

הסכם ביטוח תאונות אישיות קבוצתי

שנערך ונחתם בתל אביב ב- דצמבר 2019

בין:

ארגון הסגל האקדמי הבכיר אוניברסיטת חיפה

(להלן: "בעל הפוליסה")

מצד אחד;

ובין:

איילון - חברה לביטוח בע"מ

מרחוב אבא הלל 12 רמת גן

(להלן: "המבטח")

מצד אחד;

והואיל והתקיים הסכם ביטוח לתאונות אישיות קבוצתי בין בעל הפוליסה ובין המבטח מתאריך 01.11.2014

לתקופה של 5 שנים והוארך עד 30.06.2020

והואיל והמבטח ובעל הפוליסה מעוניינים לחדש את ההתקשרות לתקופה נוספת מתאריך 01.07.2020 ועד

30.06.2025

והואיל והצדדים רוצים להסדיר את היחסים המשפטיים ביניהם בקשר עם מתן שירותי הביטוח כמפורט

בהסכם זה להלן:

לפיכך הוסכם, הוצהר והותנה בין הצדדים כדלקמן:

1. מבוא והגדרות

- 1.1 הגדרת המונחים המופיעים בהסכם זה תהיה זהה להגדרתם בפרק א' בפוליסה.
- 1.2 המבוא להסכם זה ונספחיו מהווים חלק בלתי נפרד הימנו.
- 1.3 כותרות סעיפי ההסכם נועדו לשם הנוחות בלבד, והן לא תשמשנה לצורכי פרשנותו.
- 1.4 בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ו/או אי התאמה בין הוראות ההסכם לבין נספחיו, ו/או בין הוראות נספחי ההסכם (בינם לבין עצמם), אשר מבטח סביר עשוי להבין כי הפרשנות המיטיבה עימו היא הפרשנות החלה על מצב העניינים הרלבנטי, אזי יחולו אותן הוראות, וייוחסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מירב החביונות, ויחול תמיד הפירוש שיהיה לטובת המבוטחים בנסיבות העניין. הוראות ההסכם על נספחיו יפורשו תמיד כבאות להוסיף על זכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים על פי כל דין ולא כבאות לגרוע מהן.

2. הצהרות והתחייבויות המבטח

- 2.1 המבטח מצהיר ומתחייב כי יש בידיו את כל ההיתרים, הרישיונות והאישורים הנדרשים על-ידי כל גוף שלטוני ועל-פי כל דין, לשם מתן שירותי הביטוח וקיום יתר התחייבויותיו כאמור בהסכם זה, כי ימלא אחר הוראות כל היתר ו/או רישיון ו/או כל דין בקשר עם מתן שירותי הביטוח וקיום יתר התחייבויותיו כאמור בהסכם זה, וכי יפעל, בעצמו ועל חשבונו, להשגת כל אישור, היתר או רישיון חדש, ככל שיידרשו, ולשמירת אלו הקיימים בידיו כאמור בתוקף מלא לכל אורך תקופת ההסכם.
- 2.2 המבטח מאשר ומצהיר כי הינו בעל הידע, הניסיון, המיומנות, היכולת, המשאבים, כוח האדם המיומן, היכולת הפיננסית וכל האמצעים הנדרשים, בפועל ועל-פי כל דין, לשם מתן שירותי הביטוח על-פי הוראות הסכם זה ועל פי כל דין, ולשם ביצוע כל התחייבויותיו מכוח הסכם זה, במלואן

ובמועדן, וכי יגרום לכך שלכל אורך התקופה במהלכה הוא יעניק את שירותי הביטוח, יישארו ברשותו כל האמצעים והמשאבים הנזכרים בסעיף זה.

2.3 המבטח מצהיר ומתחייב כי אין כל מגבלה חוקית, עסקית, חוזית או אחרת המגבילה אותו ו/או המונעת ממנו ו/או העלולה להגביל אותו ו/או למנוע ממנו מלהעניק את שירותי הביטוח, ולבצע את התחייבויותיו כאמור בהסכם זה במלואן ובמועדן, וכי יבצע את הוראות הסכם זה בנאמנות, במקצועיות, בתום לב ובמסירות.

2.4 המבטח מצהיר כי ידוע לו שבעל הפוליסה אינו מתחייב לכך שיצטרפו לביטוח מספר מינימלי של חברים, אם בכלל, והמבטח מתחייב שלא להעלות כנגד בעל הפוליסה כל טענה בנוגע למספר המבוטחים שיבחרו להצטרף בפועל לביטוח. המבטח אף מתחייב להעניק את שירותי הביטוח ללא קשר למספר המבוטחים שיצטרפו אליו בפועל.

3. היקף הביטוח

הסדר הביטוח כולל את כל התנאים המופיעים בהסכם זה, ואת הכיסויים והתנאים כמפורט בפוליסה ובנספחים שבהסכמת שני הצדדים יצורפו בעתיד להסכם זה, ומהווים חלק בלתי נפרד הימנו (להלן "הביטוח").

4. ההצטרפות לביטוח ותשלום הפרמיה

4.1 ההצטרפות לביטוח הינה על פי האמור בתנאי הפוליסה.

4.2 אופן ההצטרפות יהיה בכפוף להוראות המפקח על הביטוח.

5. דמי הביטוח

5.1 דמי הביטוח עבור כל מבוטח הינם :

| גיל | רובד בסיס |
|-------|-----------|
| עד 21 | 28.2 ₪ |
| 22-35 | 59.5 ₪ |
| 36-50 | 69.5 ₪ |
| 51-60 | 79.6 ₪ |
| 61-67 | 99.8 ₪ |
| +67 | 150.2 ₪ |

צמוד למדד שפורסם ב- 15.12.2019 (12427)

5.2 המחיר לכל מבוטח כמפורט לעיל הינו קבוע וסופי, לא ישתנה מכל סיבה שהיא (למעט הצמדה למדד ועדכון הפרמיה נוכח הפסד כמפורט בתנאי הפוליסה).

6. דו"חות ונתונים

6.1 המבטח מתחייב למסור לבעל הפוליסה תוך 60 יום ממועד דרישתו, דו"חות מפורטים שנערכו על ידי גורם מוסמך מטעם המבטח ולשביעות רצון בעל הפוליסה. הדוחות ימסרו בעותק מודפס ובמדיה מגנטית, ויפורטו בהם הנתונים הבאים :

1. סכום הפרמיות שהתקבלו אצל המבטח.

2. מספר התביעות שהוגשו לפי כל נושא (כגון : נכות, שברים אובדן כושר).

3. סך תגמולי הביטוח ששולמו

4. דו"ח מפורט על התביעות התלויות ועומדות

5. דו"ח לגבי התביעות שנדחו.

6. רשימת המבוטחים.

6.2 מבלי לגרוע מן האמור לעיל, המבטח מתחייב למסור לבעל הפוליסה בתוך 30 ימים ממועד דרישתו, כל מידע אחר שיבקש בקשר לביטוח נשוא הסכם זה. המבטח מתחייב לאפשר בכל עת לנציגי בעל הפוליסה ו/או מי מטעמו לבדוק את הנתונים המופיעים בדו"ח, על פי שיקול דעתו הבלעדי.

6.3 המבטח מתחייב לערוך לבקשת בעל הפוליסה ובשיתוף עמו, בקרות ובדיקות אודות יישוב התביעות והשירות למבוטחים לגבי הביטוח נשוא הסכם זה.

6.4 אם הסתיימה תקופת הסכם הביטוח, וההסכם לא חודש אצל המבטח, יעביר המבטח לבעל הפוליסה דוח הכולל את שמות המבוטחים ודרכי ההתקשרות עמם.

6.5 דין וחשבון שנתי למבוטח

החברה תשלח לכל מבוטח דוח שנתי לגבי הפוליסות בהן הוא מבוטח, בכפוף לאמור בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים.

7. התאמת דמי הביטוח (הפרמיה)

7.1 בתום 18 חודשים ממועד תחילת הסכם הביטוח (להלן – "יום עריכת החשבון") ומדי 12 חודשים עוקבים, ייערך חישוב לצורך קביעת דמי הביטוח עבור 12 החודשים הבאים.

7.2 החישובים ייערכו על פי הכללים המפורטים להלן:

7.2.1 החישוב יערך לגבי כל המבוטחים שהצטרפו לפוליסת ביטוח זו.

7.2.2 החישוב במועד השני קרי לאחר 30 חודשים, יערך לגבי התקופה של 24 החודשים הראשונים וכן הלאה.

7.3 מסך 65% מדמי הביטוח שהתקבלו אצל המבטח (להלן "ההכנסות"), ינוכו הסכומים הבאים (להלן "ההוצאות"):

7.3.1 תגמולי ביטוח בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת ההתחשבות, ושולמו ע"י המבטח עד ליום עריכת החשבון, לרבות עלות כתב שירות.

7.3.2 תביעות תלויות - תביעות תלויות לעניין פוליסה זו יוגדרו כדלהלן:

מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח, והוגשו למבטח אך טרם יושבו במלואם או בחלקם, נכון ליום עריכת החשבון. מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח, אך טרם הוגשו ו/או דווחו למבטח נכון ליום עריכת החשבון (I.B.N.R). מובהר בזאת כי החישוב כאמור יתבסס על ממוצע תביעות I.B.N.R בשנים קודמות.

7.3.3 חישוב התביעות ייערך על פי מועד קרות מקרה הביטוח.

7.4 מובהר כי כל הסכומים, פרמיות ותביעות כאמור, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן נכון ליום עריכת החשבון, כאשר המדד הבסיסי הינו המדד הידוע במועד חתימת הסכם זה.

7.5 מובהר כי המבטח יציג את הנתונים לגבי כל קבוצת מבוטחים, קרי: חברים, בני זוג, ילדים.

7.6 הייתה תוצאת החישוב כאמור בס' 7.3 לעיל שלילית, יותאמו דמי הביטוח באופן הבא:

7.6.1 תחושב המנה המתקבלת מחלוקת ההוצאות בהכנסות (הוצאות/הכנסות).

7.6.2 דמי הביטוח בתקופת הביטוח הבאה שלאחר מועד עריכת החשבון, יהיו מכפלת דמי הביטוח נכון למועד החישוב במנה המתקבלת בסעיף 7.6.1. (דמי הביטוח בתקופה הבאה=דמי הביטוח בשנה הקודמת* (הוצאות לחלק להכנסות)).

מקסימום התאמה תהיה – עד 50%

- 7.6.3 בעל הפוליסה יהיה רשאי, אך לא חייב, לערוך שינויים בכיסוי הביטוחי כחלופה לעדכון הפרמיה כאמור בס"ק 7.6.2. השינויים כאמור יעשו בתאום ובהסכמה עם המבטח.
- 7.7 אם במועד ההתחשבות תהיה תוצאת החישוב שווה או חיובית, (להלן "רווח ביטוחי"), יישארו דמי הביטוח ללא שינוי. הרווח הביטוחי יבוא בחשבון בתקופת ההתחשבות הבאה.
- 7.8 אם בתום תקופת הביטוח יותר רווח, יועבר הרווח לטובת המבוטחים, הכל על פי החלטתו של בעל הפוליסה.

8. השירות וטיפול בתביעות

- 8.1 המבטח מתחייב לפעול על פי הקבוע בחוזר ישוב תביעות האחרון והמעודכן אשר יפורסם מעת לעת ע"י הממונה על שוק ההון והביטוח. מבלי לגרוע מהאמור, המבטח מתחייב לפעול על פי הכללים המפורטים להלן:
- 8.2 המבטח יפעיל במישרין מערך שירות טלפוני או מוקד ייעודי לצורך מתן מידע והכוונה (להלן "המוקד") אותו יאייש צוות שיותאם לזמני תגובה המצוינים בסעיפים להלן.
- 8.3 המוקד יעמיד קו טלפון ייעודי למבוטחי בעל הפוליסה.
- 8.4 המוקד יופעל באמצעות מערכת CRM ומערכת המקליטה שיחות.
- 8.5 המוקד מתחייב למתן מענה מקצועי לפונים בנושא פוליסה, גביה ותביעות (הסבר על נוהל הגשת תביעה ולאחר מכן עדכון בסטטוס התביעה) באמצעות: טלפון, דואר אלקטרוני, פקס או דואר.
- 8.6 המוקד מתחייב לציין ולמסור מידע לגבי כל הכיסויים הקיימים בפוליסה. כחלק מטיפול בתביעה, יימסר למבוטח כל המידע לגבי זכאותו על פי תנאי הפוליסה, המוקד ידריך את המבוטח כיצד להגיש את התביעה באופן המיטבי עבורו, וישלח לו את המסמכים הדרושים להגשת התביעה. המבטח יאפשר הורדת המסמכים המתאימים מאתר האינטרנט הייעודי לחברי בעל הפוליסה.

8.7 זמני תגובה במוקד

- 8.7.1 המוקד יאויש בהתאם לצורך ולעומס הפניות.
- 8.7.2 שעות פעילות המוקד בימים א' – ה' (לא כולל ערבי חג ורג) בין השעות 08:30 ל-16:00.
- 8.7.3 המבטח מתחייב כי 80% מהפניות הטלפוניות למוקד יענו תוך 80 שניות.
- 8.7.4 במהלך כל שלבי ההמתנה, מרגע שהתקשר המבוטח ועד אשר נענה על ידי המוקדן (ללא חשיבות לזמן ההמתנה של המבוטח), ואף בתום זמן ההמתנה, תוצע למבוטח האפשרות להשאיר הודעה במענה קולי שיוקצה לצורך כך, כאשר ההודעות ממענה זה יאספו בכל שעה לפחות. המוקדנים יחזרו ללקוח בתוך פרק זמן שלא יעלה על יום עסקים אחד. לאחר שעות העבודה של מוקד השירות, יופעל מענה קולי להודעות אשר יאספו בשעות העבודה העוקב שלאחר מכן.
- 8.8 פניות שיתקבלו במייל והודעות שיושארו במענה הקולי, ייענו בתוך יום עסקים אחד.
- 8.9 המבטח מתחייב כי אצל מנהלי התביעות ובמוקד יימצא כל הידע המקצועי הנדרש באשר לזכויות המבוטחים בפוליסה, וזכויות המבוטחים במסגרת ביטוחי השב"ן השונים.

8.10 זמני טיפול בתביעה

- 8.10.1 עם קבלת מסמכי התביעה במשרדי המבטח, תשלח הודעה באמצעות SMS ומייל המעדכנת את המבוטח על הגעת המסמכים והזמן המשוער הנדרש לסילוק התביעה.

8.10.2 אם יתברר כי נדרשים מסמכים נוספים לברור חבותו של המבטח, ו/או לצורך סילוק התביעה, יפנה נציג המבטח למבוטח בשיחה טלפונית תוך 3 ימי עבודה, וישלח מייל מתועד, או הודעת SMS, ויעדכנו לגבי המסמכים החסרים, וידריך אותו על אופן שליחת המסמכים החסרים.

8.10.3 תביעות יטופלו תוך 30 ימי עסקים, מהמועד בו התקבלו אצל המבטח כל המסמכים הנדרשים לברור חבותו.

9. סודיות

9.1 המבטח ו/או מי מטעמו מתחייב לשמור על סודיות כל מידע שיימסר לו על ידי בעל הפוליסה ועל ידי החברים, הכל בהתאם להסכם הסודיות המצ"ב.

9.2 לשם מילוי התחייבויותיו על פי סעיף זה, מתחייב המבטח לדאוג לשמירת סודיות כאמור גם מצד עובדיו, קבלני משנה שלו וכל מי מטעמו.

9.3 המבטח מתחייב לציית לכל הוראות בעל הפוליסה בנוגע לשמירת הסודיות, ולנהל את מאגר המידע הקשור לחברים המבוטחים בהתאם לדין.

9.4 מבלי לגרוע מן האמור בסעיף זה ובנספח הסודיות שיצורף להסכם זה, המבטח מתחייב שלא לעשות כל שימוש במידע המצוי אצלו מכוח הסכם זה, ו/או בעצם התקשרותו בהסכם זה, לצורך הצעות ביטוח מכל סוג שהוא למבוטחים או לזכאים לביטוח או למוטבים, או לכל שימוש אחר שאינו מחוייב למימוש הסכם זה, אלא באישור מפורש, מראש ובכתב, של בעל הפוליסה.

10. תקופת ההסכם

10.1 הסכם זה יכנס לתוקפו ביום 01.07.2020 ויהיה תקף לתקופה בת 5 שנים. מבוטחים אשר כלולים בהסדר הביטוח הקבוצתי לתאונות ומחלות אצל המבטח המסתיים ב-30.06.2020, יצורפו לביטוח על פי הסכם זה ב-01.07.2020, בכפוף לתנאי ההצטרפות הקבועים בפוליסה.

10.2 למרות האמור לעיל, בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת, מכל סיבה שהיא, בהודעה בכתב אשר תינתן למבטח לפחות 3 חודשים מראש, זאת מבלי צורך לנמק, ומבלי שתהיה למבטח זכות לפיצוי כלשהו עקב הפסקת ההסכם כאמור.

10.3 למען הסר ספק מובהר כי גם אם הובא הסכם זה לידי סיום מכל סיבה שהיא, תמשיך הסוכנות להעניק שירותי ביטוח בהתאם לפוליסה לכל מבוטח שהצטרף לביטוח לפני תום תקופת ההסכם זה.

11. שירות למבוטחים

בעל הפוליסה מינתה את להבים סוכנות לביטוח (להלן "הסוכנות המטפלת"), לנהל את השירות למבוטחים המבטח מתחייב לשתף פעולה ככל שידרש עם הסוכנות למלא את חובותיה על פי האמור במפרט השירותים אשר בהסכם עימה ואשר יצורף להסכם זה ובכלל זה:

11.1 המבטח יעמיד לרשות בעל הפוליסה רפרנט ייעודי, וממלא מקום, אשר יהיו אחראים על מכלול שירותי הביטוח כמתחייב על פי הסכם זה, לרבות הממשק עם הסוכנות

11.2 נציג ויועץ הביטוח מטעם בעל הפוליסה וסוכנות הביטוח יוכלו לפנות לקבלת שירות לטלפון הנייד של הרפרנט בכל עת.

11.3 המבטח מתחייב לפעול על פי הוראות הפוליסה והסכם הביטוח, ולדווח לבעל הפוליסה, במישרין או באמצעות הסוכנות על אי בהירות, וכן לגבי כל בעיה המתעוררת בקשר לניהול מערך התביעות והשירות.

11.4 הסוכנות מתחייבת לספק את השירותים המפורטים בהסכם שבין הסוכנות לבעל הפוליסה ואשר יצורף להסכם זה.

12. הקשר בין המבטח למבוטחים

כל הודעה של המבטח למבוטחים תיעשה בכתב, ותישלח לפי המען האחרון של המבוטח שנמסר למבטח.

13. ההסדר התחיקתי

13.1 מוסכם בזאת כי הסכם זה ונספחיו כפופים לתנאי ההסדר התחיקתי ותחולת הדין, ובכלל זה חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981 ותקנות הפיקוח על עסקי ביטוח. הוראות הדין כאמור יחולו על כל סוגיה הנוגעת למבוטחים בביטוח אשר לא הוסדרה במסגרת הסכם זה או בפוליסה.

13.2 מובהר כי הוראות הסכם זה על נספחיו לא תפורשנה בדרך כלשהי באופן שיש בו כדי לגרוע מהיקף הביטוח הניתן למבוטחים. בכל מקרה של מחלוקת בדבר פרשנות סעיף כלשהו יפורש הסעיף לטובת המבוטחים.

13.3 שינוי בהסדר התחיקתי שיש בו כדי להשפיע באופן כלשהו על זכויות המבוטחים ידווח מיד לבעל הפוליסה על ידי המבטח, והצדדים יתאימו את הפוליסה לשינוי האמור, ולו בלבד, והכל באחריות המבטח.

14. היעדר תחולת יחסי עובד מעביד

14.1 מובהר כי היחסים בין הצדדים להסכם זה הם יחסי קבלן עצמאי – מזמין, ואין ולא יהיו יחסי עובד - מעביד בין בעל הפוליסה לבין המבטח ו/או העובדים ו/או המשמשים מטעם המבטח בביצוע הסכם זה, וכי כל זכות שיש לבעל הפוליסה לפקח, לבקר, להורות ו/או להדריך מי מעובדי המבטח בקשר למתן השירותים אינה אלא אמצעי להבטיח ביצוע נאות של החוזה, ואין בה כדי ליצור יחסי עובד ומעביד בין בעל הפוליסה לבין מי עובדי המבטח.

14.2 המבטח מאשר בזאת כי הסכמת בעל הפוליסה להתקשר עימו בחוזה זה מבוססת על האמור לעיל, והוא מתחייב בזאת שלא לטעון כנגד בעל הפוליסה כל טענה בניגוד לכך ואף לא לפתוח בכל הליך משפטי או אחר, שמטרתו או תוצאתו היא קביעת קיומם של יחסי עובד ומעביד בינו ו/או מי מעובדיו לבין בעל הפוליסה, ו/או קביעה שהמבטח ו/או מי מטעמו זכאי לקבל מאת בעל הפוליסה זכויות כשל עובד שכיר.

14.3 המבטח מצהיר כי אם יעסיק עובדים או נציגים מטעמו לצורך מתן שרותי ביטוח נשוא הסכם זה, הוא ישא לבדו במלוא התשלומים והחובות הנובעים מעבודתם של עובדיו, וישלם לעובדיו ו/או יפריש בגינם כל תשלום, גמול או זכות, מכל מין וסוג, המגיעים להם לפי כל דין, הסכם או נוהג, לרבות תשלום מלוא שכר עבודה, דמי נסיעה, גמול שעות נוספות ועבודה במנוחה שבועית, דמי חופשה, דמי הבראה, דמי מחלה, דמי חגים, תשלום עבור זכויות סוציאליות, פיצויי פיטורים, תמורת הודעה מוקדמת, החזר הוצאות נסיעות, תשלומי מס וביטוח לאומי ותשלומי חובה אחרים.

14.4 מבלי לגרוע מן האמור, אם תתקבל דרישה ו/או תביעה כלשהי בגין סכומים שלא שולמו ו/או הועברו במועד ו/או יתברר למבטח בכל דרך שהיא כי המבטח לא ממלא התחייבויותיו כלפי עובדיו ו/או מי מטעמו בניגוד להסכם זה ו/או בניגוד לדין, יהיה בעל הפוליסה רשאי לקזז ו/או

לעכב כל תשלום עומד או עתידי למבטח, לרבות סכומים העולים על סכום הדרישה ו/או החוב, וזאת עד למילוי מלוא התחייבויות המבטח כלפי עובדיו ו/או מי מטעמו.

15. איסור העברה

- 15.1 המבטח אינו רשאי להמחות, להסב או להעביר הסכם זה, כולו או מקצתו, לאדם או גוף כלשהו. מתן השירות על פי הסכם זה יעשה אך ורק על ידי המבטח, ולא ע"י כל גוף ו/או אדם אחר, אלא אם כן אישר זאת בעל הפוליסה מראש ובכתב. כמו כן, לא יהא המבטח רשאי לשעבד את זכותו מכוח הסכם זה, כולן או מקצתו, בשעבוד מדרגה כלשהי.
- 15.2 אם יאשר בעל הפוליסה ביצוע על ידי אחר מטעם המבטח כאמור, מובהר כי כל חובותיו של המבטח לפי הסכם זה ימשיכו לחול על המבטח, ויחולו בנוסף גם על אותו גוף או אדם מטעמו, והמבטח מתחייב לוודא ולגרום לכך כי אותו גוף או אדם יהיה מודע לכך ויבצע חיוביו לפי ההסכם.
- 15.3 במקרה זה מובהר כי המבטח, והוא בלבד, יהיה אחראי כלפי בעל הפוליסה, המבוטח וכל צד ג' שהוא, בגין כל נזק ו/או הפסד, ישיר או עקיף, שיגרם להם בקשר עם ביצוע שירותי הביטוח או כל חלק ממנו.
- 15.4 בעל הפוליסה יהיה רשאי להעביר, להסב או להמחות הסכם זה, כולו או מקצתו, מבלי שיהא בכך לפגוע בזכויותיו של המבטח.
- 15.5 במקרה של שינוי בבעלי המניות של המבטח, יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לסיום מבלי שהדבר יהווה הפרה ו/או יזכה את המבטח או מי מטעמו בפיצוי ו/או תשלום כלשהו.

16. אחריות

- 16.1 המבטח מתחייב לשאת באחריות המלאה והבלעדית לכל נזק שיגרם למבוטח במישרין בגין מעשיו ו/או מחדליו של המבטח ו/או מי משלוחיו ו/או מי מעובדיו. מובהר כי המבטח לא יהיה אחראי לטיפול הרפואי שקיבל המבוטח מנותן שירות, לרבות מנותן שירות שבהסכם עימו.
- 16.2 המבטח מתחייב בזה לשפות את בעל הפוליסה, מיד עם קבלת דרישה לעשות כן, בגין כל נזק ו/או הוצאה ו/או חסרון כיס ו/או אובדן ו/או הפסד מכל סוג שהוא שייגרמו לבעל הפוליסה ו/או לחבריו ו/או למי מטעמו, אם יגרמו, עקב ו/או כתוצאה מכל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה נגד בעל הפוליסה ו/או חבריו ו/או מי מטעמו שתוגש על ידי צד שלישי שהוא (לרבות המבטח והחברים), בקשר עם כל מעשה ו/או מחדל או הפרת מצג או התחייבות של המבטח על פי הסכם זה, ו/או שייגרמו בקשר עם מתן שירותי הביטוח על פי הסכם זה.
- 16.3 אם צורף חבר לביטוח בכפוף לתנאי ההצטרפות המצוינים בפוליסה, ולא שולמה פרמיה, או אם לא צורף חבר עקב טעות או כח עליון (לצורך זה תיחשב כטעות כל סיבה, למעט מצב בו העביר החבר טופס ביטול השתתפות בביטוח בחתימתו או שהביטוח התבטל בעקבות אי תשלום והמבוטח קיבל התראה בכתב מהמבטח), או שולמה פרמיה חלקית בלבד, יראה המבטח במבוטח כמבוטח לכל דבר ועניין. המבוטח יהיה חייב בתשלום פרמיה ו/או השלמת הפרמיה כמתחייב על פי הסכם זה, החל מהמועד בו צורף לביטוח.
- 16.4 מוסכם כי סעיפי האחריות יעמדו בתוקפם לכל תקופת ההסכם.

17. ניהול רשימות (במקרה של מימון מלא של המעביד)

- 17.1 בתחילת תקופת הביטוח יעביר בעל הפוליסה למבטח את רשימת המבוטחים על פי פוליסה זו. הרשימה הנ"ל תכלול את שמו של המבוטח, את תאריך לידתו ומספר תעודת הזהויה שלו ואת כתובתו.
- 17.2 מידי חודש (או כל תקופה אחרת כמפורט בדף פרטי הביטוח) יעביר בעל הפוליסה רשימה הכוללת את שמות הפורשים מהביטוח ואת שמות המצטרפים לביטוח, בתקופה שחלפה מאז הועברה לחברה הרשימה הקודמת.
- 17.3 הביטוח יחול על מבוטחים כהגדרתם בסעיף 16.1. לעיל, גם אם מסיבה טכנית כלשהי נשמט שמם מרשימת המבוטחים שתועבר לחברה, ובלבד שעם חזרתם לרשימה, תועבר לחברה הפרמיה עבורם, למפרע, כולל תקופת הפיגור בתוספת ריבית כמקובל אצל המבטח, ובכפוף להסדר התחיקתי לעניין תשלום פרמיות בפיגור והפרשי הצמדה.

18. הודעות

כתובת הצדדים לצורך מתן הודעה בקשר להוראות פוליסה זו הן:
בעל הפוליסה: ארגון הסגל האקדמי הבכיר אוניברסיטת חיפה

שד' אבא חושי 199 חיפה 3498838

המבטח: איילון חברה לבטוח בע"מ

רח' אבא הלל 12 רמת גן

כל הודעה ו/או התראה שישלחו מצד אחד למשנהו בקשר להסכם זה, יימסרו ביד או יישלחו בדואר רשום (כשדמי הדואר משולמים במלואם מראש) על פי מעני הצדדים הנקובים בראש הסכם זה (או כל מען אחר אשר תבוא עליו הודעה מתאימה בכתב), ויראו כל הודעה או התראה כאמור כאילו נמסרו. כל הודעה שתישלח ע"י צד להסכם זה למשנהו בדואר רשום, תחשב כאילו הגיעה ליעדה בתום 72 שעות ממשלוחה.

19. סמכות שיפוט

סמכות השיפוט הייחודית בכל הקשור לנושאים ולעניינים הנובעים ו/או הקשורים להסכם זה תהיה לבית המשפט המוסמך בישראל בלבד.

שונות

- 19.1 הסכם זה ממצה את מכלול היחסים בין הצדדים, ולא תהא כל נפקות לכל משא ומתן, הבנה, הסכמה, התחייבות ומצג אשר היו, אם היו, בין במפורש ובין במרומז, בין בכתב ובין בעל-פה, בין הצדדים, לפני החתימה על הסכם זה.
- 19.2 לא יהא כל תוקף לכל שינוי, תיקון ו/או ויתור על הוראות הסכם זה, אלא אם כן נעשה במסמך שנחתם על-ידי שני הצדדים.
- 19.3 כל התנהגות של מי מהצדדים לא תחשב כויתור על זכות מזכויותיו על-פי הסכם זה, ו/או כויתור או הסכמה מצידו לאיזו הפרה או אי-קיום של תנאי מתנאי ההסכם, או כשינוי, ביטול או תוספת על תנאי שהוא, אלא אם כן נעשו במפורש ובכתב.
- 19.4 ספריו ופנקסיו של בעל הפוליסה ישמשו עדות והוכחה לכאורה לנכונות האמור בהם, לרבות לעניין מספר המבוטחים בפוליסה, ולעניין כל הסכומים שישלם בעל הפוליסה למבטח במסגרת ביצוע ההסכם.

20. תשלומים לפני משורת הדין

נציג בעל הפוליסה רשאי לבקש לאשר תשלומים מעבר לתקרות הנקובות בפוליסה, הכול לפי שיקול דעתו הבלעדי, ובלבד שהסכום המצטבר לאישורים אלו לא יעלה על 3% מהפרמיה הכוללת המצטברת שהתקבלה אצל המבטח החל מתחילת ההסכם ועד ליום מתן האישור.

ולראיה באו הצדדים על החתום במקום ובתאריך הנזכרים לעיל

איילון חברה לביטוח בע"מ

ארגון הסגל האקדמי הבכיר אוניברסיטת חיפה

פוליסה קבוצתית תאונות אישיות – תנאי הפוליסה
פרק א' – הגדרות

בפוליסה זו יהיו למונחים הבאים ההגדרות שבצידם:

1. **המבטח**: איילון חברה לביטוח בע"מ.
2. **בעל הפוליסה**: **ארגון הסגל האקדמי הבכיר אוניברסיטת חיפה**
3. **הסכום הביטוח**: הסכום שנערך בין בעל הפוליסה לבין המבטח, לעריכת פוליסה לביטוח רפואי לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו, כמפורט להלן.
4. **חבר**: חבר אצל בעל הפוליסה.
5. **בן/בת זוג**: בן/בת זוג של חבר. כבני/ות זוג יחשבו גם ידועה/ה בציבור, בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם העובד או החבר, בכפוף להצהרה בכתב של החבר על כך.
6. **ילדים**: ילדי חבר ו/או ילדי בן/בת זוג, לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים עפ"י חוק עד גיל 21.
7. **אלמנה/ה**: אלמנה/ה של חבר.
8. **המבוטח**: חבר, בן או בת זוגו חבר וכן אלמנה/ה של חבר, וילדיהם אשר הוגשה בקשה בכתב לכללם בביטוח זה, ושמן מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מדי חודש על ידי בעל הפוליסה, **הכול בכפוף לתנאי ההצטרפות כאמור בפרק התנאים הכלליים**.
9. **דמי הביטוח**: הסכום שעל בעל הפוליסה ו/או על המבוטח לשלם למבטח בגין פוליסה זו, על פי תנאי הפוליסה כמפורט בהסכם הביטוח.
10. **סכום ביטוח**: הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.
11. **מדד**: מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות), המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, אשר יהיה בשימוש המבטח, שאושר ע"י המפקח על הביטוח.
12. **מדד בסיס**: מדד חודש דצמבר אשר פורסם ב- 15.12.2019
13. **מדד ידוע**: המדד האחרון הידוע ביום תשלום כלשהו עפ"י פוליסה זו.
14. **הצמדה למדד**: התאמת הסכומים (לרבות דמי הביטוח, השתתפות עצמית, תקרת חבות, תגמולי ביטוח) ביחס שבין המדד הידוע לבין מדד הבסיס. התאמת הסכומים תיעשה בכל חודש ביום הראשון של החודש בו אושרה התביעה.
15. **שנת ביטוח**: תקופה בת 12 חודשים רצופים. תקופה ראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח, והיא מתחדשת כל 12 חודשים.
16. **יממה**: יום ולילה המהווים יחדיו וברצף 24 שעות.
17. **יום אשפוז**: אשפוז למשך יממה או חלק ממנה ברציפות.
18. **מקרה הביטוח**: מצב המתואר בפוליסה, אשר קיומו מחייב את המבטח בתשלום לנותן שירותים או בתשלום תגמולי ביטוח, הכול כפי שנקבע בפוליסה.
19. **היזק**: פגיעה או ליקוי גופני או נפשי.
20. **תאונה**: אירוע פתאומי, בלתי צפוי וחד פעמי שאירע בתקופת הביטוח, אשר במהלכו נגרם למבוטח היזק,

ע"י גורם חיצוני, אשר הגורם החיצוני היה הגורם שהתניע את האירוע שמהווה את הסיבה העיקרית לקרות מקרה הביטוח. **מובהר כי פגיעה במהלך פעילות ספורט, למעט ספורט אתגרי המפורט בסעיף החריגים, להלן או ספורט מקצועני וכן חבלה שאירעה עקב מחלת הסכרת יחשבו כתאונה על פי פוליסה זו.**

למען הסר ספק, מובהר בזאת כי פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרוטראומה) אינה בגדר תאונה עפ"י פוליסה זו.

21. **מחלה:** מצב של בריאות לא תקינה, או קיום בעיה בריאותית, או הפרעה במצב הבריאות של אברי הגוף, או הפרעה גופנית עם סימנים ותסמינים שניתן לזהותם, או כל מצב לא תקין או כשל תפקודי של הגוף.
21. **פטירה:** מותו של המבוטח, לרבות היעלמותו לתקופה העולה על 60 יום.
22. **נכות:** אובדנו של איבר או חלק ממנו בשל הפרדתו הפיזית מן הגוף, או אובדן מוחלט או חלקי של כושר פעולתו התפקודית של איבר מאברי הגוף, או פגיעה המזכה בנכות עפ"י המבחנים הקבועים לכך בפרק ד'.
23. **נכות מלאה/חלקית צמיתה:** נכות מלאה תמידית, שתקבע באמצעות המבחנים הקבועים לכך בפרק ד'. מובהר כי אם נקבעה למבוטח נכות זמנית לתקופה העולה על 3 שנים, ייחשב הדבר כנכות קבועה, והמבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה.
24. **שבר:** פגיעה בשלמות העצם עם שינוי או ללא שינוי בצורתה המקורית (למעט שבר ספונטני – שבר הנגרם מעצמו), המוכחת בצילום אבחנתי.
25. **כוויה:** פצע, צרבת בעור הגוף שנגרמו ע"י נגיעה באש או ברותחין.
26. **כוויה מדרגה שנייה:** כוויה הפוגעת מעבר לשכבת העור החיצונית (אפידרמיס) היוצרת שלפוחיות.
27. **כוויה מדרגה שלישית:** כוויה ההורסת את מלוא עובי העור.
28. **יד:** כל אחת משתי הגפיים העליונות של האדם (לא כולל אצבעות ושורש כף היד).
29. **רגל:** כל אחת משתי הגפיים בגוף האדם המשמשות להליכה (לא כולל הקרסול, כף הרגל ואצבעות כף הרגל).
30. **גולגולת:** כל עצמות הגולגולת והפנים, לא כולל עצמות האף והשיניים אשר תחשבנה כעצם אחת.
31. **אגן:** כל עצמות האגן אשר תחשבנה עצם אחת.
32. **אובדן כושר עבודה:** המבוטח ייחשב כמי שאיבד באופן חלקי או מלא את כושרו לעבוד. עם עקב מחלה או תאונה, נשלל ממנו, לתקופה העולה על תקופת ההמתנה, הכושר לעבוד במקצוע או בעיסוק האחרון בהם עסק בסמוך לפני מועד אותה מחלה או תאונה שבגינה נבצר ממנו לעבוד באופן חלקי או מלא מעבודתו או עיסוקו לפני קרות מקרה הביטוח.
33. **תקופת המתנה:** תקופת זמן רציפה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך קרות מקרה הביטוח כמצוין בכל פרק או נספח, ומסתיימת בתום התקופה שצוינה (ככל צוינה). במהלך תקופת המתנה לא יהיה זכאי בעל הפוליסה לתגמולי ביטוח. זכאותו תחל בתום תקופת המתנה, ובתנאי שנמצא במצב מזכה במועד זה.
34. **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, בישראל או בחו"ל, כבית חולים כללי, לרבות בתי חולים שיקומיים וסיעודיים ומחלקות שיקום בבית חולים, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
35. **רופא מומחה:** רופא שהוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי משרד הבריאות במדינת ישראל, ו/או ע"י הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.
36. **ישראל:** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.

37. **חו"ל:** כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל.
38. **בן משפחה קרוב:** בן/בת זוגו של המבוטח אשר הוכר כזה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, לרבות ידוע/ה בציבור המתגורר עימו, אב, אם, בן, בת, אח, אחות.
39. **אתר טיול או נופש:** כל אתר שאינו ביתו של המבוטח, בו שוהה המבוטח למטרת חופשה, נופש או טיול בישראל.
40. **חוק הביטוח:** חוק חוזה הביטוח תשמ"א – 1981.

איילון חברה לביטוח בע"מ

ארגון הסגל האקדמי הבכיר אוניברסיטת חיפה

פרק ב' – תנאים כלליים אשר חלים על כל רובדי הביטוח

1. היקף הביטוח

- 1.1.1 ביטוח נכות ופטירה כתוצאה מתאונה, כאמור בפרק ד'.
- 1.1.2 פיצוי נוסף עקב סיעודי כתוצאה מתאונה כאמור בפרק ה'
- 1.1.3 פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה או מחלה, כאמור בפרק ו'.
- 1.1.4 ביטוח שבר כתוצאה מתאונה, כאמור בפרק ז'.
- 1.1.5 אירוע כווייה כתוצאה מתאונה, כאמור בפרק ח'.
- 1.1.6 הוצאות רפואיות עקב תאונה, כאמור בפרק ט'.
- 1.1.7 חבות כלפי צד ג, כאמור בפרק י'.
- 1.1.8 הוצאות רפואיות מיוחדות, כאמור בפרק י"א'
- 1.1.9 פיצוי שבעי בגין אי כושר מלא עקב תאונה או מחלה, כאמור בפרק י"ב'.
- 1.1.10 הוצאות הכשרה מקצועית לבעל אובדן כושר עבודה, כאמור בפרק י"ג'.

2. ההצטרפות לביטוח

2.1 אופן ההצטרפות לביטוח

הצטרפות העובדים ו/או בני/בנות זוגם ו/או ילדיהם לביטוח זה הינה וולונטרית, בהסכמה מפורשת בכתב של העובד/ת

מבוטחים יוכלו לרכוש עד 2 מנות בסך הכל לכל מבוטח, בכפוף למילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות. הפרמיה עבור מנה נוספת תהיה זהה לפרמיה בטבלה שבגילוי הנאות לעיל.

2.2 אופן ההצטרפות לכל אחד מרובדי הביטוח

2.2.1 מבוטחים קיימים

כל המבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקבוצתי הקודם שהסתיים ב 30.06.2020, יצורפו לביטוח זה ברצף ביטוחי מלא, בהתאם לרובד הביטוח בהם היו מבוטחים עובר למועד תם הביטוח הקודם. הביטוח לגבי מבוטחים אלה, יכנס לתוקפו ב 1.07.2020

2.2.2 מבוטחים חדשים

הצטרפות עובדים חדשים

עובדים, בני/ת זוגם וילדיהם עד גיל 21 שנה, שלא היו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם, לרבות עובדים שהחלו עבודתם לאחר ה- 01.01.202 ובני/ות זוגם וילדיהם עד גיל 21 שנה, שיבקשו להצטרף לביטוח יגישו בקשת הצטרפות בכתב, עבורם ועבור בני זוגם ו/או ילדיהם. ההצטרפות לביטוח אינה כרוכה במילוי הצהרת בריאות וחיתום, והזכאות לתגמולי ביטוח אינה מותנית בתקופת אכשרה כלשהי וזאת בתוך 90 ימים מיום תחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה. לאחר תום תקופת חלון ההזדמנויות (30.09.2020) מכך – הצהרת בריאות

3. תוקף הביטוח

הביטוח יכנס לתוקפו לגבי כל אחד מהמבוטחים, כדלקמן:

- 3.1 הביטוח עבור המבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקודם יכנס לתוקפו ב 01.07.2020
- 3.2 הביטוח עבור מבוטחים חדשים, יכנס לתוקפו באחד בחודש העוקב למועד בו התקבלה במשרדי המבטח בקשת ההצטרפות.
- 3.3 המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין הצטרפותו

לראשונה, ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי הביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח. לעניין זה, "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

4.

צירוף מבוטחים בהתאם לסעיף 4 בתקנות ביטוח קבוצתי התשס"ט

(א) מוטלת על מבטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

(1) במועד תחילת תקופת הביטוח, לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא יצרפו למבטח לאותו ביטוח, 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.

(ב) האמור בסעיף (א) לעיל 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 וסכום ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" – שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.

(3) לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" – פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה:

(א) ניתוחים;

(ב) תרופות;

(ג) השתלות;

(ד) מחלות קשות;

(ה) שיניים;

(ו) תאונות אישיות.

(ג) פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

5. קביעת דמי ביטוח תקנה 5 תק' תשע"ה-2015

(א) דמי ביטוח המשתלמים בעד סכום ביטוח מסוים או בעד תקרת תגמולי ביטוח מסוימת יהיה

שווים לכל מבטח מקבוצת המבוטחים או יחושבו לפי גיל, מין או תבחין אחר הקשור לסיכון הביטוחי או לפי שילוב של תבחינים כאמור.

(ב) מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי

הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח" –

- (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
 - (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה;
 - (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
 - (4) במהלך תקופת הביטוח – בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
 - (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.
- (ג) על אף האמור בתקנה זו, המפקח רשאי לאשר למבטח מסוים כי לגבי תכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבוטח לפי תקנה זו, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים.

6. מתן מסמכים למבוטח תקנה 6 תק' תשע"ה-2015

(א) מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח.

(א1) על אף האמור בתקנת משנה (א), חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין –

- (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי
 - (2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;
 - (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- (ב) דף פרטי הביטוח יכלול את הפרטים כמפורט להלן לפחות, אם לא נכללו בטופס הגילוי הנאות:
- (1) שם המבטח, שם בעל הפוליסה, שם סוכן הביטוח, אם קיים, ושם פוליסת הביטוח הקבוצתי החלה לגבי המבוטח;
 - (2) סכום הביטוח שרכש מבוטח מסוים, אם ניתן לרכוש סכומי ביטוח שונים לגבי אותו כיסוי במסגרת אותה פוליסה;
 - (3) הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסוים, לרבות סייג בשל מצב

רפואי מסוים של אותו מבוטח;

(4) תוספת חיתומית לגבי מבוטח מסוים וכן פירוט המצב הרפואי או סיבה

אחרת שבשלהם נקבעה התוספת האמורה;

(5) אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולבירור זכויות וחובות לפי

הפוליסה;

(6) פרטים נוספים שיורה עליהם המפקח.

(ג) חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח

למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים

מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

(ד) נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח

למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן

המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות

בחווזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

7. מתן הודעות והודעות למבוטח - סעיפי 7 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתית השע"ה – 2015

(א) חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי

או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו – מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד

בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת

השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח,

כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת

של המבוטח ובהעדרה המשמעות של היעדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לא התקבלה

הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך

21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת

הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל,

לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

(א1) חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב

החידוש – ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור,

לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

(א2) הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או

לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה

הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום

הביטוח, ויציין בה את זכות המשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד

להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות

נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

(א3) פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבטח לכל יחיד

בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר

בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של

זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

(ב) חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר

לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

8. תביעות

- 8.1 **מבלי לפגוע בזכויות המבוטח על פי פוליסה זו על פי כל דין, המבוטח יודיע למבטח על מקרה הביטוח מהר ומוקדם ככל האפשר, על מנת לאפשר למבטח לברר את חבותו ולטפל בתביעה.**
- 8.2 המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים והמסמכים הרפואיים המתאימים לתביעתו, ומסמכים הדרושים למבטח לבירור חבותו, והכול אם מסמכים אלה מצויים ברשותו של המבוטח, ו/או ביכולתו להשיג אותם. כמו כן המבוטח יחתום על כתב ויתור סודיות רפואית (אם נדרש לעשות כן). **פרטים על אופן הגשת התביעה והמסמכים הנדרשים ניתן למצוא באתר הייעודי לחברי בעל הפוליסה.**
- 8.3 המבטח ישיב למבוטח תוך 21 ימי עבודה על החלטתו לגבי התביעה, או לגבי הצורך במסמכים נוספים הדרושים לו לשם בירור חבותו. במקרים דחופים יטופלו הפניות באופן מיידי.
- 8.4 המבטח יהיה זכאי לנהל, על חשבונו, כל חקירה לשם בדיקת אמיתות העובדות המשמשות יסוד לתביעה, ולבדוק את המבוטח על ידי רופא מטעמו, ובלבד שהבדיקה אינה מסכנת את בריאותו של המבוטח, ו/או עלולה לגרום לו היזק רפואי ו/או אינה בדיקה פולשנית, ומקום ביצועה של הבדיקה יהיה במרחק סביר ממקום מגוריו של המבוטח, ותוך התחשבות ככל הניתן במין הרופא הנובעים מטעמי דת או צניעות.
- 8.5 מובהר בזאת כי המבטח יהיה מנוע מלטעון כי הוא פטור מתשלום תגמולי ביטוח, או הופחתה חבותו לתשלום תגמולי ביטוח, מכיוון שמצבו הרפואי של המבוטח הינו מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם למועד קרות מקרה הביטוח או הינו הגורם לקרות מקרה הביטוח.

9 תגמולי ביטוח

- 9.1 תגמולי הביטוח ישולמו תוך 30 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים שביקש המבטח כדי לברר את חבותו, במשרדי המבטח.
- 9.2 **הגשת קבלות למבטח**
- 9.2.1 לגבי פרקי הפוליסה המבוססים על שיפוי (כגון הוצאות רפואיות עקב תאונה) -תשלום תגמולי ביטוח ישירות למבוטח מותנה בכך שהמבוטח המציא למבטח קבלות מקוריות המאשרות ששילם את התשלום בפועל.
- 9.2.2 במקרה של אובדן הקבלות, או אם הן נדרשות לשם קבלת תגמולי ביטוח במסגרת השב"ן או מגורם אחר, יהיה המבוטח רשאי להגיש למבטח העתקים של הקבלות בצירוף הצהרת המבוטח ו/או מי מטעמו בדבר אובדן הקבלות או לגבי השימוש בהן, או אישור לגבי סכום ההחזר שהתקבל מהשב"ן או מגורם אחר, לפי העניין.

9.3 פטירת מבוטח

נפטר מבוטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח למוטבים הקבועים בטופס ההצטרפות. בהעדר קביעת מוטבים ישולמו תגמולי הביטוח לעיזבונו של המבוטח או ליורשיו, על פי צו קיום צוואה או על פי צו ירושה.

10 כפל ביטוח - סעיפי 10 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשע"ה – 2015

10.1 המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית במקרה של תגמולי ביטוח מסוג פיצוי, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.

10.2 בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

13 תום הביטוח ו/או הפסקתו

13.1 תום תקופת הביטוח עבור כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי **המוקדם** מבין המועדים הבאים:

13.1.1 יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח.

13.1.2 היום האחרון בחודש בו סיים המבוטח את חברותו אצל בעל הפוליסה.

13.1.3 היום האחרון בחודש בו הודיע המבוטח למבטח בכתב על הפסקת הביטוח לגביו.

13.1.4 לגבי בן/בת זוג – היום האחרון בחודש בו הודיעה המבוטח/ת למבטח בכתב על גירושיו/יה. לעניין זה "גירושין" לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין בני זוג – ידועים בציבור.

13.1.5 המועד הנקוב בדף פרטי הביטוח הנקוב לצד כל אחד מפרקי הפוליסה

13.2 מובהר כי פוליסה זו לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל פוליסה זו.

13.3 ביטול הפוליסה על ידי המבטח

המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הפוליסה במהלך תקופת הביטוח, ובכפוף לכל דין, למעט במקרה שהמבוטח אינו משלם או לא שילם דמי ביטוח כסדרם. במקרה זה יבוטל הביטוח לאותו מבוטח שעבורו לא שולמו דמי הביטוח, על פי הוראת חוק חוזה הביטוח.

14 ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח

14.1 המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב לבעל הפוליסה בכל עת וללא סיבה שהיא.

14.2 ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה לגבי כל המבוטחים.

14.3 ביטול הפוליסה על ידי מבוטח שהינו חבר, משמעו ביטול הפוליסה גם לגבי בן/ת זוג וילדיו. ביטול הביטוח של בן/ת זוג ו/או ילדיו של החבר לא יהווה ביטול הפוליסה של מבוטח שהינו חבר, אלא אם ביקש זאת החבר במפורש.

15 המשכיות

המשכיות הביטוח למבוטחים במקרה של תום הביטוח או הפסקתו

15.1 עם סיום תום תוקף הביטוח או הפסקתו כמצוין בסעיף 13.1.1 לעיל, יהיו רשאים המבוטחים לרכוש ביטוח פרטי מסוג תאונות אישיות ו/או ביטוח המעניק כיסוי דומה לזה שהיו זכאים לו

במסגרת ביטוח זה, לא יאוחר מ- 90 יום מיום סיום ההסכם או ביטולו, על פי התעריף שיהיה תקף באותו עת לכלל המבוטחים אצל המבטח זה ובהנחה בשיעור 20% ל-5 שנים הפרט, בכפוף לגיל המבוטח בעת מימוש זכות זאת, ובתנאי שבמועד הרכישה אינו זכאי לתגמולי ביטוח בגין אי כושר עבודה מלא.

15.2 ההצטרפות לביטוח הפרטי בנסיבות המצוינות לעיל תהיה ברצף ביטוחי מלא.

16 דמי הביטוח

16.1 הפרמיות החודשיות בשקלים חדשים עבור כל מבוטח הינן כמפורט בהסכם הביטוח, והמופיעות ב"גילוי נאות" המצורף לפוליסה זו. הפרמיות הינן עפ"י מדד נובמבר 2019 אשר פורסם ב- 15 בדצמבר 2019 ויהיו צמודות למדד.

16.2 בתום 18 חודשים קלנדריים ממועד תחילת הסכם הביטוח (להלן – "יום עריכת החשבון") ומדי 12 חודשים עוקבים, ייערך חישוב לצורך קביעת דמי הביטוח עבור 12 החודשים הבאים.

16.3 החישובים ייערכו על פי הכללים המפורטים בהסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה לבין המבטח

17 הצמדה

17.1 כל הסכומים הנקובים בפוליסה זו, לרבות סכומי הביטוח ודמי הביטוח שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי המבטח ו/או המבוטח הכול פי העניין, יהיו צמודים למדד.

17.2 חישוב הצמדה יעשה עפ"י היחס שבין המדד הידוע האחרון אשר פורסם לפני מועד התשלום בפועל על ידי המבטח לגבי תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח, או על-ידי המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין המדד הבסיסי של הפוליסה.

17.3 מועד התשלום לעניין פוליסה זו הינו המועד הנקוב בהמחאה או מועד ההעברה הבנקאית לפי העניין.

18 שינויים בפוליסה

18.1 בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע בכל עת למבטח על רצונו לנהל משא ומתן כדי לערוך שינויים/שיפורים בתנאי הפוליסה, ו/או להאריך או לקצר את תקופת הסכם הביטוח, ו/או לעדכן את תנאי הביטוח בהתאם להנחיות או תקנות המפקח על הביטוח כפי שיהיו מעת לעת (להלן "תיקון הפוליסה"). במקרה כזה ינהלו הצדדים משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה.

18.2 לא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי התיקון המבוקש ו/או לגבי העלויות הכרוכות בכך, יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא את הסכם הביטוח לסיומו, אף אם טרם חלפה במלואה תקופת הביטוח, בהודעה בכתב שיעביר למבטח 90 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה.

19 ביטול הביטוח סעיפי 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשע"ה – 2015

(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4(ב), והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

(ב) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה" – למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

(ג) על אף האמור בתקנה 9(ב), פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 12(1), מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

| | |
|------|--|
| 20 | גבול אחריות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל |
| | מוצהר ומוסכם כי ביטוח זה מכסה את המבוטח בכל שעות היממה בהימצאו בארץ או בחו"ל. |
| 21 | חובת בעל פוליסה |
| | לפני תחילת תקופת הביטוח, ימסור בעל הפוליסה למבטח הצהרה והתחייבות כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו, ולא תהיה לו, כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה. |
| 22 | גבייה מיסים והיטלים |
| | מובהר בזאת כי מיסים ממשלתיים ואחרים החלים ו/או יחולו עפ"י דין ישיר על המבטח, בין אם בגין הפוליסה ובין אם לאו, ישולמו ע"י המבטח ללא זכות קיזוז מהמבוטח או מבעל הפוליסה. עוד יובהר כי לא יהיה בהוראות סעיף זה כדי לשלול מן המבטח זכות, תרופה או סעד כלפי המבוטח, להן יהיה זכאי לפי כל דין. |
| 24 | התיישנות |
| | תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו, הינה שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח. למרות האמור, תקופת התיישנות למקרה ביטוח של נכות מתאונה תמנה מהמועד בו גובשה הנכות. |
| 25 | חוק הביטוח |
| | הוראות חוק הביטוח התשמ"א-1981 יחולו על פוליסה זו וגוברים על הוראות הפוליסה. |
| 26 | הודעות |
| | על המבוטח להודיע לבעל הפוליסה על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום. הודעה שתישלח על ידי מבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של המבוטח, תחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה. |
| 27 | שונות |
| 26.1 | בכל מקרה בו מנוסחת הפוליסה ונספחיה בלשון זכר הכוונה היא גם ללשון נקבה, ולהיפך. |
| 26.2 | המבטח ישלח למבוטח לפי דרישתו העתק מההסכם שבינו לבין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה אצלו בקשת המבוטח. |

26.3 במקרה של סתירה בין הוראות פרק זה (תנאים כלליים) לבין הוראות כל פרק, או בין כל פרק אחד למשנהו, או אם תהיה אי בהירות לגבי הפירוש הנכון של הוראה כלשהי, יפורש הדבר לטובת המבוטח.

פרק ג' - חריגים כלליים

המבטח לא יהיה אחראי, ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים שלהלן ו/או שנגרמו ו/או הינם כתוצאה מאחד או יותר מהאירועים הבאים:

- 1.1 מוות כתוצאה ממחלה
 - 1.2 נכות כתוצאה ממחלה, ושלא נגרמה כתוצאה מתאונה, יובהר כי תכוסה מחלה אם רופא מומחה קבע שהמחלה נבעה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.
 - 1.3 קרינה יונית או גרעינית, קרינה או זיהום רדיו אקטיביים, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני או פסולת גרעינית, בעירת דלק גרעיני.
 - 1.4 פעולה תחת השפעה של אלכוהול או סמים או תרופות שלא נרשמו על ידי רופא מוסמך.
 - 1.5 פעולה פלילית של המבוטח.
 - 1.6 התפרעות, התקהלות, אסורה ושביעות שבהן השתתף המבוטח.
 - 1.7 נסיעה בכלי טיס שאינו מורשה כחוק, או נסיעה כאיש צוות בכלי טיס כלשהו.
 - 1.8 פעילותו של המבוטח כספורטאי רשום בקבוצת ספורט. למען הסר ספק, השתתפותו של המבוטח במסגרת הליגה למקומות עבודה ו/או חוגי ספורט, ו/או תחרויות ספורט עממי, שאין שכר בצידן לא תיחשב כפעילות במסגרת קבוצת ספורט.
 - 1.9 מעשה שבו המבוטח העמיד עצמו מדעת לסכנה, אלא אם כן נעשה הדבר לצורך הצלת נפשות
 - 1.10 פעילותו של המבוטח בציד, טיפוס הרים בעזרת מדריכים וחבלים, גלישה ממצוקים, צלילה לעומק העולה על 30 מטר, צניחה, גלישה או דאייה באויר, השתתפות במרוצי תחרות מקצועני למיניהם יובהר כי מרוצים עממיים לא יחשבו כתחרות מקצוענית לעניין פוליסה זו.
 - 1.11 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.
 - 1.12 עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר. לא קוימה חובת המבוטח לפי סעיף 22 או לפי סעיף 23 לחוק חוזה ביטוח, וקיומה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קוימה החובה. הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
 - 1.12.1 החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות
 - 1.12.2 אי קיומה או איחורה לא מנע מהמבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.
- 2 סייג בשל מצב רפואי קודם:
- 2.3 המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שאירע בתקופות המצוינות בס"ק א' ו ב', לפי העניין, שהגורם העיקרי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. דהיינו מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיימו בששת החודשים שקדמו למועד

ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל בזמן עפ"י גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

א. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו פחות מ- 65 שנים – החריג יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

ב. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר – החריג יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

2.4 יובהר כי חריג או סייג למצב רפואי קודם כאמור בסעיף 2.1, לא יחול על מקרה ביטוח עקב תאונה.

2.5 חריג או סייג למצב רפואי קודם כאמור בסעיף 2.1 לא יחול על בעיה רפואית עליה נשאל המבוטח בשאלון החיתום הרפואי אם נשאל עליה.

2.6 סייג לחבות המבטח או לגבי היקף הכיסוי הביטוחי בשל מצב רפואי מסוים עליו הצהיר המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, יהיה תקף לתקופה שצוינה ע"י המבטח בדף פרטי הביטוח. אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.

2.7 יובהר כי המבטח יהיה מנוע מלטעון כי הוא פטור מתשלום תגמולי ביטוח, או הופחתה חבותו בגין מקרה ביטוח עקב תאונה, בשל מצב רפואי קודם של המבוטח, או מקרה ביטוח עקב תאונה הינו מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, או מצבו הרפואי הקודם של המבוטח הינו הגורם לקרות מקרה הביטוח.

פרק ד' – ביטוח נכות ופטירה כתוצאה מתאונה

1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו אחד מאלה:

- 1.1 פטירתו של המבוטח עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2 נכותו הצמיתה של המבוטח עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, ובתנאי שהנכות, לרבות החמרתה, גובשה במהלך 3 שנים מקרות מקרה הביטוח.

2. מועד קרות מקרה הביטוח

מועד קרות מקרה הביטוח לגבי מקרה נכות מתאונה הינו המועד בו אירעה התאונה.
מועד קרות מקרה הביטוח לגבי פטירתו של המבוטח הינו המועד בו אירעה התאונה.

3. סכום הביטוח במקרה של פטירה כתוצאה מתאונה

במקרה ביטוח שבו מת המבוטח כתוצאה מתאונה, ישלם המבטח למבוטח או למוטב או ליורשי המבוטח או למבצעי צוואתו סכום ביטוח בגובה 150,000 ₪

4. סכום הביטוח במקרה של נכות מלאה צמיתה

- 4.1 לגבי מבוטח שבמועד קרות מקרה הביטוח טרם מלאו לו 65 שנה, סכום הביטוח המרבי בגין נכות מלאה צמיתה (100% נכות צמיתה) הינו הסכום – 150,000 ₪.
- 4.2 סכום הביטוח למבוטח שבמועד קרות מקרה הביטוח מלאו לו 65 שנים ומעלה, סכום הביטוח המרבי בגין נכות מלאה צמיתה (100% נכות צמיתה) הינו הסכום – 150,000 ₪.

5. סכום הביטוח במקרה נכות חלקית צמיתה

- 5.1 אם נגרמה למבוטח נכות חלקית צמיתה, ישלם המבטח למבוטח תגמולים בשיעור הנכות שנקבעה למבוטח, מתוך סכום הביטוח הנקוב בסעיף 3 למקרה של נכות מלאה וצמיתה.
- 5.2 מובהר ומוצהר כי אם נקבעה למבוטח נכות בשיעור של 75% או יותר יהיה זכאי למלוא סכום הביטוח כמפורט בסעיף 4 לעיל, לפי העניין.

6. חישוב תגמולי הביטוח לנכות צמיתה

- 6.1 אם במהלך תקופת הביטוח אירע למבוטח מקרה ביטוח שבגינו נגרמו לו מספר פגיעות שכל אחת מהן מזכה באחוזי נכות, ישוקללו אחוזי הנכות שנקבעו עבור הפגיעה הראשונה עם אחוזי הנכות שנקבעו עבור הפגיעות הנוספות. שיעור הנכות הצמיתה יחושב מתוך ההפרש שבין 100 אחוז לבין שיעור הנכות שנקבעו עבור הפגיעות האחרות.
- 6.2 אם במהלך תקופת הביטוח אירע למבוטח מקרה ביטוח שבגינו נקבעו למבוטח אחוזי נכות, ולאחר מכן אירע מקרה ביטוח נוסף שגם בגינו נקבעו אחוזי נכות, ישוקללו אחוזי הנכות שנקבעו עקב מקרה הביטוח הראשון עם אחוזי הנכות שנקבעו עקב מקרה ביטוח הנוסף. שיעור הנכות הצמיתה עקב מקרה הביטוח השני יחושב מתוך ההפרש שבין 100 אחוז לבין שיעור הנכות שנקבע באירוע הראשון.

6.3 אם נקבעה למבוטח נכות לפני מועד תחילת הביטוח, לא ישוקללו אחוזי הנכות הללו עם אחוזי הנכות שייקבעו במסגרת ביטוח זה, אלא אם הנכות שנקבעה לפני מועד תחילת הביטוח מתייחסת לאותו איבר שנפגע במהלך תקופת הביטוח.

6.4 מובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין אחוזי נכות שנקבעו לו טרם הצטרפותו לביטוח. כמו כן לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין נכות עקב תאונה שאירעה טרם הצטרפותו לביטוח, או עקב מחלה שאובחנה אצלו טרם הצטרפותו לביטוח.

6.5 אם שולם למבוטח פיצוי בגין נכות עקב תאונה, ותוך 12 חודשים ממועד התשלום נפטר המבוטח עקב אותו מקרה ביטוח, ינוכה סכום הפיצוי ששולם מסכום הביטוח למקרה פטירה.

6.6 מובהר כי סך תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח נכות עקב תאונה, אחד ו/או בגין כל מקרי הביטוח יחד, שאירעו במהלך תקופת הביטוח, לא יעלו על תקרת חבותו המרבית של המבטח כמצוין בסעיף 5 לעיל.

7. קביעת הנכות הרפואית הצמיתה

7.1 דרגת הנכות הרפואית שנגרמה למבוטח עקב תאונה המכוסה על פי פוליסה זו, תיקבע על פי המבחנים הרלוונטיים שנקבעו לפגיעה מהסוג הנדון שבתקנות הביטוח הלאומי (להלן "המבחנים"), למעט קביעה של אחוזי נכות בגין "תקנת מקצוע" (תק' 15). אין בקביעת נכות כאמור כדי להחיל על פוליסה זו הוראה כלשהי מתוך חוק הביטוח הלאומי ותקנותיו.

7.2 לא פורטה הפגיעה במבחנים על פי סעיף 7.1, תיקבע דרגת הנכות על ידי רופא מומחה למקרה הפגיעה, לפי הפגיעה הדומה לה מבין הפגיעות שנקבעו במבחנים. אם יתגלעו חילוקי דעות בנוגע לקביעת הנכות עפ"י סעיף זה, תיקבע דרגת הנכות עפ"י רופא מומחה תעסוקתי שימונה ע"י יועץ הביטוח, המבטח ישא בעלות שכר טרחתו של הרפא התעסוקתי.

8. סייג לפרק זה

בנוסף לחריגים הכלליים המצוינים בפרק ג', המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים שלהלן ו/או שנגרמו/או שהינם כתוצאה מאחד או יותר מהאירועים הבאים:

8.1 מוות או נכות כתוצאה ממחלה, אלא אם רופא מומחה קבע שהמחלה נבעה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח. יובהר כי הידבקות מנגיף או וירוס לא תיחשב כתאונה על פי פוליסה זו.

פרק ה- פיצוי נוסף במקרה של מצב סיעודי כתוצאה תאונה

1. מקרה הביטוח

מצבו הסיעודי של המבוטח עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח. לעניין פרק זה מצב סיעודי : מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, אשר בגינה הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או 2 מתוך 6 הפעולות בלבד כשאחת מהן הינה אי שליטה על הסוגרים :

1. **לקום ולשכב** : יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ו/או לקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ו/או ממיטה.
2. **להתלבש ולהתפשט** : יכולתו העצמאית של המבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג, ובכלל זה להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.
3. **להתרחץ** : יכולתו העצמאית של בעל הפוליסה להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.
4. **לאכול ולשתות** : יכולתו העצמאית של המבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה בעזרת קשית, ולא אכילה בעזרת קשית), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.
5. **לשלוט על סוגרים** : יכולתו העצמאית של המבוטח לשלוט 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.
6. **ניידות** : יכולתו העצמאית של המבוטח 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 בעל הפוליסה לנוע. אולם, ריתוק למיטה או שימוש בכסא גלגלים, ייחשב כאי יכולתו של בעל הפוליסה לנוע.

2. מועד קרות מקרה הביטוח

המועד בו אירעה התאונה שהיוותה את הסיבה העיקרית למצבו הסיעודי של המבוטח.

3. תקופת המתנה

- 3.1. במקרה של אי כושר מלא כתוצאה ממחלה או תאונה תקופת המתנה הינה 90 ימים.
- 3.2. במהלך תקופת המתנה לא יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח.
- 3.3. זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח תחל בתום תקופת המתנה, ובתנאי שנמצא במצב מזכה במועד זה.
- 3.4. הזכאות לתגמולי ביטוח בגין מצב סיעודי חוזר, שנגרם מאותו מקרה ביטוח בתוך 12 חודשים, הינה ללא תקופת המתנה.

4. פיצוי שבועי במקרה של מצב סיעודי

5. תגמולי ביטוח

בנוסף לתגמולי הביטוח להם זכאי המבוטח על פי פרק א' לעיל, במקרה שבו הפך לבעל צורך סיעודי עקב תאונה ישלם המבוטח פיצוי בסך 25,000 ₪ לאחר תקופת המתנה של 3 חודשים אשר מתחילה במועד בו נקבע כי המבוטח כבעל צורך סיעודי, ובמהלכה היה מבוטח במצב סיעודי באופן רצוף. וסכום נוסף בסך 25,000 ₪ לאחר תקופה בת 12 חודשים נוספים מהמועד בו נקבע כי המבוטח בעל צורך סיעודי, ובמהלכה היה המבוטח במצב

סיעודי באופן רצוף.

6. תביעה חוזרת

אם הפסיק המבטח לשלם את גמלת הסיעוד עקב שיפור במצבו של המבוטח ויציאתו ממצב סיעודי, ובתוך 12 חודשים ממועד הפסקת התשלומים חזר המבוטח להיות בעל צורך סיעודי, ישלם המבטח גמלת הסיעוד מיום בו חזר למצב סיעודי ללא צורך בתקופת המתנה נוספת.

פרק ו- פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה או מחלה

1. מקרה הביטוח:

אשפוזו של המבוטח בבית חולים עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח. מובהר כי המועד הקובע הוא המועד בו אושפז המבוטח לראשונה. המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח אם המועד בו אושפז לראשונה התקיים במהלך תקופת הביטוח.

2. תגמולי הביטוח

- 2.1 מבוטח אשר אושפז בבית חולים כללי או בבית חולים שיקומי, כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח לתקופה רציפה העולה על 4 ימים, יהיה זכאי לפיצוי בגובה 100 ₪ לכל יום אשפוז, החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית בת 60 ימים.
- 2.2 מבוטח אשר אושפז בבית חולים כללי או בבית חולים שיקומי, כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% עבור שירותי סיוע ע"י אחות או כח עזר, לתקופה מרבית בת 60 ימים, ועד הסכום של 280 ₪ לכל יום אשפוז, החל מהיום השני לאשפוז.

3. אשפוז חוזר

אם במהלך 3 חודשים אושפז המבוטח יותר מפעם אחת בגין אותו מקרה ביטוח, יחושבו שתי תקופות האשפוז כאילו הייתה זו תקופה אחת רצופה. אם בין שתי תקופות האשפוז הנוסף חלפו יותר מ-12 חודשים, אזי האשפוז ייחשב כתקופת אשפוז חדשה.

פרק ז' - ביטוח שבר כתוצאה מתאונה

1. מקרה הביטוח

שבר הנגרם כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, ואובחן תוך 3 חודשים מיום האירוע התאונתי. (להלן "שבר תאונתי").

2. מועד קרות מקרה הביטוח

המועד בו אירעה התאונה אשר היוותה את הסיבה העיקרית לשבר אצל המבוטח.

3. חישוב תגמולי הביטוח לשבר תאונתי

3.1 המבטח ישלם למבוטח את שיעור הפיצוי כמצוין לצד האיבר, ועד: מתוך סכום הביטוח השווה ל - 10,000 ₪.

| שיעור הפיצוי | איבר | שיעור הפיצוי | איבר |
|--------------|--------------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| 35% | חוליה – קשת חולייתית (למעט עצם הזנב) | 100% | חוליה – גוף חולייתי (למעט עצם הזנב) |
| 10% | שורש כף היד | 100% | אגן |
| 10% | קרסול | 100% | גולגולת (למעט האף והשיניים) |
| 10% | עצם הזנב | 50% | חזה (כל צלע ועצם בחזה) |
| 3% | כף יד ואצבעות | 50% | כתף (עצם הבריח ועצם השיכמה) |
| 3% | כף רגל ואצבעות | 35% | יד |
| 3% | אף | 35% | רגל |

3.2 אם כתוצאה מאותו אירוע שבר תאונתי נשברה יותר מעצם אחת, יחוברו סכומי הביטוח (כל שבר יחשב עפ"י שיעורו מסכום הביטוח המלא) מתוך לוח הפיצויים, ובלבד שסכום הביטוח הכולל לא יעלה על סכום הביטוח כמצוין בסעיף 3.1.

3.3 מובהר כי אם עקב תאונה נגרמו מספר שברים באותו איבר (לדוגמא מספר שברים ביד או שבר במספר אצבעות באותה כף יד או שבר במספר צלעות), יהיה זכאי המבוטח לפיצוי אחד כאילו נגרם שבר אחד בלבד.

3.4 מובהר כי במהלך תקופת הביטוח יהיה זכאי המבוטח לפיצוי עבור שבר באותו איבר פעם אחת בלבד, ולא יהיה זכאי לתגמול נוסף בגין שבר חוזר באותו איבר.

3.5 מובהר כי סך תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח אחד ו/או בגין כל מקרי הביטוח יחד, שאירעו במהלך תקופת הביטוח, לא יעלו על תקרת חבותו המרבית של המבטח כמצוין בסעיף 3.1.

4. סייג מיוחד לפרק זה

פרק זה אינו מכסה מקרה של שבר הנגרם מתהליך הדרגתי מתמשך.

פרק ח' - אירוע כווייה כתוצאה מתאונה

1. **מקרה הביטוח**
כווייה שנגרמה כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, תוך 3 חודשים מיום שקרתה התאונה. (להלן "כווייה תאונתית").

2. **מועד קרות מקרה הביטוח**
המועד בו אירעה התאונה אשר היוותה את הסיבה העיקרית לכווייה אצל המבוטח.

3. **חישוב תגמולי הביטוח לכווייה תאונתית**
3.1 המבטח ישלם למבוטח את שיעור הפיצוי כמצוין לצד חומרת הכווייה, מתוך סכום הביטוח השווה ל - ועד 10,000 ₪

| שיעור הפיצוי – כווייה מדרגה שלישית | שיעור הפיצוי – כווייה מדרגה שנייה | היקף הכווייה ביחס לשטח פני הגוף |
|---------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| 100% | 50% | 28%-100% |
| 80% | 40% | 20%-27% |
| 60% | 30% | 10%-19% |
| 20% | 10% | 4.5%-9% |

3.2 מובהר כי סך תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח אחד ו/או בגין כל מקרי הביטוח יחד, שאירעו במהלך תקופת הביטוח, לא יעלה על תקרת חבותו המרבית של המבטח כמצוין בסעיף 3.1.

פרק ט' – הוצאות רפואיות עקב תאונה

- 1 **מקרה הביטוח**
טיפול רפואי שקיבל המבוטח עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.
- 2 **תגמולי ביטוח**
המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% מהוצאותיו בגין שירותים רפואיים ושירותי שיקום, ועד לסכום של 10,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.
- 3 **שירותים רפואיים**
שירותים רפואיים לעניין פרק זה: פינוי רפואי ממקום התאונה, בדיקות אבחון, ניתוחים (לרבות ניתוחים קוסמטיים הנדרשים עקב התאונה) ו/או טיפולים מחליפי ניתוח, טיפולי פיזיותרפיה ושיקום, טיפולים ברפואה משלימה, טיפולים פסיכולוגיים, אביזרים רפואיים, ו/או כל טיפול רפואי אחר על פי הוראת רופא מומחה וכן הוצאות הנדרשות בנסיעה לצורך קבלת הטיפולים בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח.

פרק י – חבות כלפי צד שלישי

1. **חבות כלפי צד שלישי**
המבטח ישפה את המבוטח בגין חבות חוקית כלפי צד שלישי עד לסכום הנקוב בטבלת תגמולי הביטוח לכל מבוטח, עבור נזק גוף או רכוש אשר אירעו בתקופת הביטוח, ואשר בגינם חב המבוטח לצד שלישי עפ"י פקודת הנזיקין.
2. **סכום הביטוח**
סכום הביטוח המרבי בגין חבות החוקית לצד ג של המבוטח, לרבות השתתפות בהוצאות משפטיות סבירות לא יעלה על 25,000 ₪.
3. **סייגים לחבות המבטח - חבות כלפי צד שלישי**
לא ישולמו תגמולי ביטוח לפי פרק זה כאשר חבותו של המבוטח כלפי צד שלישי הינה חבות מהחבויות להלן, או נובעות במישרין או בעקיפין מהן:
 - 3.1 חבות מעבידים, חבות חוזית או חבות כלפי בן משפחה קרוב של המבוטח.
 - 3.2 חבות עקב מעשה מכוון, מעשה זדון, או מעשה בלתי חוקי.
 - 3.3 אחריותו המקצועית של המבוטח.
 - 3.4 חבות עקב בעלות או חזקה או בעלות על נדל"ן ומקרקעין.
 - 3.5 בעלות או שימוש בכלי רכב מנועי, בכלי טיס או בכלי שיט.
 - 3.6 חבות כתוצאה מעיסוק בטיפוס הרים, בצלילה, שימוש בנשק.

פרק י"א - הוצאות רפואיות מיוחדות

המבטח ישפה את המבוטח בקרות מקרה הביטוח כאמור בפרק זה, ובכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה, ובכפוף לחריגים הכלליים כאמור בפרק ב'.

1. מקרה הביטוח

גילוי אחת המחלות או האירועים הרפואיים המפורטים להלן, במהלך תקופת הביטוח.

2. מועד קרות מקרה הביטוח

מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו אובחן המצב הרפואי המזכה בתגמולי ביטוח כמפורט להלן, על פי אבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיותו.

1. 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 נויירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמא" גלגו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale)

2. דלקת מוח (Encephalitis) –

2.1 דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נויירולוג מומחה יותירו נזק נויירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיו המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות:

2.2 לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9. הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס

3. דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis) –

דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה אשר לדעת נויירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך ואשר בעקבותיה המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.

הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.

4. יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension) –

עלייה 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 או לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

5. אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure) –

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

1. הקטנה חדה של נפח הכבד.

2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה.
3. ירידה חדה בבדיקות דם הבאות בתפקודי הכבד – PT או רמות פקטורים 5 ו-7.
4. צהבת מעמיקה.
6. **תרדמת (COMA) –**
- מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.
7. **מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) (Terminal Liver Disease) –**
- מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:
1. צהבת;
 2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;
 3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;
 4. אנצפלופטיה כבדית;
 5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפרוטלי, או היפרספליזם.
8. **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.
9. **מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) –**
- מחלת ריאות כרונית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:
1. נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפוי לפי מין וגובה ואו הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך;
 2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 ממ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 ממ"כ
10. **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.
11. **אי ספיקת כליות סופנית (End Stage Renal Failure) –**
- חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייבת חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.

- 12. מחלה סופנית (Terminal Illness)**
המבוטח סובל ממצב רפואי בלתי הפיך ומתקדם, שעל פי חוות דעת רופא מומחה, יביא למוות המבוטח תוך 12 חודשים".
- 13. צפדת (טטנוס) (Tetanus) –**
מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium Tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.
- 14. 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.
- 15. חירשות (Deafness) –**
אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.
- 16. עיוורון (Blindness) –**
איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
- 17. 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.
- 18. כוויות קשות (Severe Burns) –**
כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.
- 19. פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis) –**
שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- 20. 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).
- 21. ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) –**
עדות לפגיעה משולבת בנוירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.
- 22. טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis) –**
דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במוח או בעמוד השדרה הגורמת לחוסר נוירולוגי 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 לנוירולוגיה .

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

23. 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.

24. 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 נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9.

25. ניוון שרירים – MUSCULAR DYSTROPHY

אבחנה של ניוון שרירים על ידי נוירולוג מומחה המבוססת על הממצאים הבאים במצטבר:

1. הופעה קלינית בנוכחות נוזל שדרה תקין, ירידה קלה ברפלקסים גידיים והיעדר הפרעה תחושתית.

2. תרשים אלקטרומיוגרם EMG אופייני.

3. חשד קליני שאומת על ידי ביופסיית שריר

4. גיל המבוטח מעל 12 שנה

26. 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 G\ML 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 פקטוריס).

27. 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.

28. קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy) –

מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment . התנאי לתשלום הוא שהמחלה נמשכת לפחות 6 חודשים ונתמכת בבדיקות הדמיה.

29. ניתוח לב פתוח להחלפה או תיקון מסתמי לב Open Heart Surgery for Valve Replacement or (rapair)

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

30. ניתוח אבי העורקים (Aorta) –

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.

31. שבץ מוחי (CVA) –

כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. כל זאת להוציא – TIA.

32. צנתור כלילי טיפולי - CORONARY ANGIOPLASTY

טיפול ראשון בהיצרות או בחסימה בכלי דם כלילי אחד או יותר באמצעות ניפוח בלון בצנתור (RTANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLADT PERCUTANEOUS), חיתוך בלה (RTHERECTOMY), 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.**

33. אנמיה אפלסטית חמורה - (Severe Aplastic Anemia) –

כשל של מח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה נוטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים :

1. עירוי מוצרי דם
 2. מתן חומרים/תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם.
 3. מתן חומרים/תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים).
 4. השתלת מוח עצם שקדמה להשתלה אבלציה של מח העצם .
- מקרה הביטוח אינו כולל השתלת תאי גזע המטופואטיים בהן לא בוצעה אבלציה של מח העצם בטיפול.**

34. 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 סיטו (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 ו 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 /ul B cell lymphocytes 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).

35. 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 והמטומות.

3. סכום הביטוח

- 3.1 המבטח ישפה את המבוטח בשיעור 80% מההוצאה בפועל, ועד 100,000 ₪ עבור הוצאות רפואיות כמפורט להלן, אותם שילם המבוטח במהלך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.
- 3.2 השתתפות עצמית ראשונית
המבוטח יישא בתשלום השתתפות עצמית ראשונית בסך 2,000 ₪ לכל מקרה ביטוח. לאמור, חבות המבטח כאמור בסעיף 3.1 לעיל, הינה עבור שירותים רפואיים שהוציא המבוטח מעבר להשתתפות העצמית כאמור לכל מקרה ביטוח.

3.3 מובהר כי אם המבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה במקרה של מקרה ביטוח נוסף, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר. בכל מקרה, סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח לא יעלה על הסכום הנקוב בסעיף 3.1, לפי העניין, בכל תקופת הביטוח.

3.4 **הוצאות רפואיות עפ"י פרק זה יוגדרו** – כל טיפול או שירות רפואי לרבות ומבלי למצות: עלות אשפוז בבית חולים, והוצאות בגין שירותים אותם קיבל המבוטח במהלך האשפוז אותם נדרש המבוטח לשלם ישירות לבית החולים, שירותי ניתוח ואשפוז, סיוע והשגחה, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, תוספי מזון וויטמינים, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה, שירותי סיוע וטיפול סיעודי, אביזרים רפואיים מושתלים וחיצוניים, אמצעים טכנולוגיים מתקדמים לביצוע ניתוח, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות, והוצאות העברה באמבולנס לצורך קבלת הטיפולים.

4. חריגים

המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פרק זה אם קיום המחלה נתגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.

פרק י"ב - פיצוי שבועי בגין אי כושר עבודה עקב תאונה או מחלה

1. הגדרות לעניין פרק זה
"אי כושר מלא" - אי יכולתו של המבוטח לעבוד בשיעור 75% או יותר משעות העבודה.
"שעות עבודה" - ממוצע שעות עבודה השבועיות שעבד המבוטח ב 12 השבועות טרם קרות מקרה הביטוח.
"מבוטח" - מבוטח לענין הכיסוי בסעיפים 1 עד 7 הינו מבוטח שטרם מלאו לו 67 שנים. מבוטח לעניין הכיסוי על פי סעיף 8 הינו מבוטח שמלאו לו 67 שנים
2. **מקרה הביטוח**
אי כושר עבודה זמני של המבוטח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח או כתוצאה ממחלה.
3. **פיצוי שבועי במקרה של אי כושר מלא**
במקרה שבו נגרם למבוטח אי כושר מלא לעבודה כתוצאה מתאונה או מחלה, ישלם המבוטח למבוטח פיצוי של 1,000 ₪ לשבוע לאחר 21 ימי המתנה
4. **פיצוי שבועי במקרה של אי כושר חלקי**
 - 4.1 במקרה שבו נגרם למבוטח אי כושר חלקי זמני לעבודה כתוצאה מתאונה או מחלה, ישלם המבוטח פיצוי שבועי באופן יחסי לפגיעה בכושר עבודתו. לדוגמה אם המבוטח אינו מסוגל לעבוד 50% משעות העבודה, יהיה זכאי לפיצוי שבועי בשיעור של 50% מסכום הפיצוי בגין אי-כושר מלא זמני לעבודה. אם המבוטח אינו מסוגל לעבוד 25% משעות העבודה, יהיה זכאי לפיצוי שבועי בשיעור של 25% מסכום הפיצוי בגין אי-כושר מלא זמני לעבודה.
 - 4.2 מובהר כי אם נפגע כושרו של החבר פחות מ 25%, לא יהיה זכאי לפיצויים עקב אי כושר חלקי זמני לעבודה.
 - 4.3 מובהר בזאת כי מבוטח שטרם מלאו לו 67 שנים שבמועד קרות מקרה הביטוח לא היה מועסק (לרבות שעיסוקו בניהול משק ביתו), יהיה זכאי לפיצוי שבועי בחלוף תקופת ההמתנה רק אם נקבע ע"י רופא תעסוקתי כי המבוטח מרותק לביתו ברוב שעות היממה ועקב כך אינו יכול לעסוק בכל עבודה שהיא. (להלן "בעל אי כושר עבודה מוחלט").
 - 4.4 אם הוכר המבוטח כבעל אי כושר עבודה מלא, וחזר לעבוד במשרה חלקית אצל מעבידו או אצל מעביד אחר, בעיסוקו או בעיסוק אחר, תמורת תגמול או רווח, יהיה זכאי לפיצוי בגין אי כושר חלקי. זכאותו לתגמולי ביטוח תהיה בכפוף להיקף שעות העבודה שנבצר ממנו לעבוד וכמפורט בס"ק 4.1.
5. **המועד הקובע**
המועד הקובע לצורך חישוב תגמולי הביטוח, יהיה המועד הנקוב באישור המחלה שניתן ע"י רופא מוסמך.
6. **תקופת המתנה**
 - 6.1 המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח לאחר תקופת המתנה של 21 יום רצופים, במהלכם היה המבוטח באי כושר עבודה, לאמור החל מהיום ה-22 שלאחר קרות מקרה הביטוח

- 6.2 מובהר כי אם בתקופת ההמתנה היה המבוטח באי כושר זמני ושב לעבודתו, ותוך תקופה של עד 30 ימי עבודה חזר להיות באי כושר עקב אותו מקרה ביטוח, יראו את שתי תקופות אי הכושר כתקופה רציפה אחת לעניין חישוב ימי ההמתנה.
7. **תקופת הפיצוי לתשלום תגמולי ביטוח עקב אי כושר לעבודה.**
- 7.1 מבוטח יהיה זכאי לפיצוי השבועי בחלוף תקופת ההמתנה, וכל עוד נמשכת תקופת אי הכושר, אך לא יותר מתקופה בת 260 שבועות, (קרי 5 שנים), או עד תום החודש בו מלאו לו 67 שנים, לפי המוקדם מביניהם, בין שהפיצוי השבועי הוא על בסיס אובדן חלקי או מלא של כושר עבודה.
- 7.2 אם זכאי המבוטח לפיצוי שבועי בגין אי כושר עבודתו ומלאו למבוטח 67 שנים תבחן זכאותו של המבוטח מחדש וזכאותו לתגמולי ביטוח ייקבעו על פי התנאים הקבועים בסעיף 8 להלן.
- 7.3 **אובדן כושר עבודה כתוצאה מסיבוכי הריון או לידה**
מבוטחת אשר הוגדרה כבעלת אובדן כושר עבודה כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת רציפה העולה על תקופת ההמתנה, ולא יותר מתקופת פיצוי בת 6 חודשים.
- 7.4 **אי כושר חוזר**
אם שולם למבוטח פיצוי שבועי, ותוך 90 ימים מיום הפסקת תשלום הפיצוי כאמור חזר המבוטח למצב אי כושר בשל אותה תאונה או מחלה אשר בגינה כבר קיבל פיצוי שבועי, לא יהיה חייב בתקופת המתנה נוספת.
8. **זכאות לפיצוי למבוטח שמלאו לו 67 שנים.**
- 8.1 מבוטח שמלאו לו 67 שנים יהיה זכאי לפיצוי בסך 1,000 ₪, בחלוף תקופת ההמתנה של 60 יום אם נמצא זכאי לפחות 6.5 נקודות על פי מבחן התלות של הביטוח הלאומי.
- 8.2 בחינת זכאותו של מבוטח לפיצוי שבועי כאמור הינה בין אם המבוטח היה זכאי לפיצוי לפני שמלאו 67 שנים (על פי התנאים המצוינים בסעיף 7.1 לעיל) ובין אם זכאותו לפיצוי נקבעה לראשונה לאחר שמלאו לו 67 שנים.
- 8.3 **מובהר בזאת כי מבוטח שלא מלאו לו 67 שנים אינו זכאי לפיצוי על פי סעיף 8.1 לעיל.**
9. **הגשת תביעה**
- 9.1 בעת הגשת התביעה למבטח, יצרף המבוטח את כל המסמכים הנדרשים למבטח לברור חבותו, לרבות מסמכים רפואיים ואישור מרופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיותו, ואישור מהמעביד על היעדרות מהעבודה (במקרה והמבוטח הינו שכיר). במקרה של עצמאי תידרש מהמבוטח אסמכתא לאובדן הכנסה (דו"ח רו"ח או אישור רו"ח)
- 9.2 במקרה ובו הוגדר המבוטח כבעל אי כושר עבודה, מלא או חלקי, רשאי המבטח לדרוש מהמבוטח מפעם לפעם, לפי שיקול דעתו, להיבדק על ידי רופא תעסוקתי שיתמנה לשם כך על ידי המבטח ועל חשבונו של המבטח, וזאת לצורך קביעת תקופת אי הכושר. הכל ובתנאי שהבדיקה תיערך בבית המבוטח או במרפאה שבמרחק שלא עולה על 40 ק"מ ממקום מגוריו של המבוטח.
10. **סייגים לחבות המבטח**
- 10.1 **המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין תאונה או מחלה אשר אירעה בתקופה בה קיבל המבוטח תגמולי ביטוח עבור אי כושר עבודה מהמבטח.**

10.2 המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין אי כושר עבודה שהיה קיים במועד הצטרפות המבוטח לביטוח.

11. ביטוח עבור ילדי חבר

11.1 ילדו של מבוטח שטרם התגייס לשרות חובה בצה"ל או שירות לאומי יהיה זכאי לפיצוי בגין היעדרות מלימודים כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 200 ₪ לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה- 21 להיעדרות ועד 60 ימים ואחר כך 1,000 ₪ לשבוע ועד 260 שבועות (ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי).

11.2 ילדו של מבוטח הלומד במוסד להשכלה גבוהה וטרם מלאו לו 27 שנים, ולא מועסק במועד קרות מקרה הביטוח, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח, לאחר תקופת ההמתנה, בגין אובדן כושר עבודה על פי התנאים הקבועים בסעיף 4.3 לעיל.

11.3 בנוסף לאמור בס"ק 11.2 לעיל, אם ילדו של מבוטח שטרם מלאו לו 27 שנים, הלומד במוסד להשכלה גבוהה, נעדר מלימודיו במשך תקופה העולה על 60 יום ועקב מצבו הרפואי הפסיק את לימודיו, יהיה זכאי להחזר עבור שכר הלימוד ששולם למוסד, ולא יותר מסכום 12,000 ₪.

פרק י"ג – הוצאות הכשרה מקצועית לבעל אובדן כושר עבודה

1.1 מקרה הביטוח

לימודי הכשרה מקצועית למבוטח בעל אובדן כושר עבודה מלא, שהחלה במהלך תקופת הביטוח.

1.2 תגמולי הביטוח

הוגדר המבוטח כבעל אובדן כושר עבודה מלא לתקופה לתקופה העולה על 6 חודשים, יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% ועד 12,000 ₪ עבר יעוץ בגין הכוונה מקצועית ועלות להכשרה מקצועית מתאימה.

כתב התחייבות של בעל הפוליסה

בהתאם להוראות תקנה 3(א)(1) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט – 2009. הריני, הח"מ, בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב בזאת, כי לעניין היותי בעל הפוליסה בפוליסה לביטוח תאונות ומחלות לארגון הסגל האקדמי הבכיר אוניברסיטת חיפה, הנני פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין ולא תהיה לי כל טובת הנאה מהיותי בעל הפוליסה.

בעל הפוליסה: _____

כתובת: _____

תאריך: _____

תתימה + חותמת _____

הצהרת בריאות למצטרפים חדשים שלא בתקופת חלון ההזדמנויות

| שאלות כלליות | | חבר | | בן/בת זוג | | ילד 1 | | ילד 2 | | ילד 3 | |
|---|--|-----------|----|--------------|----|-------|----|-------|----|-------|----|
| מעל גיל 6 | | גובה בס"מ | | | | | | | | | |
| | | משקל בק"ג | | | | | | | | | |
| האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב-3 השנים האחרונות? נא פרטי | | | | | | | | | | | |
| האם אושפזת ב 3 השנים האחרונות או ידוע לך על אשפוז עתידי ? נא פרטי | | | | | | | | | | | |
| מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת/ת כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנתיות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צנתור, מיפוי, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתלי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה ? (אם כן, יש לצרף תעודה מהרופא המטפל עם התייחסות לסיבה לביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה ואבחנה סופית) | | | | | | | | | | | |
| האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן: | | | | | | | | | | | |
| האם את/ה סובלת/ת או סבלת מ- (סמן ב- X) | | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא |
| מערכת העצבים (נוירולוגיה) והמוח: <input type="radio"/> מערכת העצבים <input type="radio"/> אירוע מוחי <input type="radio"/> אפילפסיה <input type="radio"/> טרשת נפוצה <input type="radio"/> ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת <input type="radio"/> פרקינסון <input type="radio"/> רעד <input type="radio"/> האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות <input type="radio"/> הפרעה/ עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב/טיפול רפואי | | | | | | | | | | | |
| עיניים וראייה (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7) | | | | | | | | | | | |
| מערכת לב וכלי דם: <input type="radio"/> לב <input type="radio"/> כלי דם <input type="radio"/> מחלת דם | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | <p>מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי במהלך 3 השנים האחרונות: <input type="radio"/> סוכרת מטופלת באינסולין</p> |
| | | | | | | | | | | <p>מערכת הנשימה: <input type="radio"/> ריאות ודרכי הנשימה <input type="radio"/> אסטמה</p> |
| | | | | | | | | | | <p>מערכת העיכול: <input type="radio"/> קיבה <input type="radio"/> מעיים <input type="radio"/> ושת <input type="radio"/> כבד</p> |
| | | | | | | | | | | <p>מערכת השתן: <input type="radio"/> כליות <input type="radio"/> דרכי השתן</p> |
| | | | | | | | | | | <p>אורתופדיה ומערכת השלד: <input type="radio"/> גב ועמוד השדרה <input type="radio"/> ברכיים <input type="radio"/> מפרקים</p> |
| | | | | | | | | | | <p>גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן) ב- 5 השנים האחרונות – אם כן, יש לצרף מכתב אונקולוג</p> |
| | | | | | | | | | | <p>לנשים (מגיל 14 בלבד): <input type="radio"/> שדיים <input type="radio"/> מערכת גניקולוגית <input type="radio"/> בעיות פרוין <input type="radio"/> האם עברת לידה בנייתוח קיסרי? אם כן מתי?</p> |
| | | | | | | | | | | <p>האם הנך מוגבלת/ת בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות/הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם נוסף, לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו?</p> |
| | | | | | | | | | | <p>האם נעדרת מהעבודה עקב תאונה או מחלה לתקופה שעולה על שבוע ימים במהלך 12 החודשים האחרונים</p> |