

קָרָן אֹרֶם TOP

פוליסה לביטוח מחלות קשות ואירועים רפואיים

1. מבוא	
1.1.	פוליסה זו היא חוזה ביטוח בין מנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן: "המבטחת") לבין בעל הפוליסה ששמו מצוין בדף פרטי הביטוח, המצורף לפוליסה זו ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה.
1.2.	הואיל ובעל הפוליסה, פנה אל המבטחת בהצעת הביטוח, ובהסתמך על המידע שנמסר למבטחת בהצעת הביטוח ובמסמכים נלווים שהוגשו לה, לרבות הצהרת הבריאות, והמהווים חלק בלתי נפרד מפוליסה זו, בין אם צורפו להצעת הביטוח ובין אם הוגשו בנפרד, הסכימה המבטחת, תמורת דמי ביטוח, לשלם את הסכום המגיע לתשלום בגין מקרה הביטוח שאירע לאחר תחילת תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה. זאת, בכפיפות לתנאים, להוראות, לחריגים ולסייגים הכלולים בה או מצורפים לה או שיצורפו לה על ידי תוספת ו/או נספח.
2. הגדרות	
2.1.	בעל הפוליסה אדם, חבר בני אדם או תאגיד, המתקשר עם המבטחת בחוזה הביטוח ואשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח ו/או בהצעת הביטוח כבעל הפוליסה.
2.2.	גיל המבוטח: גיל המבוטח נקבע לפי יום הולדתו הקרוב ביותר לתאריך תחילת הביטוח, זה שקדם לו או הבא אחריו, ויחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. שישה חודשים ויותר יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה.
2.3.	דף פרטי הביטוח: מסמך המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, וכולל את מספר הפוליסה, פרטים אישיים של בעל הפוליסה, המבוטח/ים, תקופת הביטוח, דמי הביטוח וכיו"ב.
2.4.	דמי ביטוח: הפרמיה ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה לשלם למבטחת בהתאם לתנאי פוליסה זו, לרבות כל תוספת שתקבע על ידי המבטחת עקב מצב בריאותו ו/או סיכונים מיוחדים הקשורים במבוטח.
2.5.	המבטחת: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.
2.6.	הסדר תחיקתי: כל החוקים, התקנות, הצווים והוראות המפקח על הביטוח, אשר יסדירו את התנאים החלים על בעל הפוליסה, המבוטח והמבטחת, כפי שיחולו מעת לעת.
2.7.	הצעת הביטוח או ההצעה: טופס ההצעה המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו, כשהוא מלא על כל פרטיו וחתום על ידי המבוטח ו/או על ידי בן/בת זוגו בשמו ובשם כל אחד מיחיד משפחתו, לרבות הצהרת הבריאות וכתב ויתור על סודיות רפואית, שמולאו ונחתמו ע"י המבוטח, ועל ידי בעל הפוליסה, במקום בו נדרשת חתימתו.
2.8.	חוק חוזה הביטוח: חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981.
2.9.	מבוטח: האדם, אשר שמו/ה רשום בדף פרטי הביטוח כמבוטח.
2.10.	מדד: מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או גוף מוסכם אחר שיבוא במקומו, בין שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס שביןו למדד המוחלף. המדד מותאם למדד הבסיסי של 100.0 נקודות מחודש ינואר 1959, כשהוא מחולק ל- 1000.
2.11.	מדד יסודי: המדד האחרון הידוע ב- 1 בחודש של תחילת הביטוח.
2.12.	מדד קובע: המדד הידוע לאחרונה לפני יום תשלום דמי הביטוח למבטחת או תשלום סכום הביטוח למבוטח.
2.13.	מצב רפואי קודם: 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 ההצטרפות לביטוח. 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 ההצטרפות לביטוח.
2.14.	מקרה הביטוח: גילוי אחת המחלות הקשות או קיום אירוע רפואי, בין מחלתי ובין תאונתי, כמפורט באחת הקבוצות בסעיף 6 להלן, שאירע בתקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה, בגינו זכאי המבוטח לסכום הביטוח הקבוע בדף פרטי הביטוח, בכפוף לתנאים, לחריגים ולסייגים בפוליסה.
2.15.	סכום הביטוח: הסכום המרבי הנקוב בדף פרטי הביטוח, שתשלם המבטחת למבוטח כתגמולי ביטוח בקרות לו מקרה הביטוח, כשהוא צמוד למדד לפי תנאי פוליסה זו ובכפוף למפורט להלן: סכום הביטוח בקרות מקרה ביטוח ראשון הינו בשיעור של 100% מהסכום הנקוב בדף פרטי הביטוח (להלן: "סכום הביטוח למקרה ביטוח ראשון"). סכום הביטוח בקרות מקרה ביטוח שני הינו בשיעור של 75% מהסכום הנקוב בדף פרטי הביטוח (להלן: "סכום הביטוח למקרה ביטוח שני").
2.16.	פוליסה: חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה למבטחת, לרבות הצעת הביטוח, הצהרת הבריאות, דף פרטי הביטוח, וכל נספח או תוספת המצורפים לו.
2.17.	פעולות ה-ADL (Activities of Daily Living): 2.17.1. לקום ולשכב; 2.17.2. להתלבש ולהתפשט; 2.17.3. להתרחץ; 2.17.4. לאכול ולשתות; יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ו/או לקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ו/או גפה מלאכותית. יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית. יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת. יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה, בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.

<p>2.17.5. לשלוח על סוגרים: יכולתו העצמאית של מבטוח לשלוח על פעולת המעיים ו/או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.</p> <p>2.17.6. ביידות: יכולתו העצמאית של מבטוח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבטוח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המבטוח, ייחשב כאי יכולתו של המבטוח לנוע.</p>	
<p>2.18. תאונה: אירוע חיצוני, פתאומי, אלים ובלתי צפוי שגרם במישרין וללא קשר לגורמים אחרים, לפגיעה פיזית בגוף המבטוח. למען הסר ספק מובהר בזאת, כי פגיעה כתוצאה ממחלה או כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרו טראומה) או כתוצאה מהשפעת אלימות מילולית או כתוצאה מפגיעה פסיכולוגית או אמוציונאלית, לא תיחשב כתאונה.</p>	
<p>2.19.1. תקופת אכשרה: 2.19.1.1. לגבי מקרה ביטוח ראשון בתקופת הביטוח - תקופה רצופה אשר תחילתה ביום תחילת תקופת הביטוח וסיומה בתום 90 יום, ואשר תחול לגבי כל מבטוח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבטוח לביטוח מחדש בתקופות ביטוח לא רצופות.</p> <p>2.19.2. לגבי מקרה ביטוח שני בתקופת הביטוח - תקופה רצופה אשר תחילתה ביום קרות מקרה הביטוח הראשון וסיומה בתום 180 יום, ואשר תחול לגבי כל מבטוח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבטוח לביטוח מחדש בתקופות ביטוח לא רצופות.</p> <p>מקרה ביטוח שאירע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שאירע לפני תחילת תקופת הביטוח, למעט מקרה ביטוח עקב תאונה.</p>	
<p>2.20. תקופת הביטוח: תקופה המתחילה במועד הנקוב בדף פרטי הביטוח, וסיומה בתום תקופת הביטוח הנקובה בדף פרטי הביטוח, או קודם לכן, ובכפוף לתנאי פוליסה זו.</p>	
<p>2.21. תקופת המתנה: תקופה המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח ומשכה כמפורט בפוליסה, שרק בסיומה יהיה המבטוח זכאי לקבל את תגמולי הביטוח.</p>	
3. תנאים מקדמיים לתוקף הפוליסה	
<p>3.1. חבות המבטחת נקבעת לפי ההסדר התחיקתי, חוק חוזה הביטוח, לפי תנאי הפוליסה, ולפי תוכן הנספחים אשר צורפו אליה.</p>	
<p>3.2. הפוליסה נכנסת לתוקפה לאחר הסכמת המבטחת בכתב, החל מיום תחילת תקופת הביטוח כמצוין בדף פרטי הביטוח, ובכפוף לקיומם של התנאים המצטברים הבאים: 3.2.1. מולאה הצעת הביטוח על כל פרטיה, לרבות הצהרת הבריאות וויתור על הסודיות הרפואית ונמסרה למבטחת. 3.2.2. שולמה הפרמיה הראשונה. 3.2.3. המבטוח חי בתאריך תשלום הפרמיה הראשונה. 3.2.4. מיום ההצעה לביטוח או הבדיקה הרפואית או מיום חתימת המבטוח על הצהרת הבריאות - המוקדם מביניהם, ועד ליום בו נתקבל המבטוח לביטוח על ידי המבטחת, לא אירע מקרה הביטוח ולא חל שינוי במצב בריאותו, במצבו הגופני, במקצועו ובעיסוקיו של המבטוח, שהיו משפיעים על תנאי קבלתו לביטוח אילו ידעה עליהן המבטחת ביום קבלתו. התנאים בסעיף 3.2 לעיל יחולו גם במקרה של חידוש הפוליסה אחרי ביטולה מכל סיבה שהיא.</p>	
<p>3.3. חבות המבטחת תהיה בתוקף במשך תקופת הביטוח ועד לתום תקופת הביטוח, כמצוין בדף פרטי הביטוח.</p>	
<p>3.4. שולמו למבטחת כספים על חשבון דמי הביטוח, לפני שהמבטחת החליטה על קבלת המועמד לביטוח, לא תיחשב קבלת הכספים כהסכמת המבטחת לעריכת הביטוח. לא הסכימה המבטחת לקבל את המועמד לביטוח, תשיב המבטחת את הכספים ששולמו לה על חשבון דמי הביטוח בצירוף הפרשי הצמדה כאמור בסעיף תנאי הצמדה. 3.5.1. דחיית ההצעה לביטוח או פנייה למבטוח בהצעה נגדית לכיסוי ביטוחי, תבוצע לכל היותר תוך שלושה חודשים מיום קבלת ההפקדה הראשונה אצל המבטחת, או אם פנתה המבטחת למבטוח בבקשה להשלמת נתונים, תוך שישה חודשים מיום קבלת ההפקדה הראשונה אצל המבטחת. אם המבטחת לא דחתה את ההצעה לביטוח, ולא הציעה למבטוח הצעה נגדית לכיסוי ביטוחי, או אם הודיעה למבטוח על קבלתו לביטוח לפי תנאי ההצעה לביטוח בתוך המועדים כאמור, לא תהא המבטחת רשאית לשנות את התנאים הקבועים בהצעה לביטוח עד תום תקופת הביטוח, בכפוף לתנאי הפוליסה.</p>	
<p>3.6. ילדו של המבטוח מבטוח בפוליסה זו כל עוד משולמים בגינו דמי הביטוח על ידי בעל הפוליסה. בהגיע ילדו של המבטוח לגיל 20 תשלח לו המבטחת הודעה, לפיה בדמי הביטוח בהם הוא חייב מגולמת הנחה כי הוא מעשן, ועל מנת לשלם תעריף מופחת של לא מעשן יהיה עליו לחתום על הצהרת אי עישון ולהחזירה למבטחת.</p>	
4. חובת הגילוי	
<p>4.1. הביטוח על-פי פוליסה זו נעשה על יסוד המידע הכתוב, התשובות לשאלות והצהרות בכתב שנמסרו למבטחת על-ידי המבטוח ו/או על-ידי בעל הפוליסה.</p>	
<p>4.2. אם ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה לשאלה בעניין מהותי שיש בו כדי להשפיע על נכונות מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו, רשאית המבטחת תוך 30 יום מהיום שנודע לה על כך, וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את חוזה הביטוח בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ו/או למבטוח. לעניין זה, הסתרה בכוונת מרמה מצד המבטוח של עניין שידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.</p>	
<p>4.3. ביטלה המבטחת את חוזה הביטוח מכוח סעיף זה, תחזיר לבעל הפוליסה את דמי הביטוח ששולמו לה בעד התקופה שלאחר ביטול הביטוח, בניכוי הוצאות המבטחת, זולת אם פעל המבטוח ו/או בעל הפוליסה בכוונת מרמה.</p>	
<p>4.4. קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל החוזה מכוח סעיף זה, אין המבטחת 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: 4.4.1. התשובה ניתנה בכוונת מרמה.</p>	

<p>4.4.2. מבטחת סבירה לא הייתה מתקשרת באותו חוזה, אך בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידעה את המצב לאמיתו. במקרה זה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטחת.</p>	
<p>4.5. סעיפים 4.2 ו-4.4 לא יחולו במקרים הבאים, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מירמה: 4.5.1. המבטחת ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהיא גרמה לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה. 4.5.2. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרה הביטוח, על חבות המבטחת או על היקף החבות.</p>	<p>4.6. תאריך לידתו של המבוטח הוא עניין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בפרק זה.</p>
5. התחייבויות המבטחת	
<p>5.1. בקרות מקרה ביטוח ראשון בתקופת הביטוח, לאחר תום תקופת האכשרה הרלוונטית, יהיה המבוטח זכאי לקבל את סכום הביטוח למקרה ביטוח ראשון, אם התקיימו לגבי כל התנאים במצטבר: 5.1.1. קיימת אבחנה חד משמעית של רופא, שאושרה על ידי המבטחת, לגבי גילוי מקרה הביטוח, ואבחנה זו נתמכת בהוכחות מעבדתיות או אחרות כנדרש בהגדרת המחלה הקשה ו/או האירוע הרפואי בסעיף 6 להלן. 5.1.2. המבוטח לא נפטר במשך 30 יום לאחר קרות מקרה הביטוח הראשון.</p>	<p>5.2. שולמו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח ראשון שהיה כלול בקבוצה הראשונה, כמפורט בסעיף 6.1 להלן, יפוג תוקף הפוליסה והיא תבוטל.</p>
<p>5.3. המבוטח זכאי לקבל תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שני, בתנאי שמקרה הביטוח הראשון לא היה כלול בקבוצה הראשונה המנויה בסעיף 6.1 להלן.</p>	<p>5.4. בקרות מקרה ביטוח שני בתקופת הביטוח, לאחר תקופת האכשרה הרלוונטית, יהיה המבוטח זכאי לקבל את סכום הביטוח למקרה ביטוח שני אם התקיימו לגבי כל התנאים במצטבר:</p>
<p>5.4.1. מקרה הביטוח השני בגינו תובע המבוטח אינו כלול באותה הקבוצה בגינה שולמו לו תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון. 5.4.1.1. התנאי בסעיף קטן 5.4.1 לא יחול, אם מקרה הביטוח הראשון כלול בקבוצה הרביעית, ומקרה הביטוח השני בגינו תובע המבוטח אף הוא כלול בקבוצה זו, והמבוטח הוכיח שאין קשר סיבתי בין מקרה הביטוח הראשון למקרה הביטוח השני. 5.4.2. קיימת אבחנה חד משמעית של רופא, שאושרה על ידי המבטחת, לגבי גילוי מקרה הביטוח, ואבחנה זו נתמכת בהוכחות מעבדתיות או אחרות כנדרש בהגדרת המחלה הקשה ו/או האירוע הרפואי בסעיף 6 להלן. 5.4.3. המבוטח לא נפטר במשך 30 יום לאחר קרות מקרה הביטוח השני. 5.4.4. אירע מקרה הביטוח השני בתוך תקופת האכשרה הרלוונטית, תחזיר המבטחת לבעל הפוליסה את כל דמי הביטוח ששולמו על ידו ממועד קרות מקרה הביטוח הראשון, בתוספת הצמדה למדד בהתאם לסעיף תנאי הצמדה, והפוליסה תבוטל ותהיה חסרת תוקף.</p>	<p>5.5. שולמו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שני, יפוג תוקף הפוליסה והיא תבוטל.</p>
<p>5.6. על אף האמור בסעיפים 5.1.2 ו-5.4.2: 5.6.1. אם נפטר המבוטח במהלך 30 יום לאחר קרות מקרה הביטוח הראשון או השני עקב מקרה הביטוח, ישולמו תגמולי ביטוח בשיעור 25% מסכום הביטוח למקרה ביטוח ראשון או שני, לפי העניין, ולא יותר מ- 30,000 ש"ח בתוספת הצמדה למדד בהתאם לסעיף תנאי הצמדה; בנוסף, יפוג תוקף הפוליסה והיא תבוטל. 5.6.2. אם נפטר המבוטח במהלך 30 יום לאחר קרות מקרה הביטוח הראשון או השני מכל סיבה אחרת, למעט התאבדות, ישולמו תגמולי ביטוח בשיעור 75% מסכום הביטוח למקרה ביטוח ראשון או שני, לפי העניין, ולא יותר מ- 90,000 ש"ח בתוספת הצמדה למדד בהתאם לסעיף תנאי הצמדה; בנוסף, יפוג תוקף הפוליסה והיא תבוטל.</p>	<p>5.7. שרשרת אירועים, שהם תוצאה של מקרה ביטוח אחד, תיחשב כמקרה ביטוח אחד ותשולם אך ורק פעם אחת.</p>
6. קבוצות המחלות הקשות ו/או האירועים הרפואיים המבוטחים בפוליסה:	
<p>6.1. קבוצה ראשונה בכפוף להוראות הפוליסה, הגדרותיה וסייגיה, ייחשבו המקרים הבאים כמקרי ביטוח הכלולים בקבוצה הראשונה, ובלבד שהתגלו או אירעו, בהתאם לנדרש בתנאי הפוליסה, בתקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה הרלוונטית: 6.1.1. אי ספיקת כבד פולמינינטית (Fulminant Hepatic Failure) – אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושך של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים: 6.1.1.1. הקטנה חדה בנפח הכבד; 6.1.1.2. גמק ממושך בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה; 6.1.1.3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד – PT או רמות פקטורים 5 ו-7; 6.1.1.4. צהבת, מעמיקה; 6.1.1.5. אנופלופטיה כבדית; 6.1.1.6. דימום בלתי נשלט; 6.1.1.7. אי ספיקת כליות על רקע מחלת הכבד ותסמונת הפאטו-רנאלית.</p>	<p>6.1.2. מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) (Terminal Liver Disease) מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים: 6.1.2.1. צהבת; 6.1.2.2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות; 6.1.2.3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית; 6.1.2.4. אנופלופטיה כבדית; 6.1.2.5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספליניזם.</p>
<p>6.1.3. השתלת איברים (Organ Transplantation) לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד – קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר המופיע ברשימה לעיל, או ביצוע ההשתלה בפועל של איבר כאמור, בין אם מגוף של תורם אחר, או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר.</p>	

<p>6.1.4 תרדמת (COMA) – מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ- 96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.</p>	
<p>6.1.5 עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis) – מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף, והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.</p>	
<p>6.1.6 מחלת ריאות כרונית (Chronic Lung Disease) – מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים: 6.1.6.1 נפח FEV1 של פחות מ – 1 ליטר או מתחת ל – 30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל – 50% או פחות מ – 35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך. 6.1.6.2 הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל – 55 מ"מ כ"עליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ כ"ע.</p>	
<p>6.1.7 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) – נוכחות של נגיף HIV בגופו של המבוטח, שנגרמה באופן בלעדי על ידי עירוי דם אשר ניתן לאחר תחילת הביטוח.</p>	
<p>6.1.8 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) באיש צוות רפואי – נוכחות של נגיף HIV בגופו של מבוטח, שהינו איש צוות רפואי, שנגרמה באופן בלעדי כתוצאה ממגע עם חולה נגוע בנגיף HIV או עם דם של חולה נגוע בנגיף HIV או עם מכשיר רפואי נגוע בנגיף HIV, במסגרת עבודתו של המבוטח במוסד רפואי מוכר בישראל (להלן: "אירוע ההידבקות"). במקרה של חשד להידבקות בנגיף HIV, יש לבצע בדיקת נוגדני HIV בתוך 5 ימים ממועד אירוע ההידבקות לכאורה, ולהודיע למבטחת תוך 21 יום ממועד אירוע ההידבקות לכאורה. תגמולי הביטוח יינתנו בתנאי שתוצאת הבדיקה האמורה שלילית, ובתנאי ש- 6 חודשים אחריה תבוצע בדיקת נוגדני HIV נוספת שתוצאתה חיובית. בסעיף זה: צוות רפואי – רופאים, אחיות, צוות סיעודי ופרא רפואי.</p>	
<p>6.2 קבוצה שנייה</p>	
<p>בכפוף להוראות הפוליטה, הגדרותיה וסייגיה, ייחשבו המקרים הבאים כמקרי ביטוח הכלולים בקבוצה השנייה, ובלבד שהתגלו או אירעו, בהתאם לנדרש בתנאי הפוליטה, בתקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה הרלוונטית: 6.2.1 אוטם בשריר הלב (Acute Myocardial Infarction) – מוות קליני של חלק משריר הלב, הנגרם מהפרעה באספקת הדם לשריר. אימות האבחנה נעשה ע"י האמור בסעיף 6.2.1.1, ובנוסף האמור באחד מהסעיפים 6.2.1.2 או 6.2.1.3: 6.2.1.1 עליה ו/או ירידה בסימנים המראים על נמק בשריר הלב (טרופונין I או טרופונין T או CK-MB). השינוי הנדרש הוא לפחות רמה אחת מעל האחזון ה-99 של הערך העליון של הנורמה במוסד הרפואי בו נערכה המדידה. 6.2.1.2 כבאים חזקים בחזה ותמונה קלינית אופיינית להתקף לב. 6.2.1.3 שינויים חדשים בא.ק.ג. עם פיתוח של אחד מהבאים: עלייה \ צניחה במקטע ה-ST, היפוך של גלי T, גלי Q פתולוגיים, חסם בצרור ההולכה השמאלית. למען הסר ספק, מובהר כי התסמונת של אנגינה לא יציבה, וכן תסמונות חריפות אחרות של העורקים הכליליים – אינן מכוסות.</p>	
<p>6.2.2 ניתוח מעקפי לב (CABG) – ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי. למען הסר ספק, מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.</p>	
<p>6.2.3 ניתוח החלפה או תיקון מסתמי לב (Surgery for Valve Replacement or Repair) – ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.</p>	
<p>6.2.4 ניתוח אבי העורקים (Aorta) – ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן.</p>	
<p>6.2.5 שבץ מוחי (CVA) – כל אירוע מוחי (צרבוסקולרי), המתבטא בהפרעות נירולוגיות או חוסר נירולוגי, הנמשכים למעלה מ 24 שעות, והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נירולוג מומחה. כל זאת, להוציא אי ספיקה ורטברו-בזילרית ו TIA.</p>	
<p>6.2.6 קרדיومیופטיה (Cardiomyopathy) – מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.</p>	
<p>בכפוף להוראות הפוליטה, הגדרותיה וסייגיה, ייחשבו המקרים הבאים כמקרי ביטוח הכלולים בקבוצה השלישית, ובלבד שהתגלו או אירעו, בהתאם לנדרש בתנאי הפוליטה, בתקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה הרלוונטית:</p>	<p>6.3 קבוצה שלישית</p>
<p>6.3.1 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: 6.3.1.1 גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם, CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים. 6.3.1.2 מלנומה ממאירה דרגה A1 (1 מ"מ) לפי סיווג ה-AJCC לשנת 2002. 6.3.1.3 מחלות עור מסוג: Basal Cell Carcinoma ו-Hyperkeratosis; 6.3.1.3.1 מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים. 6.3.1.4 מחלות סרטניות בנוכחות מחלת ה-AIDS. 6.3.1.5 סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל T2 No Mo- TNM Classification (כולל) או לפי Gleason עד ל-6 (כולל). 6.3.1.6 לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L).</p>	
<p>6.3.2 גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor) – תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה</p>	

<p>ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על-ידי בדיקת MRI או CT. הכיסוי אינו כולל ציסטות גרנולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים, המטומות וגידולי יתרת המוח וקרומי המוח.</p>	
<p>6.3.3 השתלת מוח עצמות (Bone Marrow Transplantation) – קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת מוח עצמות מגופו של תורם אחר, או ביצוע ההשתלה כאמור בפועל.</p>	
<p>6.3.4 אנמיה אפלסטית (Aplastic Anemia) – כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נייטרופניה וטרומבוציטופניה, המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים: 6.3.4.1 עירוי מוצרי דם; 6.3.4.2 מתן חומרים/ תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם; 6.3.4.3 מתן חומרים/ תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים); 6.3.4.4 השתלת מוח עצם.</p>	
<p>6.4 קבוצה רביעית</p>	
<p>בכפוף להוראות הפוליסה, הגדרותיה וסייגיה, ייחשבו המקרים הבאים כמקרה ביטוח הכלול בקבוצה הרביעית, ובלבד שהתגלו או אירעו, בהתאם לנדרש בתנאי הפוליסה, בתקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה הרלוונטית:</p>	
<p>6.4.1 שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis) – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).</p>	
<p>6.4.2 פוליו (שיתוק ילדים) (Poliomyelitis) – שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.</p>	
<p>6.4.3 עיוורון (Blindness) – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.</p>	
<p>6.4.4 כוויות קשות (Severe Burns) – כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.</p>	
<p>6.4.5 אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech) – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור, אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.</p>	
<p>6.4.6 חירשות (Deafness) – אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.</p>	
<p>6.4.7 תשישות נפש (Dementia) – פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי, כגון אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.</p>	
<p>6.4.8 דיסטרופיה שרירית (Muscular Dystrophy) – חולשת שרירים קבועה או מתקדמת, על רקע מחלת השריר, המאובחנת ע"י נירולוג מומחה על סמך בדיקת EMG טיפוסית וביופסיה של השריר.</p>	
<p>6.4.9 פרקינסון (Parkinson's Disease) – האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש פעולות ה-ADL הבאות, או לחילופין שתיים מתוך שש פעולות ה-ADL הבאות ובלבד שאחת מהן הינה אי-שליטה על סוגרים: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים וניידות, כהגדרתן בחוזר הפיקוח על הביטוח שמספרו 2003/9. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.</p>	
<p>6.4.10 צפדת (טטנוס) (Tetanus) – מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.</p>	
<p>6.4.11 אי ספיקת כליות כרונית (Chronic Renal Failure) – חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייבת חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.</p>	
<p>6.4.12 טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis) – דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נירולוגי, הנמשך לפחות שישה חודשים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נירולוג מומחה.</p>	
<p>6.4.13 גיוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) – עדות לפגיעה משולבת בגיוון 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.</p>	
<p>6.4.14 פגיעה מוחית (Brain Damage) – פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר אירעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית, שאינה ניתנת לריפוי, ואשר אושרה על ידי רופא נירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).</p>	
<p>6.4.15 דלקת מוח (Encephalitis) – דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נירולוג מומחה, יותירו נזק נירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש פעולות ה-ADL הבאות, או לחילופין שתיים מתוך שש פעולות ה-ADL הבאות ובלבד שאחת מהן הינה אי-שליטה על סוגרים: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים וניידות, כהגדרתן בחוזר הפיקוח על הביטוח שמספרו 2003/9. הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.</p>	
<p>6.4.16 יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension) – עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה, הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימיות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ כ"א או לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 מ"מ כ"א, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.</p>	
<p>6.4.17 דלקת חיידיקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis) – לקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה</p>	

	<p>דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת נירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך, ואשר בעקבותיהן המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש פעולות ה-ADL הבאות, או לחילופין שתיים מתוך שש פעולות ה-ADL הבאות ובלבד שאחת מהן הינה אי-שליטה על סוגרים: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים וניידות, כהגדרתן בחוזר הפיקוח על הביטוח שמשפירו 2003/9.</p> <p>מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.</p> <p>הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.</p>
	<p>6.4.18 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.</p>
7. חריגים	
	<p>המבטחת לא תהיה אחראית לתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה אם מקרה הביטוח נובע במישרין או בעקיפין מ:</p>
7.1	<p>מקרה ביטוח שאירע לפני תחילת תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה הרלוונטית או לאחר תום תקופת הביטוח.</p>
7.2	<p>מחלת האיידס (A.I.D.S.), תסמונת הכשל החיסוני הנרכש על כל צורותיה, או כל תסמונת דומה הנגרמת על-ידי מיקרואורגניזמים מסוג זה, לרבות מוטציות ווריאציות, למעט במקרים המתוארים בסעיפים 6.1.7 ו-6.1.8 לעיל.</p>
7.3	<p>שימוש בסמים, למעט שימוש על-פי הוראת רופא.</p>
7.4	<p>אלכוהוליזם או שכרות של המבוטח.</p>
7.5	<p>ניסיון להתאבדות או פציעה עצמית מכוונת, בין אם המבוטח שפוי בדעתו ובין אם לאו.</p>
7.6	<p>שירות המבוטח באחת מזרועות הביטחון אם המבוטח זכאי לפיצוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי גם אם המבוטח ויתר על זכות זו.</p>
7.7	<p>פגיעה כתוצאה ממלחמה, פעולת איבה, חבלה או טרור מכל סוג שהוא, אם המבוטח זכאי לפיצוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי וגם אם ויתר על זכות זו.</p>
7.8	<p>פגיעה בנשק בלתי קונבנציונלי (כגון: אטומי, ביולוגי, כימי) או מטילים בליסטיים קונבנציונליים.</p>
7.9	<p>השתתפות המבוטח בביצוע פשע או כל מעשה פלילי.</p>
7.10	<p>גלישה אווירית, רחיפה, צניחה, צלילה, סקי מים או שלג, טיפוס הרים, בנג'י.</p>
7.11	<p>השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, מהפיכה, מרד, פרעות, מהומות, מעשה חבלה.</p>
7.12	<p>טיסת המבוטח בכלי טייס כלשהו, למעט טיסה בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות להובלת נוסעים.</p>
7.13	<p>מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרפואי הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופת הביטוח, בכפוף להוראות הבאות:</p>
7.13.1	<p>היה גיל המבוטח פחות מ-65 שנה עם הצטרפותו לביטוח, תהיה המבטחת פטורה מחבותה, או שהיקף חבותה יופחת, כאמור, לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתאריך תחילת הביטוח.</p>
7.13.2	<p>היה גיל המבוטח מעל ל-65 שנה עם הצטרפותו לביטוח, תהיה המבטחת פטורה מחבותה, או שהיקף חבותה יופחת, כאמור, לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתאריך תחילת הביטוח.</p>
7.13.3	<p>נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח על מצב בריאותו ונתן פרטים מלאים על מצב רפואי קודם, תהיה המבטחת רשאית לסייג את היקף חבותה וסייג זה יפורט בדף פרטי הביטוח, ויהיה תקף לתקופה שפורטה בו לצד אותו מצב רפואי קודם.</p>
7.13.4	<p>הודיע המבוטח על מצב רפואי קודם, והמבטחת לא סייגה במפורש את המצב הרפואי הקודם בדף פרטי הביטוח, יהיה הביטוח ללא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לגבי אותו מצב רפואי.</p>
7.13.5	<p>אין באמור לעיל כדי לפטור את המבוטח מחובת גילוי לפי חוק חוזה הביטוח לגבי מצב רפואי קודם.</p>
8. דמי הביטוח ותשלומם	
8.1	<p>דמי הביטוח ישולמו בזמני הפירעון הקבועים בדף פרטי הביטוח.</p>
8.2	<p>דמי הביטוח הראשוניים ייקבעו על פי סכום הביטוח, הגיל, המין, המקצוע, העיסוק והרגלי העישון של המבוטח ביום תחילת תקופת הביטוח, וכן על פי מצבו הרפואי במועד זה, ויפורטו בדף פרטי הביטוח.</p>
8.3	<p>דמי הביטוח המשולמים בגין ביטוח זה ישתנו כרשום בדף פרטי הביטוח בתוספת הצמדה למדד, בהתאם לסעיף תנאי הצמדה, וכן עשויים להשתנות בהתאם לאמור בסעיף שינוי מקצוע ועיסוק.</p>
8.4	<p>שולמו תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח ראשון, והמבוטח יהיה זכאי על פי תנאי הפוליסה להמשיך אותה, יופחתו דמי הביטוח בגין התקופה שמיום קרות מקרה הביטוח הראשון ואילך בשיעור של 25% מדמי הביטוח הנקובים בדף פרטי הביטוח. כל התנאים הנוגעים לדמי ביטוח על פי סעיפי פוליסה זו, על כל סעיפי המשנה שבה, יחולו גם על דמי הביטוח המופחתים.</p>
8.5	<p>את דמי הביטוח יש לשלם במשרדי המבטחת, כמצוין בפוליסה. ניתן לשלם את דמי הביטוח גם על ידי הוראת קבע לבנק לתשלום דמי ביטוח ישירות לחשבון המבטחת (שירות שיקים), או בכרטיס אשראי אשר יימסר על ידי בעל הפוליסה למבטחת בתחילת תקופת הביטוח. כמו כן, ניתן לשלם דמי ביטוח באמצעות סוכן הביטוח הרשום בדף פרטי הביטוח, אך זאת אך ורק בהמחאות לפקודת המבטחת. אם שולמו דמי הביטוח בהוראת קבע בנקאית או באמצעות כרטיס אשראי, כאמור, רק זיכוי חשבון המבטחת בבנק או בחברת כרטיסי האשראי יהווה את תשלום דמי הביטוח.</p>
8.6	<p>הסכמת המבטחת לקבל דמי ביטוח, שלא באחת הדרכים המפורטות בס"ק 8.5 דלעיל, או לאחר זמן פירעונם, במקרה מסוים, לא תתפרש כהסכמה לנהוג כן, גם במקרים אחרים כלשהם.</p>
8.7	<p>בעל הפוליסה חייב לשלם למבטחת את דמי הביטוח ואת המסים הממשלתיים והאחרים החלים על פוליסה זו או המוטלים על דמי הביטוח, ועל כל התשלומים האחרים שהמבטחת מחויבת לשלם על פי הפוליסה בין אם מסים אלה קיימים ביום עריכת הפוליסה ובין אם יוטלו במועד שלאחר מכן.</p>
8.8	<p>לא שולמו דמי הביטוח במועד, ולא שולמו גם תוך 15 יום לאחר שהמבטחת דרשה לשלם, רשאית המבטחת להודיע לבעל הפוליסה בכתב כי הפוליסה תבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן, ובכפוף להוראות ההסדר התחיקתי והחוק.</p>
8.9	<p>פרמיה שלא שולמה במועדה תישא ריבית פיגורים בשיעור שלא יפחת משיעור ריבית הפיגורים הנהוג באותו מועד אצל המבטחת ובכפוף להוראות ההסדר התחיקתי.</p>

9. שינוי דמי הביטוח ותנאים	
9.1	באישור מראש של המפקח על הביטוח, אך לא לפני 1.6.2013, תהיה המבטחת זכאית לשנות את דמי הביטוח והתנאים לכלל המבוטחים בביטוח זה. אם ייערך שינוי כנ"ל, יחושבו דמי הביטוח החדשים לפי התעריף החדש, שיחול על כלל המבוטחים ללא התחשבות בשינוי שחל במצב בריאותם מיום קבלתם לביטוח.
9.2	נעשה שינוי כאמור לעיל ואושר על ידי המפקח על הביטוח, הוא ייכנס לתוקף 30 יום לאחר שתודיע על כך המבטחת לבעל הפוליסה בכתב.
10. תנאי הצמדה	
10.1	כל התשלומים למבטחת ועל ידי המבטחת על פי פוליסה זו יהיו צמודים למדד, כמפורט להלן.
10.2	דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית המדד הקובע ביום התשלום בפועל לעומת המדד היסודי. יום ביצוע התשלום בפועל יהיה המאוחר מבין אלה: המועד הנקוב בהמחאה או המועד בו הגיעה ההמחאה למשרדי המבטחת. במקרה של תשלום על פי העברה בנקאית או בכרטיס אשראי לזכות חשבון המבטחת, ייחשב יום זיכוי חשבון המבטחת בבנק או בחברת כרטיסי האשראי כיום ביצוע התשלום בפועל.
10.3	כל תשלומי המבטחת יוצמדו לשיעור עליית המדד הקובע לעומת המדד היסודי.
11. תביעות	
11.1	בעל הפוליסה או המבוטח חייבים להודיע בכתב למבטחת על קרות מקרה הביטוח מיד לאחר שנודע להם עליו. כתנאי מקדמי לאישור התביעה תהיה למבטחת הזכות, וצריכה להינתן לה האפשרות, להעמיד את המבוטח על חשבונו לבדיקת רופא או רופאים שיתמנו על ידה, בכל עת וכל אימת שתראה בכך צורך סביר המתקבל על הדעת.
11.2	בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייבים למסור למבטחת תוך זמן סביר לאחר שנדרשו לעשות כן את המידע והמסמכים הנוספים הדרושים למבטחת לשם בירור חבותה, ואם אינם ברשותם עליהם לעזור למבטחת, כל שיוכלו, להשיגם.
11.3	כתנאי מקדמי לאישור התביעה ימסור המבוטח למבטחת כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ או בחו"ל להעביר למבטחת כל מידע רפואי הנמצא ברשותו הנוגע למבוטח.
11.4	עד שתאשר המבטחת סופית את התביעה, יש לשלם במועדן את כל הפרמיות אשר פירעונו מגיע על-פי הפוליסה, אחרת תחולנה הוראות החוק המתייחסות לאי-תשלום הפרמיות.
11.5	לאחר שהמבטחת אישרה סופית תביעה בגין מקרה ביטוח ראשון הכלול בקבוצה השנייה, השלישית או הרביעית כמפורט בסעיפים 6.2-6.4, תחזיר המבטחת למבוטח את ההפרש בין דמי הביטוח ששולמו בפועל לבין דמי הביטוח המופחתים, שהמבוטח חייב בהם, בגין התקופה שמיום הגשת התביעה עד למועד הפחתת דמי הביטוח, כמפורט בסעיף 8.4 לעיל, בתוספת הפרשי הצמדה כאמור בסעיף תנאי הצמדה.
11.6	לאחר שאישרה המבטחת סופית תביעה בגין מקרה ביטוח שלאחריו מתבטלת הפוליסה, דהיינו מקרה ביטוח ראשון הכלול בקבוצה הראשונה כמפורט בסעיף 6.1, או מקרה ביטוח שני, תחזיר המבטחת למבוטח את דמי הביטוח ששולמו לה בגין התקופה שמיום הגשת התביעה האמורה עד למועד אישורה הסופי, בתוספת הפרשי הצמדה כאמור בסעיף תנאי הצמדה.
11.7	ביקש המבוטח כי סכום הביטוח על פי פוליסה זו ישולם למוטב, כפי שנקבע על ידו, בקרות מקרה הביטוח, תשלם המבטחת למוטב את תגומלי הביטוח ללא צורך באישור מיוחד או נוסף של המבוטח. דין תשלום למוטב כדין תשלום למבוטח, לכל דבר ועניין.
11.8	נפטר המבוטח ולא קבע מוטב כאמור בסעיף 11.5 לעיל, תשלם המבטחת את יתרת תגומלי הביטוח אשר לא שולמו לפני מועד הפטירה ליורשיו החוקיים של המבוטח.
11.9	למבטחת זכות שיעבוד ראשון על כל הזכויות הנובעות מהפוליסה והיא תנכה ו/או תקזז מכל תשלום שעליה לשלם על פי הפוליסה כל חוב המגיע לה.
12. שינוי מקצוע ועיסוק, הרגלי עישון	
12.1	המקצוע והעיסוק וכן הרגלי העישון של המבוטח, כמפורט בהצעה, משמשים יסוד לביטוח זה.
12.2	במקרה של שינוי המקצוע או העיסוק, או אם יעסוק המבוטח בעיסוק מסוכן יותר משהיה בעת עריכת ביטוח זה – חייבים בעל הפוליסה או המבוטח להודיע בכתב על השינוי בעיסוק הנוסף כאמור, בתוך 21 יום ממועד השינוי. המבטחת תהיה רשאית בהתאם למידע הנ"ל לקבוע דמי ביטוח ותנאי חיתום חדשים.
12.3	לא נמסרה הודעה כאמור או לא שולמו דמי הביטוח המתאימים כפי שנקבעו ע"י המבטחת, תקטן חבות המבטחת באופן יחסי או תבטל לחלוטין בכפוף להוראות החוק.
12.4	אם שינה המבוטח את מקצועו או עיסוקו למסוכן פחות משהיה בעת עריכת ביטוח זה, הוא יהיה זכאי להחזר דמי ביטוח ממועד השינוי או ההודעה, המאוחר מביניהם, בתנאי שדמי הביטוח קודם לכן כללו תוספת עקב העובדה שהמבוטח עסק במקצוע או בעיסוק שיש בהם סיכון גבוה מהרגיל.
13. ביטול הפוליסה	
13.1	בעל הפוליסה ו/או המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הביטוח בהודעה בכתב למבטחת. הביטול ייכנס לתוקפו לאחר 15 יום מיום קבלת ההודעה על ידי המבטחת. ביטול הפוליסה, כאמור, פירושו ביטולה לגבי כל המבוטחים הרשומים בדף פרטי הביטוח.
13.2	בוטלה הפוליסה כאמור בסעיף 13.1 לעיל, יהיה בן/ בת הזוג רשאי/ת להמשיך את הביטוח בתנאי שהודיע/ה על כך למבטחת לא יאוחר מ- 90 ימים מיום הודעת המבטחת על ביטול הביטוח, ובכפוף לכך ששילם/ה את דמי הביטוח החסרים בגין התקופה.
13.3	לא שולמו דמי הביטוח במועד, רשאית המבטחת לבטל את הביטוח בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.
13.4	העלים המבוטח מהמבטחת עובדה מהותית, רשאית המבטחת לבטל את הפוליסה או לשלם תגומלי ביטוח מופחתים, בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח.
13.5	עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מהמבטחת את בירור חבותה או להכביד עליה, לא תהא המבטחת חייבת בתשלום תגומלי ביטוח, אלא במידה שהייתה חייבת בהם אילו לא נעשה אותו הדבר.
13.6	בכפוף לאמור לעיל, ביטוח זה יבוטל בתאריך המוקדם מבין אלה: 13.6.1. עם תשלום סכום הביטוח או סכומי הביטוח, בכפוף לתנאי פוליסה זו. 13.6.2. בתום תקופת הביטוח הנקובה בדף פרטי הביטוח.

14. השבת דמי ביטוח	
פטורה המבטחת מחבותה בשל מצב רפואי קודם, כאמור בסעיף 7.13 לעיל, ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטחת סבירה לא הייתה מתקשרת באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידעה במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, תחזיר המבטחת למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח עבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח. על דמי הביטוח יתווספו הפרשי הצמדה.	
15. התיישנות	
תקופת ההתיישנות של תביעה על פי הפוליסה היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.	
16. הודעות הצדדים	
16.1.	הודעת המבטחת למבוטח ו/או לבעל הפוליסה תינתן לפי מענם האחרון הידוע למבטחת.
16.2.	על בעל הפוליסה להודיע למבטחת על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום. הודעה שתשלח על ידי המבטחת לכתובת האחרונה של בעל הפוליסה הידועה לה, תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.
16.3.	הודעת בעל הפוליסה ו/או המבוטח למבטחת תינתן למשרדה, כפי שצוין על-ידיה במסמכי הביטוח, או לכל כתובת אחרת אליה ביקשה המבטחת לשגר את הודעות בעל הפוליסה ו/או המבוטח.
16.4.	כל שינוי בפוליסה או בתנאיה, ייכנס לתוקפו רק אם המבטחת הסכימה לכך בכתב ועדכנה בהתאם את הפוליסה או נספחיה.
17. ברירת דין	
17.1.	פרשנות הפוליסה וכל חילוקי דעות או תביעות על פיה או בקשר אליה, יתבררו אך ורק על פי דיני ישראל ובבתי משפט בישראל ו/או ברשויות המוסמכות בישראל בלבד.
17.2.	למען הסר ספק, מובהר בזאת, כי אכיפת פסק דין זר לא תחשב כפרשנות הפוליסה לפי דיני ישראל ולא כפסק דין שניתן בבית משפט ישראלי.

קן אור TOP
פוליסה לביטוח מחלות קשות ואירועים רפואיים

הכיסויים בפוליסה
המבוטח זכאי לפיצוי במקרה של גילוי מחלה קשה או קיום אירוע רפואי (מקרה ביטוח ראשון), המופיעים בפוליסה.
המבוטח יהיה זכאי לפיצוי נוסף במקרה של גילוי מחלה קשה אחרת או קיום אירוע רפואי אחר (מקרה ביטוח שני), הכל בכפוף לתנאי הפוליסה.
לענין השתלת איברים והשתלת מוח עצמות: בטרם מתן פיצוי בעד ביצוע השתלת איברים ו/או ביצוע השתלת מוח עצמות, תבחן מנורה מבטחים אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: - נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה. - מתקיימות הוראות החוק הנ"ל לעניין איסור סחר באיברים.
על אף האמור, הבחינה האמורה לא תתקיים, אם הפיצוי הינו בעד ביצוע השתלת איברים ו/או ביצוע השתלת מוח עצמות, ששולם למבוטח בעקבות המצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלה, ובטרם בוצעה ההשתלה.
משך תקופת הביטוח
במועד תום תקופת הביטוח הנקובה בדף פרטי הביטוח, או במועד תום הביטוח היסודי אליו צורפה פוליסה זו, או עם תשלום סכום הביטוח בגין מקרה ביטוח ראשון או סכום הביטוח בגין מקרה ביטוח שני, או במועד פטירת המבוטח - המוקדם מביניהם.
תנאים לחידוש אוטומטי
ילדו של המבוטח מבוטח בפוליסה זו כל עוד משולמים בגינו דמי הביטוח על ידי בעל הפוליסה. בהגיע ילדו של המבוטח לגיל 20 תשלח לו המבטחת הודעה, לפיה בדמי הביטוח בהם הוא חייב מגולמת הנחה כי הוא מעשן, ועל מנת לשלם תעריף של לא מעשן יהיה עליו לחתום על הצהרת אי עישון ולהחזירה למבטחת.
תקופת אכשרה
לגבי מקרה ביטוח ראשון - 90 יום.
לגבי מקרה ביטוח שני - 180 יום.
מקרה ביטוח שאירע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שאירע לפני תחילת תקופת הביטוח, למעט מקרה ביטוח עקב תאונה.
תקופת המתנה
קיימת, למחלות/ האירועים הרפואיים הבאים: תרדמת (COMA) - 96 שעות, תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) באיש צוות רפואי - 6 חודשים, שבץ מוחי (CVA) - 8 שבועות, אילמות אובדן דיבור (Loss of Speech) - 6 חודשים, תשישות נפש (Dementia) - 3 חודשים, פרקינסון (Parkinson's Disease) - 3 חודשים, טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis) - 6 חודשים, גיוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) - 3 חודשים, דלקת מוח (Encephalitis) - 3 חודשים, דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis) - 3 חודשים
השתתפות עצמית
אין.
שינוי תנאי הפוליסה והפרמיה במהלך תקופת ביטוח
באישור מראש של המפקח על הביטוח, אך לא לפני 1.6.2013, תהיה "מנורה מבטחים" זכאית לשנות את דמי הביטוח והתנאים לכלל המבוטחים בביטוח זה. אם ייערך שינוי כנ"ל, יחושבו דמי הביטוח החדשים לפי התעריף החדש, שיחול על כלל המבוטחים ללא התחשבות בשינוי שחל במצב בריאותם מיום קבלתם לביטוח.
נעשה שינוי כאמור לעיל ואושר על ידי המפקח על הביטוח, הוא ייכנס לתוקף 30 יום לאחר ש"מנורה מבטחים" תודיע על כך לבעל הפוליסה בכתב.
חשוב לציין, כי עד עתה, לא נערכו שינויים בכיסויים ובתעריפים ולא הוגשו בקשות לשינויים למשרדי המפקח על הביטוח.
גובה הפרמיה החודשית בש"ח
כמפורט בדף פרטי הביטוח.
מבנה הפרמיה
פרמיה משתנה הפרמיה תיקבע אחת לשנה בהתאם לגילו של המבוטח
תנאי ביטול
תנאי ביטול הפוליסה על-ידי המבוטח
בעל הפוליסה ו/או המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הביטוח בהודעה בכתב ל"מנורה מבטחים". הביטול ייכנס לתוקפו לאחר 15 יום מיום קבלת ההודעה על ידי "מנורה מבטחים". ביטול הפוליסה, כאמור, פירושו ביטולה לגבי כל המבוטחים הרשומים בדף פרטי הביטוח. לא תוחזר פרמיה במקרה של ביטול כאמור.
תנאי ביטול הפוליסה על-ידי "מנורה מבטחים"
"מנורה מבטחים" תהיה רשאית להודיע למבוטח על ביטול הביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים
1. המבוטח אינו משלם או לא שולמו בגינו דמי הביטוח במועדם.
2. המבוטח העלים מ"מנורה מבטחים" עובדה מהותית או נתן תשובה שאינה מלאה וכנה לשאלה שנשאלה ע"י "מנורה מבטחים" או מי מטעמה.
3. המבוטח הגיש ל"מנורה מבטחים" תביעה כוזבת או תביעת מרמה לתשלום תגמולי הביטוח.
4. כל עילה אחרת עפ"י חוק, המקנה ל"מנורה מבטחים" זכות לבטל את הביטוח.
בכל אחד מהמקרים שלעיל לביטול יעשה בכפיפות להוראות חוק חוזה הביטוח דין אחר
חריגים
סייג בשל מצב רפואי קודם
1. מצב רפואי קודם: 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.
2. לא יכוסה מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרפואי הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופת ביטוח, בכפוף להוראות הבאות:
2.1. היה גיל המבוטח פחות מ- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח, תהיה המבטחת פטורה מחבותה, או שהיקף חבותה יופחת, כאמור, לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתאריך תחילת הביטוח.
2.2. היה גיל המבוטח מעל ל- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח, תהיה המבטחת פטורה מחבותה, או שהיקף חבותה יופחת, כאמור, לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתאריך תחילת הביטוח.

2.3. נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח על מצב בריאותו ונתן פרטים מלאים על מצב רפואי קודם, תהיה המבטחת רשאית לסייג את היקף חבותה וסייג זה יפורט בדף פרטי הביטוח, ויהיה תקף לתקופה שפורטה בו לצד אותו מצב רפואי קודם.
2.4. הודיע המבוטח על מצב רפואי קודם, והמבטחת לא סייגה במפורש את המצב הרפואי הקודם בדף פרטי הביטוח, יהיה הביטוח ללא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לגבי אותו מצב רפואי.
2.5. אין באמור לעיל כדי לפטור את המבוטח מחובת גילוי לפי חוק חוזה הביטוח לגבי מצב רפואי קודם.
פירוט הכיסויים המוחרגים בגין מצב רפואי קודם: כמצוין בדף פרטי הביטוח.
סייגים לחברת "מנורה-מבטחים" כמפורט בהגדרות המחלות הקשות והאירועים הקשים בע"מ, וכן בסעיף 7 בפוליסה

פירוט הכיסויים

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
קבוצה ראשונה: אי ספיקת כבד פולמינונית, מחלת כבד סופנית (שחמת), השתלת איברים, תרדמת, עמילואידוזיס ראשונית, מחלת ריאות כרונית, תסמונת הכשל החיסוני הנרכש, תסמונת הכשל החיסוני הנרכש באיש צוות רפואי. תשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח ראשון הכלול בקבוצה זו, מביא לביטול הפוליסה. בנוסף, לא ישולמו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שני הכלול בקבוצה זו.	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז
קבוצה שנייה: אוטם בשריר הלב, ניתוח מעקפי לב, ניתוח החלפה או תיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, שבץ מוחי, קרדיומיופטיה. תשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח ראשון הכלול בקבוצה זו, מזכה את המבוטח בהמשך הפוליסה למקרה ביטוח שני עם תגמולי ביטוח בשיעור 75% מסכום הביטוח, ובהפחתה של 25% בדמי הביטוח בהתאמה. מקרה ביטוח שני ישולם בתנאי שאינו כלול באותה קבוצה בגינה שולמו לו תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון.	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז
קבוצה שלישית: סרטן, גידול שפיר של המוח, השתלת מוח עצמות, אנמיה אפלסטית. תשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח ראשון הכלול בקבוצה זו, מזכה את המבוטח בהמשך הפוליסה למקרה ביטוח שני עם תגמולי ביטוח בשיעור 75% מסכום הביטוח, ובהפחתה של 25% בדמי הביטוח בהתאמה. מקרה ביטוח שני ישולם בתנאי שאינו כלול באותה קבוצה בגינה שולמו לו תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון.	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז
קבוצה רביעית: שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה), פוליו, עיוורון, כוויות קשות, אילמות, חירשות, תשישות נפש, דיסטרופיה שרירית, פרקינסון, צפדת, אי ספיקת כליות כרונית, טרשת נפוצה, ניוון שרירים מסוג ALS, פגיעה מוחית, דלקת מוח, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, דלקת חידקית של קרום המוח, איבוד גפיים. תשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח ראשון הכלול בקבוצה זו, מזכה את המבוטח בהמשך הפוליסה למקרה ביטוח שני עם תגמולי ביטוח בשיעור 75% מסכום הביטוח, ובהפחתה של 25% בדמי הביטוח בהתאמה. מקרה ביטוח שני ישולם בתנאי שאינו כלול באותה קבוצה בגינה שולמו לו תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון; או אם מקרי הביטוח הראשון והשני כלולים בקבוצה הרביעית, והמבוטח הוכיח שאין קשר סיבתי ביניהם.	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז
מגבלה לגבי פטירה לאחר מועד גילוי המחלה:					
במקרה פטירת המבוטח במהלך 30 יום לאחר קרות מקרה הביטוח ועקב מקרה הביטוח, ישולמו תגמולי ביטוח בשיעור 25% מסכום הביטוח לאותו מקרה ביטוח ולא יותר מ-30,000 ש"ח.	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז
במקרה פטירת המבוטח במהלך 30 יום לאחר קרות מקרה הביטוח מכל סיבה אחרת, למעט התאבדות, ישולמו תגמולי ביטוח בשיעור 75% מסכום הביטוח לאותו מקרה ביטוח ולא יותר מ-90,000 ש"ח.	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז
סכומי הפיצוי:					
למקרה ביטוח ראשון: כמפורט בדף פרטי הביטוח. למקרה ביטוח שני: 75% מהסכום הנקוב בדף פרטי הביטוח.					

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.
יצוין, כי ההגדרות האמורות תקפות ליום פרסומן.
נספח "גילוי נאות" הוא למידע בלבד, ואינו מהווה חלק מהפוליסה. התנאים הקובעים הינם כמפורט בתנאי הפוליסה ובכל מקרה של סתירה, יגבר האמור בפוליסה.