

פוליסה לביטוח מחלות קשות לעובדי ארגון הסגל האקדמי הבכיר אוניברסיטת תל אביב ובני משפחותיהם

מהדורת 2018



חלק א' - ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה על פי תקנות "גילוי נאות"

תנאים	סעיף	נושא														
פוליסת ביטוח לגילוי מחלות קשות לארגון הסגל הבכיר - אוניברסיטת תל אביב	1. שם הפוליסה	כללי														
ארגון הסגל האקדמי הבכיר - אוניברסיטת תל אביב	2. שם בעל הפוליסה															
31.05.2014 - 31.05.2020 והארכה עד 30.11.2023	3. משך תקופת הביטוח															
אין	4. תנאים לחידוש אוטומטי															
למקרה ביטוח שני, תקופת אכשרה בת 365 ימים מיום קרות מקרה הביטוח הראשון. לא תחול תקופת אכשרה אם מקרה הביטוח הראשון או השני הינם תוצאה של אירוע תאונתי. לא תחול תקופת אכשרה לגבי מקרה ביטוח ראשון על מבטחים קיימים שהיו מבטחים במסגרת הסכם ביטוח קבוצתי קודם בכיסויים חופפים.	6. תקופת אכשרה															
אין	7. תקופת המתנה															
אין	8. השתתפות עצמית															
חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.	9. חידוש/שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח		שינוי תנאים													
פרמיה נקבעת בהתאם לגיל הכניסה וצמודה למדד. הפרמיה משתנה בהתאם לקבוצות הגיל המצוינות בפוליסה. דמי הביטוח ב-ש, הם כלהלן:	10. גובה הפרמיה מתאריך 01.12.2018	פרמיות														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">דמי הביטוח החודשיים ב ש</th> <th style="text-align: center;">גיל כניסה - מבטחים</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">4 ש</td> <td style="text-align: center;">ילד עד גיל 18</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">31.80 ש</td> <td style="text-align: center;">19-30</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">47.60 ש</td> <td style="text-align: center;">31-40</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">100.80 ש</td> <td style="text-align: center;">41-50</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">137.70 ש</td> <td style="text-align: center;">51-60</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">163 ש</td> <td style="text-align: center;">61-68</td> </tr> </tbody> </table>	דמי הביטוח החודשיים ב ש	גיל כניסה - מבטחים	4 ש	ילד עד גיל 18	31.80 ש	19-30	47.60 ש	31-40	100.80 ש	41-50	137.70 ש	51-60	163 ש	61-68		
דמי הביטוח החודשיים ב ש	גיל כניסה - מבטחים															
4 ש	ילד עד גיל 18															
31.80 ש	19-30															
47.60 ש	31-40															
100.80 ש	41-50															
137.70 ש	51-60															
163 ש	61-68															

12.מדד הפרמיה	המדד היסודי - מדד שפורסם ב-15 ליוני 2018 שהינו 12377 נקודות.	
13.מבנה הפרמיה	פרמיה קבועה, כמפורט בטבלה לעיל.	
14.תנאי ביטול פוליסה על ידי בעל הפוליסה	ניתן לבטל בהודעה בכתב למבטח	תנאי ביטול
	החברה רשאית לבטל את הפוליסה עקב אי תשלום פרמיות.	
16.החרגה בשל חובת גילוי	המבטח לא יהא חייב במתן תגמולי ביטוח אם מקרה הביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.	חריגים
	הסייג חל לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח: פחות מ-65 שנה – יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.	
18.סייגים לחבות המבטחת	כמפורט בסעיף הגבלת אחריות החברה וסעיף החריגים.	
19.משך תקופת תגמולי הביטוח.	פיצוי חד פעמי.	
20.סוג תגמולי הביטוח	פיצוי.	
21.סכום הביטוח	עבור מקרה ביטוח ראשון: למבוטח מעל גיל 18 ₪ - 100,000 ₪. לילד עד גיל 18 - 50,000 ₪. עבור מקרה ביטוח שני: סכום הביטוח יהא 50% מסכום תגמולי הביטוח.	
22.שחרור מתשלום פרמיה	אין.	
23.תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח	יש.	
24.קיצוז תגמולים מביטוחים אחרים	אין.	

חלק ב' - תמצית הכיסויים

פירוט הכיסויים הפוליטה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר
ביטוח בריאות			
קבוצה ראשונה - השתלת איברים (פרק א' 1.1)	תגמולי הביטוח על פי פרק זה הינם בסך של 100,000 ₪ למבוטח מעל גיל 18, ולילד עד גיל 18 - 50,000 ₪. סכום הביטוח למקרה ביטוח שני יהא 50% מסכום תגמולי הביטוח.	פיצוי	יש צורך באבחנה חד משמעית של רופא מומחה בתחום הרלוונטי אשר נתמכת בממצאים מעבדתיים או אחרים.
קבוצה שניה - (פרק א' 1.2) 1.2.1. עיוורון 1.2.2. איבוד גפיים 1.2.3. שיתוק 1.2.4. כוונות קשות* 1.2.5. פגיעה מוחית מתאונה* 1.2.6. טרשת נפוצה 1.2.7. שבץ מוחי (CVA)	תגמולי הביטוח על פי פרק זה הינם בסך של 100,000 ₪ למבוטח מעל גיל 18, ולילד עד גיל 18 - 50,000 ₪. סכום הביטוח למקרה ביטוח שני יהא 50% מסכום תגמולי הביטוח.	פיצוי	יש צורך באבחנה חד משמעית של רופא מומחה בתחום הרלוונטי אשר נתמכת בממצאים מעבדתיים או אחרים.
קבוצה שלישית - (פרק א' 1.3) 1.3.1. אוטם חריף בשריר הלב 1.3.2. ניתוח מעקפי לב 1.3.3. צנתור כלילי טיפולי* 1.3.4. קרדיומיופטיה 1.3.5. ניתוח לב פתוח להחלפה או תיקון מסתמי לב 1.3.6. ניתוח אבי העורקים 1.3.7. אי ספיקת כליות סופנית	תגמולי הביטוח על פי פרק זה הינם בסך של 100,000 ₪ למבוטח מעל גיל 18, ולילד עד גיל 18 - 50,000 ₪. סכום הביטוח למקרה ביטוח שני יהא 50% מסכום תגמולי הביטוח. * במקרה של מחלה: צנתור כלילי טיפולי סכום הפיצוי יהיה בשיעור 50% גם במקרה ביטוח ראשון.	פיצוי	יש צורך באבחנה חד משמעית של רופא מומחה בתחום הרלוונטי אשר נתמכת בממצאים מעבדתיים או אחרים.

<p>יש צורך באבחנה חד משמעית של רופא מומחה בתחום הרלוונטי אשר נתמכת בממצאים מעבדתיים או אחרים.</p>	<p>פיצוי</p>	<p>תגמולי הביטוח על פי פרק זה הינם בסך של 100,000 ₪ למבוטח מעל גיל 18, ולילד עד גיל 18 - 50,000 ₪. סכום הביטוח למקרה ביטוח שני יהא 50% מסכום תגמולי הביטוח.</p>	<p>קבוצה רביעית (פרק א' 1.4) – 1.4.1 סרטן (Cancer) 1.4.2 גידול שפיר של המוח*</p>
---	--------------	---	--

המחלות המסומנות ב-* תקפות החל ממקרה ביטוח שיחול מתאריך 01.12.2018

פוליסה קבוצתית לביטוח מחלות קשות - תנאים כלליים

1.	מבוא	אילון חברה לביטוח בע"מ ("להלן: "החברה") מתחייבת בזה, על יסוד ההודעות שנמסרו לחברה בכתב ע"י בעל הפוליסה ו/או המבוטחים ובהתאם לתנאים הכלליים והמיוחדים המפורטים בפוליסה זו על נספחיה, לשלם למבוטח ו/או למוטב את סכום הביטוח שנקבע בפוליסה, במקרה ביטוח של מחלה קשה כמפורט בנספח המצורף לפוליסה זו.
2.	הגדרות	<p>פוליסה זו יתפרשו המונחים הבאים להלן:</p> <p>2.1 "החברה המבטחת" איילון חברה לביטוח בע"מ</p> <p>2.2 "בעל הפוליסה" ארגון הסגל האקדמי הבכיר - אוניברסיטת תל אביב</p> <p>2.3 "בית חולים" מוסד רפואי שהרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל מכירות בו כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי.</p> <p>2.4 "דמי ביטוח" הפרמיה שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח עפ"י תנאי הפוליסה, לרבות כל תוספת האמורה בפוליסה.</p> <p>2.5 "גיל מבוטח" או "גיל ביטוחי" גילו של המבוטח לצורכי פוליסה זו, אשר נקבע כדלהלן:</p> <p>גיל המבוטח בתאריך התחלת הביטוח נקבע בהתאם להפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין תאריך התחלת הביטוח. גיל המבוטח יימנה בשנים שלמות, כאשר חלק משנה הקטן ממחצית השנה יעוגל כלפי מטה וחלק משנה השווה למחצית השנה או גדול ממחצית השנה יעוגל כלפי מעלה. לדוגמה: מבוטח שנולד ביום 15.5.2000 ותאריך התחלת הביטוח שלו הוא ביום 1.1.2010, ייחשב לבן 10 ביום התחלת הביטוח, אף על פי שטרם חגג את יום הולדתו העשירי. גיל המבוטח מתעדכן לאורך חיי הפוליסה בחלוף שנות ביטוח, כהגדרתן להלן, בלבד, באופן שכל שנת ביטוח העוברת מתאריך התחלת הביטוח מוסיפה שנה לגיל המבוטח.</p> <p>2.6 "דף פרטי ביטוח" דף המצורף לפוליסה זו ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל את שם הפוליסה, את תאריך התחלת הביטוח, ופרטים אחרים הנוגעים לביטוח על פי פוליסה זו.</p> <p>2.7 "הסכם השירות" הסכם כפי שיהיה מעת לעת בין המבטח לבין נותן</p>

שרות כלשהו בקשר לביטוח זה.	
כל מקום מחוץ לגבולות ישראל, למעט מדינות אויב.	2.8 "חוי"ל"
חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.	2.9 "חוק הבריאות"
יממה בת 24 שעות שתחילתה הינה במועד ביצוע הניתוח.	2.10 "יום אשפוז"
מדינת ישראל, ובכלל זה השטחים המוחזקים על ידיה, למעט השטחים המוחזקים על ידי הרשות הפלסטינית.	2.11 "ישראל"
המבוטח או מי שנקבע על ידי המבוטח, בהצעה או בהתאם לאמור לסעיף 16 שלהלן.	2.12 "מוטב"
מערכת עובדות ונסיונות המתוארת בכל אחד מפרקי הפוליסה, אשר בהתקיימה מוקנית למבוטח זכאות לתגמולי ביטוח על פי הפרק הרלוונטי בפוליסה.	2.13 "מקרה הביטוח"
חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה לבין המבוטח, ובכלל זה ההצעה, הצהרות על מצב הבריאות, דף פרטי הביטוח וכל נספח או תוספת המצורפים אליהם.	2.14 "פוליסה" או "הסכם הביטוח"
אדם אשר הוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה, למעט רופא שיניים.	2.15 "רופא"
רופא, למעט רופא שיניים, שהשלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל הסמיכו אותו כמומחה בתחום רפואי מסוים ואשר שמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום.	2.16 "רופא מומחה"
תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח או מועד הצטרפותו לביטוח, לפי המאוחר, והמתחדשת כל 12 חודשים.	2.17 "שנת ביטוח"
תקופה רצופה אשר תחילתה בתאריך התחלת הביטוח והנמשכת פרק זמן הרשום בפוליסה. הפוליסה עשויה לכלול תקופות אכשרה שאורכן שונה לכיסויים שונים הנכללים בפוליסה. המבטח לא יהיה אחראי לתשלום על פי תנאי הפוליסה בגין מקרה ביטוח אשר אירע בתקופה זו. למען הסר ספק מובהר כי המבוטח יחויב בתשלום דמי ביטוח בגין תקופת האכשרה. מקרה ביטוח שאירע בתקופת האכשרה דינו כדין מקרה ביטוח שאירע לפני תחילת תקופת הביטוח על פי פוליסה זו.	2.18 "תקופת אכשרה"

3. המבוטח

3.1 "מבוטח קיים"	
חברי בעל הפוליסה, בני זוגם וילדיהם, אשר היו מבוטחים במסגרת הסכם	

הביטוח הקודם ברצף עד מועד תחילת תקופתו של הסכם ביטוח זה, בתנאי שהועברו טפסי הצטרפות בגינם כנדרש על פי דין ועל פי הוראות הסכם זה, וששמם נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן במהלך תקופת הביטוח שעל פי הסכם הביטוח.

"מבוטח חדש"

3.2

חברים של בעל הפוליסה, אשר במועד הצטרפותם להסכם זה גילם אינו עולה על 69 שנה, אשר לא היו מבוטחים במסגרת הסכם הביטוח הקודם, בתנאי שהועברו טפסי הצטרפות בגינם כנדרש על פי דין ועל פי הוראות הסכם זה, וששמם נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן במהלך תקופת הביטוח שעל פי הסכם ביטוח זה בהודעה בכתב של בעל הפוליסה למבטח ובכפוף לאמור בהסכם זה להלן.

בן/בת הזוג של החברה/אשר במועד הצטרפותם להסכם זה טרם מלאו להם 69 שנה ו/או ילדיו של חברה/אשר במועד הצטרפותם להסכם זה טרם מלאו להם 18 שנה או מעל גיל 18 בכפוף לתשלום של ילד בוגר, אשר לא היו מבוטחים במסגרת הסכם הביטוח הקודם, בתנאי שהועברו טפסי הצטרפות בגינם כנדרש על פי דין ועל פי הוראות הסכם זה וששמם נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן במהלך תקופת הביטוח שעל פי הסכם זה בהודעה בכתב של בעל הפוליסה למבטח ובכפוף לאמור בסעיפים בהסכם זה להלן.

4. אופן ההצטרפות לביטוח

4.1 מבוטחים קיימים כהגדרתם בסעיף 3.1 לא יידרשו במילוי הצהרת בריאות וחיתום וזאת בתנאי כי הינם עוברים ברצף מהסכם הביטוח הקודם לביטוח זה במועד תחילתו של הסכם זה. **הצטרפותם לאחר מועד תחילתו של הסכם זה תהא בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום, ובכפוף לאישור המבטח בכתב לקבלתם להסכם זה.**

4.2 הצטרפות מבוטחים כהגדרתם בסעיפים 3.1 ו-3.2 הינה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום, ובכפוף לאישור המבטח בכתב לקבלתם להסכם זה.

4.3 תינוק שנולד יהיה כשיר להיות מבוטח ובלבד שחלפו 15 יום ממועד הולדתו או 15 יום לאחר ששוחרר מבית החולים בו נולד, לפי המאוחר מביניהם. בכל מקרה הורה התינוק יגיש למבטח בקשה לצירוף התינוק לביטוח בצירוף תעודות רפואיות אודות מצבו הרפואי של התינוק והתינוק יצורף להסכם זה רק לאחר מתן אישור בכתב על כך מאת המבטח.

למען הסר ספק, מועמדים לביטוח שיידרשו למלא הצהרות בריאות וחיתום, כאמור בהסכם זה לעיל, לא יחשבו מבוטחים על פי ההסכם הקולקטיבי עד להשלמת הליך החיתום והודעת המבטח בכתב בדבר הסכמתו ותנאיו לקבלת המועמד לביטוח וקבלת תשלום דמי הביטוח לראשונה עבורם.

מבוטח יצורף לביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו. האמור בפסקה זו לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל

- אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:
1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.
 2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד;
לעניין זה "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור לעיל והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.
 - 4.4 חבר שהפך להיות חבר סגל בכיר בתקופת ההסכם, יצורף לביטוח זה ללא צורך בהצהרת בריאות במידה ויצטרף תוך 60 יום מיום צירופו כחבר סגל בכיר.

5. התחלת הביטוח והפסקתו

- תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח זה, על כל נספחיו, לגבי כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי המאוחר מבין התאריכים הבאים:
- (א) היום הראשון (1) בחודש העוקב לחודש בו הצטרף לקבוצת המבוטחים וחתם על טופס הצטרפות כנדרש על פי דין.
 - (ב) היום הראשון (1) בחודש העוקב לחודש בו ניתן אישורו של המבטח בכתב להצטרפותו של המבוטח לביטוח עפ"י ההסכם, לאחר שהמבוטח הגיש בקשה להצטרפות בצירוף מילוי הצהרת בריאות וחיתום (ככל שנדרש), ואחר ביצוע תשלום ראשון של דמי הביטוח.
 - (ג) יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.

6. מועד תום תוקף הביטוח

- תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:
- (א) היום האחרון של החודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים. מובהר כי בעת הפסקת חברותו של המבוטח, מכל סיבה שהיא לרבות פרישה לגמלאות, אצל בעל פוליסה, יסתיים הביטוח על פי הסכם זה, גם עבור בני משפחתו המבוטחים מכוח היותם בני משפחתו כאמור ביום האחרון של החודש.
 - (ב) גירושין - יסתיים הביטוח עבור בן/בת הזוג אשר היה מבוטח על פי הסכם זה ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע. למען הספק ילדיו של המבוטח שהינו חבר בעל הפוליסה יישארו מבוטחים גם במקרה של גירושין כאמור, לפי רצונו של חבר.

- (ג) פטירה (חו"ח) של החבר - יסתיים הביטוח עבור בני משפחתו אשר היו מבוטחים על פי הסכם זה ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע.
- (ד) יום תום תקופת הסכם הביטוח 30/11/2023.
- (ה) מועד ביטול הביטוח עקב אי תשלום דמי הביטוח (הפרמיות) על פי הדין ועל פי ההסכם.
- (ו) היום האחרון בחודש בו ביקש המבוטח בכתב לבטל את הביטוח על פי הסכם זה.
- מובהר בזאת כי ביטול הביטוח על ידי חבר משמעו גם ביטול הביטוח עבור בני משפחתו המבוטחים מכוח היותם בני משפחתו כאמור.
- (ז) בגין כיסוי מחלות קשות שבפרק א' להלן - בהגיע המבוטח לגיל 69 או בעת תשלום מלוא תגמולי הביטוח, לפי המוקדם.
- למען הסר ספק מובהר כי הביטוח לא יפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 6 (ד) לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיו עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.**
- למען הסר ספק יובהר כי אם שולמו למבטח כספים על חשבון דמי הביטוח לפני שניתנה הסכמת המבטח לבטח את המועמד לביטוח, לא תחשב קבלת הכספים בידי המבטח כהסכמת המבטח לצירוף המבוטח לביטוח.
 - פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

7. דמי ביטוח (פרמיות)

7.1 דמי הביטוח החודשיים (ב-ש), הינם כדלקמן:

גיל כניסה - מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב ש
ילד עד גיל 18	4 ש
19-30	31.80 ש
31-40	47.60 ש
41-50	100.80 ש
51-60	137.70 ש
61-68	163 ש

- 7.2 בעל הפוליסה יישא בתשלום דמי הביטוח בגין כל החברים המבוטחים ויגבה את תשלום דמי הביטוח עבור בני המשפחה המבוטחים, מהחבר.
- 7.3 בהגיע ילד של חבר לגיל 18 שנה, יגבו בגינו דמי ביטוח בגין מבוטח מעל גיל 18. למען הסר ספק, דמי הביטוח בגין ילד בוגר ישולמו בגבייה אישית.

8. התאמת דמי הביטוח

- מבטח יהיה רשאי לבצע התאמה של דמי הביטוח, אם תידרש, אחת ל - 24 חודשים מתחילת תקופת הביטוח, כפוף לאמור להלן:
- 8.1 התאמת דמי הביטוח תיעשה רק במידה ויתברר כי תוכנית הביטוח נושאת הפסדים למבטח כהגדרתם בסעיף 8.2. להלן.

8.2. כהפסדים לעניין זה ייראו את הסכום שבו עולה סכום התביעות ששולמו ותביעות תלויות לתקופה המחושבת, לחלק ל 75% מהפרמיות ששולמו בתקופה. אם התוצאה גדולה מאחת, הפרמיה תועלה בתוצאת החישוב אשר תאפס את הנוסחה הנ"ל.

9. תנאי הצמדה למדד

כל התשלומים למבטח ומהמבטח על פי ביטוח זה יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כך שדמי הביטוח והתגמולים יעודכנו בהתאם ליחס שבין המדד הקובע לבין המדד היסודי.

לצורכי סעיף זה יפורשו המונחים שלהלן כך:

9.1. "המדד" משמעו מדד המחירים לצרכן (הכולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, אם הוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ואם לאו; אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף. המדד יהיה מותאם למדד הבסיס (100 נקודות) מחודש ינואר 1959 מחולק באלף.

9.2. "המדד היסודי" משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני תאריך התחלת הביטוח, דהיינו המדד הידוע ביום 15.07.2018, מדד 12377 נקודות.

9.3. "המדד הקובע" משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.

10. תגמולי ביטוח

המבטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק ו/או בנספחים לפי העניין.

11. חריגים כלליים

המבטח לא יהא חייב במתן תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח שאירע עקב או בגין אחד או יותר מן האירועים הנקובים בסעיפים שלהלן:
11.1. המבטח לא יהא חייב במתן תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו אם מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.

12. חובת גילוי

12.1. (א) הציג המבטח למבטח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בענין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן - עניין מהותי), על המבטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.

(ב) שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה.

- (ג) הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.
- 12.2. אם ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, בתוך 30 ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא אירע מקרה הביטוח, לבטל את הביטוח בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ו/או למבוטח. ביטל המבטח את הביטוח מכוח סעיף זה, זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.
- 12.3. קרה מקרה הביטוח בטרם נתבטל הביטוח מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו, לבין דמי הביטוח המוסכמים. למרות האמור לעיל יהיה המבטח פטור מכל מחויבות בכל אחד מהמקרים האלה:
- א. התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
- ב. מבטח סביר לא היה מתקשר בביטוח כזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.
- 12.4. המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:
- א. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה, או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;
- ב. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.
- 12.5. מבלי לגרוע מכלליות האמור, מובהר כי תאריך לידתו של המבוטח הוא עניין מהותי שחלה עליו חובת גילוי כאמור לעיל.
- 12.6. האמור לעיל לא יגרע מכל תרופה שלה זכאי המבטח על פי כל דין.

מצב רפואי קודם

13.

13.1 לעניין זה:

- 13.1.1 "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 ההצטרפות לביטוח.
- 13.1.2 "סייג בשל מצב רפואי קודם" - סייג כללי בחוזה ביטוח, הפוטר את המבטח מחבותו, או מפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

- 13.1.3. לא יכוסה מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם.
- 13.3. סייג בשל מצב רפואי קודם, כאמור לעיל, לעניין מבטוח שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח הוא:
- 13.3.1. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
- 13.3.2. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
- 13.4. על אף האמור, הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים, יהיה המבטח רשאי לסייג את חבותו ולא את היקף הכיסוי בשל מצב רפואי קודם מסוים, וסייג זה יהיה תקף לתקופה שתצוין בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- 13.5. הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים בדף פרטי הביטוח, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם הנזכר בהודעת המבוטח.
- 13.6. יובהר, כי לגבי הכיסויים והסכומים החופפים שבביטוח הקבוצתי הקודם לחברי בעל הפוליסה לבין פוליסה זו, לא יחול מחדש חריג מצב רפואי קודם על מבוטחים שעברו ברצף לפוליסה זו ובוטחו בה ברצף עד למועד קרות מקרה הביטוח הנתבע.

14. נוהל תביעה

- 14.1. המבוטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית, המתיר לכל רופאי ולא לכל גוף או מוסד אחר בארץ ולא בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח, ככל שהדבר נוגע לביורר זכויות וחובות המוקנות על פי פוליסה זו.
- 14.2. המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים הקשורים לתביעתו ואת כל המסמכים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו, שאותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר.
- 14.3. אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים מטעם המבטח ועל חשבון המבטח.

15. התיישנות התביעות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

16. שינוי מוטב

- 16.1. בטרם אירע מקרה הביטוח, רשאי המבוטח לשנות את המוטב בהודעה בכתב שתימסר למבטח.
- 16.2. לא יקבע המבוטח מוטב בקביעה בלתי חוזרת ולא ישנה קביעתו של המוטב לקביעה בלתי חוזרת, אלא אם קיבל לכך תחילה את הסכמת המבטח בכתב.

פרק א' - מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים

1. חבות החברה למבוטחים בגיל שנה עד 69 בעת מקרה ביטוח:

גילוי אחת המחלות הקשות או קיום אירוע רפואי קשה כמפורט בפרק זה בהתאם לקבוצות המפורטות להלן (להלן: "הקבוצות").
"גילוי" - יחשב לעניין זה כאבחנה חד משמעית של רופא מומחה בתחום הרלוונטי בדבר קיומה של אחת מהמחלות הקשות או קיום אירוע רפואי קשה, כהגדרתם להלן, אשר נתמכת בממצאים מעבדתיים או אחרים כנדרש להוכחת מקרה הביטוח. למען הסר ספק: מוות אשר אירע מיד ובסמוך למקרה הביטוח, לא יפגע בזכות המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י הסכם זה.

1.1 קבוצה ראשונה:

השתלת איברים (Organ Transplant) -

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

מובהר בזאת כי התנאי לתשלום על פי הגדרה זו על ידי המבטח היא שהשתלת האיבר בוצעה על פי הוראות חוק השתלת איברים, תשס"ח-2008, ובכלל זה כי נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשו על פי הדין החל באותה מדינה וכי מתקיימות הוראות חוק השתלת האיברים לעניין איסור סחר באיברים.

1.2 קבוצה שניה:

1.2.1 עיוורון (Blindness) -

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

1.2.2 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.

1.2.3 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).

1.2.4 כוויות קשות (Severe Burns) - *

כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

* הכיסוי הביטוחי תקף למקרה ביטוח שיחול מתאריך 01.12.2018.

1.2.5 פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage by Accident) - *

פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה ע"י רופא נירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות

לפגועי מוח. לדוגמא" גלזגו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).

* הכיסוי הביטוחי תקף למקרה ביטוח שיחול מתאריך 01.12.2018.

1.2.6 טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis) –

דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במוח או בעמוד השדרה הגורמת לחוסר נירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תיקבע על ידי עדות קלינית של יותר מאירוע בודד של דמיאלינציה במערכת העצבים המרכזית (המוח, חוט השדרה, עצב ראייה) אשר נמשך לפחות 24 שעות, במרווח של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת תהודה מגנטית (MRI) של מספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תיקבע על ידי רופא מומחה לנירולוגיה.

הכיסוי אינו כולל טרשת נפוצה אפשרית ותסמונות נירולוגיות או רדיולוגיות מבודדות שלא אובחנו כטרשת נפוצה.

1.2.7 שבץ מוחי (CVA) –

כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נירולוגיות או חוסר נירולוגי, הנמשכים מעל 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 – TIA.

1.3 קבוצה שלישית:

1.3.1 אוטם חריף בשריר הלב (Acute Myocardial infarction) –

נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או חסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

האבחנה של אוטם חריף בשריר הלב חייבת להיתמך בבדיקה ביוכימית, לפיה היתה עליה באנזימי שריר הלב לרמה הנחשבת אבחנתית ו/או עליה בטרופונין לרמה של 1 NGML או רמה גבוהה יותר, או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות המבוצעות בבתי חולים ובלפחות אחד משני הקריטריונים הבאים:

1. כאבי חזה אופייניים.

2. שינויים בתרשימי אק"ג האופייניים לאוטם חריף בשריר הלב.

הכיסוי אינו כולל תעוקת לב יציבה או לא יציבה או עליה ברמות אנזימי הלב או טרופונין בהיעדר מחלת לב איסכמית גלויה (כגון במקרה של דלקת שריר הלב, הרחבת חוד הלב, תסחיף ריאתי, רעילות תרופתית) ותעוקת חזה (אנגינה קטוריס).

1.3.2 ניתוח מעקפי לב (CABG) –

ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי. למען הסר ספק, מובהר כי צינתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.

1.3.3

צנתור כלילי טיפולי - *CORONARY ANGIOPLASTY

למחלה זו הפיזיו יהיה בשיעור 50%, וכן המחלה תתווסף לקבוצת הלב.

טיפול ראשון בהיצרות או בחסימה בכלי דם כלילי אחד או יותר באמצעות ניפוח בלון בצנתור (RTANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLADTY PERCUTANEOUS), חיתוך בלה (ARTHERECTOMY), השארת תומכן (CORONARY STANTING) ו/או פעילות תוך עורקית דומה.

התנאים הבאים חייבים להתקיים במצטבר:

1. ביצוע הצנתור הכלילי הטיפולי הכרחי מבחינת רפואית על פי חוות דעתו של קרדיולוג מומחה.
2. קיימת הוכחה אנגיוגרפית של מחלה כלילית חסימתית משמעותית (הצרות של לפחות 60%).

צנתור כלילי טיפולי לא יכלול שיטות לייזר לחידוש אספקת הדם ו/או פעולות אבחנתיות ו/או צנתורים אבחנתיים.

*** הכיסוי הביטוחי תקף למקרה ביטוח שיחול מתאריך 01.12.2018.**

קרדיومیופטיה (Cardiomyopathy) -

1.3.4

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. התנאי לתשלום הוא שהמחלה נמשכת לפחות 6 חודשים ונתמכת בבדיקות הדמיה.

ניתוח לב פתוח להחלפה או תיקון מסתמי לב

1.3.5

– (Open Heart Surgery for Valve Replacement or Repair)

ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

– ניתוח אבי העורקים (Aorta)

1.3.6

ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן כולל מקרים בהם הפרוצדורה מבוצעת באמצעות צנתור אם קיימת מפרצת בגודל 5 ס"מ או יותר.

– אי ספיקת כליות סופנית (End Stage Renal Failure)

1.3.7

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

1.4 קבוצה רביעית:

1.4.1 סרטן (Cancer) -

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. הגידול צריך להיות מוכח על ידי ממצאי הפתולוגיה (כגון היסטולוגיה). מחלת הסרטן כוללת לוקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. מקרה הביטוח אינו כולל:

1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של קרצינומה אין סרטן (carcinoma in-situ), כולל דיספלזיה של צוואר הרחם

- CIN1, CIN2, CIN3, או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.
2. מלנומה ממאירה בעובי של פחות מ 0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות).
3. מחלות עור מסוג:
- 3.1 Hyperkeratosis I basal cell carcinoma
- 3.2 וקרצינומה של תאי קשקש (squamous cell carcinoma), אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים;
4. סרטן הערמונית מאובחן בהיסטולוגיה עד ל-T2 No Mo (כולל) על פי סיווג TNM, או לפי מדד גליסון עד ל-6(כולל).
5. C.L.L. (לויקמיה לימפוציטית כרונית) עם ספירה של פחות מ $10,000$ B cell lymphocytes /ul ובלבד שהמבוטח אינו מקבל טיפול תרופתי.
6. סרטן בלוטת התריס במקרה שלא הוסרה כל הבלוטה.
7. גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח אינו מקבל טיפול תרופתי.
8. T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל - T CELL LY.
9. פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית.
10. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת האיידס (AIDS).

1.4.2

גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor) *

- תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.
- הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרנולות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים והמאטומות.
- * הכיסוי הביטוחי תקף למקרה ביטוח שיחול מתאריך 01.12.2018.

2. תגמולי ביטוח

תגמולי הביטוח על פי פרק זה הינם בסך של 100,000 ₪ למבוטח מעל גיל 18, ולילד עד גיל 18 - 50,000 ₪.

גמלת הביטוח תשולם לא יאוחר מ-30 יום ממועד הגשת כל המסמכים הסבירים הנדרשים למבטח לצורך בירור חבותו עפ"י פוליסה זו.

3. תנאי מהותי לתשלום סכום הביטוח

מודגש, על מנת למנוע כל ספק אפשרי, כי שרשרת אירועים שהינם תוצאה ממקרה ביטוח אחד תשולם אך ורק פעם אחת הן במקרה של זכאות לתשלום

ראשון והן במקרה של זכאות לתשלום שני. עם התשלום הנוסף למקרה ביטוח שני, כאשר זכאות זו קיימת על פי תנאי ביטוח זה, תסתיים אחריות המבטח לתשלומי גמלת ביטוח, אלא אם בוטלה הפוליסה קודם לכן כקבוע בתנאי ביטוח זה.

4. הזכות לקבלת סכום הביטוח

בקרות מקרה הביטוח במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה, יהא המבוטח זכאי לקבלת תגמולי הביטוח בכפוף להגדרות, לתנאים ולסייגים שלהלן:

4.1. תשלום מקרה ביטוח ראשון

מקרה ביטוח אשר אירע לראשונה במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה, יזכה את המבוטח בסכום הביטוח אם התקיימו לגבי כל התנאים הבאים במצטבר:

4.1.1. קיימת אבחנה חד משמעית של רופא מומחה על גילוי מקרה הביטוח ואבחנה זו נתמכת בהוכחות מעבדתיות או אחרות כנדרש בהגדרת מקרה הביטוח.

4.2. תוקף הכיסוי לאחר תשלום מקרה ביטוח ראשון

4.2.1. למבוטח תהא הזכות להמשיך את הכיסוי על פי פרק זה גם לאחר תשלום גמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח ראשון, אם מקרה הביטוח הראשון ששולם למבוטח לא היה כלול בקבוצה הראשונה.

4.2.2. מודגש כי בכל מקרה כאמור בס' 4.1 לעיל, בו שולמו תגמולי ביטוח כמקרה ביטוח ראשון מהקבוצה הראשונה יפוג תוקף הפוליסה והיא תבוטל.

4.3. תנאים מיוחדים לתשלום מקרה ביטוח שני

4.3.1. סכום הביטוח - סכום הביטוח למקרה ביטוח שני יהא 50% מסכום תגמולי הביטוח כאמור בסעיף 2 לעיל.

4.3.2. תקופת אכשרה לקבלת תשלום בגין מקרה ביטוח שני תהא בת 365 ימים מיום קרות מקרה הביטוח הראשון.

4.4. תשלום מקרה ביטוח שני

המבטח ישלם למבוטח בגין מקרה ביטוח שני:

4.4.1. אם מקרה הביטוח השני בגינו תובע המבוטח אינו כלול באותה הקבוצה בגינה שולמו לו תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון.

4.4.2. בכפיפות לאמור לעיל, ישולמו תגמולי הביטוח כקבוע בפוליסה זו בכל מקרה ביטוח שני מכל קבוצה, בתנאי שסיבתו אינה שבץ מוחי או תרדמת.

4.5. למען הסר ספק, יובהר כי בכל מקרה, בו ישולמו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שני, יפוג תוקף הביטוח עפ"י הסכם זה והמבוטח יגרע מרשימת המבוטחים בהסכם זה.

5. הכיסוי על פי פרק זה מסתיים בהגיע המבוטח לגיל 69.

- 6.1. למרות האמור לעיל, מובהר כי לגבי מקרה ביטוח ראשון, תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים שהיו מבוטחים במסגרת הסכם הביטוח הקבוצתי הקודם, וזאת לגבי הכיסויים החופפים בין הסכם הביטוח הקודם ופוליסה זו.
- 6.2. למקרה ביטוח שני על פי פרק זה תהא תקופת אכשרה בת 365 ימים מיום קרות מקרה הביטוח הראשון.
- 6.3. לא תחול תקופת אכשרה כנ"ל אם מקרה הביטוח הראשון או השני הינם תוצאה של אירוע תאונתי.

מרכז שירות לקוחות: 1-800-35-20-01

בית איילון ביטוח, רח' אבא הלל סילבר 12, רמת גן 5250606 ת"ד 10957
פניות בדוא"ל לשירות לקוחות: mokedbriut@ayalon-ins.co.il

שירותים דיגיטליים לשירותך באתר איילון

www.ayalon-ins.co.il

