לעיל, ע"י המבוטח, יבוטלו גם תכניות ההרחבה שנלו לpolloisa הבריאות הבסיסית, וכן תכניות ההרחבה שנלו לפוליסות הבריאות ברובד השני.

## 12. מסים והיטלים

המשלם, המבוטח או המוטב, לפי העניין, חייב לשלם לחברת את דמי הביטוח ואת המסים הממשלתיים האחרים (חוקיים) במועד עriticת הpolloisa או שיוטלו במועד לאחר מכן), החלים על הpolloisa או המוטלים על דמי הביטוח או על סכומי הביטוח.

## 13. התוישנות

תקופת התוישנות של תביעה לתשלום תגמול ביטוח בגין מקרה ביטוח על-פיpolloisa זו, היא חמישה שנים מיום קרות מקרה הביטוח. אם עילית התביעה הנה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאוננה, תקופת התוישנות הינה בת 3 שנים והיא תימנה מיום שῆמה למבוטח זכות לתבע תגמול ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

**14. חוק הביטוח**

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

**15. הודעות**

על המבוטח להודיע לחברת על כל שינוי כתובת. הودעה שתישלח על ידי החברה לכתובת האחורונה הידועה לה של המבוטח תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלה.

**16. שינויים**

החברה תהיה רשאית לשנות מעט לעת את רשימת נוטני השירות שבahascom.

**17. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפולישה**

**17.1** תכנית בסיס אשר מצורפת לתנאים הכלליים אלו, תהיה כפופה לכל התנאים הכלליים.

**17.2** כל שינוי /או ויתור /או סטייה מהאמור בתנאים הכלליים, יחייב לעניין תכנית הבסיס רק אם נכלל במפורש בתכנית זו.

**17.3** במקרה של סטירה בין האמור בתכנית הבסיס לבין האמור בתוכניות ביטוח אחרות של הפולישה /או בתנאים הכלליים, יחייב לעניין מカリ הביטוח המפורטים בתכנית זו, הוראות תכנית בסיס זו.