

הכ"י להשתלות – פוליסה לביטוח השתלות וטיפולים מיוחדים

-תנאים כללים-

1. מבוא:

תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן החברה תשפה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות בגין מקרה הביטוח, בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן, במשך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה לא יעלה על סכום הביטוח, הכל בכפוף וכאמור בפוליסה.

2. הגדרות:

2.1 **החברה** – הכשרת הישוב חברה לביטוח בע"מ.

2.2 **בעל הפוליסה** - האדם או התאגיד המתקשר עם החברה בחוזה הביטוח ואשר שמו נקוב בפוליסה כבעל הפוליסה.

2.3 **המבוטח** – האדם ו/או בן/בת זוגו ו/או ילדיהם עד גיל 18 ששם נקוב בדף פרטי הביטוח.

2.4 **הפוליסה** – חוזה ביטוח זה שבין בעל הפוליסה ו/או המבוטח לבין החברה הכולל תנאים כללים, ההצעה, דף פרטי הביטוח, וכל נספח ותוספת המצורפים לו.

2.5 **הצעת הביטוח** – טופס הצעה בנוסח שיקבע ע"י החברה המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו כשהוא מלא על כל פרטיו וחתום על ידי המבוטח ו/או על ידי בן/בת זוגו ובשם כל אחד מיחיד משפחתו. ההצעה תכלול גם הצהרת בריאות וכתב ויתור על סודיות רפואית שמולאה ונחתמה ע"י המבוטח וכן את הוראת הקבע הבנקאית ו/או הוראת תשלום אחרת, כולל כרטיסי אשראי לתשלום דמי הביטוח.

2.6 **דף פרטי הביטוח** – דף המצורף לפוליסה ובו, בין היתר, מספר הפוליסה, פרטי המבוטח, וכל פרט אחר שיש לציין בכתב.

2.7 **מקרה הביטוח** – כהגדרתו בסעיף 4 להלן אשר בהתקיימו מקנה למבוטח זכות לתגמול הביטוח עפ"י פוליסה זו.

2.8 **תקופת אכשרה** – תקופה אשר משכה יצוין בדף פרטי הביטוח שלהלן, אשר תחילתה מיום תחילת תקופת הביטוח או מיום קרות מקרה הביטוח הראשון, לפי העניין. בתקופה זו לא תהא החברה אחראית לתשלום על פי תנאי הפוליסה בגין מקרה ביטוח שאירע בתקופה זו. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת תקופת הביטוח.

2.9 **מדד** – מדד המחירים לצרכן הכולל ירקות ופרות, המתפרסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום כזה מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו או מדד כלשהו שיוחד לשירותי בריאות וששימושו על ידי החברה יאושר על ידי המפקח על הביטוח.

2.10 **מדד יסודי** – המדד הידוע ב - 1 לחודש של תחילת הביטוח, כמפורט בדף פרטי הביטוח.

2.11 **הפרמיה** – דמי הביטוח ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה לפי תנאי הפוליסה.

2.12 חו"ל – כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.

2.13 **מצב רפואי קודם** - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לענין זה, "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח;

2.14 **סייג בשל מצב רפואי קודם** - סייג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה או המפחית את חבות החברה או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממש לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

3. תוקף הפוליסה וחובת הגילוי:

תוקף הפוליסה-

3.1 הפוליסה תכנס לתוקפה החל מתאריך תחילת הביטוח כמצוין בדף פרטי הביטוח ובתנאי מפורש כי יתקיימו בתחילת הביטוח כמצוין בדף פרטי הביטוח, התנאים המצטברים הבאים:

3.1.1 מיום הגשתה של הצעת הביטוח ועד ליום שבו החליטה החברה על הסכמתה לעריכת הפוליסה, לא חל שינוי בבריאותו, מצבו הגופני, במקצועו ובעיסוקיו של המועמד להיות מבוטח, שהיו משפיעים על הסכמתה או תנאי הסכמתה של החברה להצעת הביטוח אילו ידעה עליהם.

3.1.2 החברה אישרה בכתב את הסכמתה לבטח את המועמד לביטוח.

3.1.3 נמסרה לחברה הוראת קבע לבנק, או לחברת כרטיסי האשראי לתשלום דמי הביטוח, ושולם הסכום הראשון בגין דמי הביטוח המגיעים לחברה.

3.1.4 למען הסר ספק, אם שולמו לחברה כספים על חשבון הפרמיה, לפני שניתנה הסכמת החברה לבטח, לא תחשב קבלת הכספים האמורים בידי החברה כהסכמת החברה לעריכת הביטוח.

3.2 חובת הגילוי:

הביטוח נעשה על יסוד המידע הכתוב, התשובות לשאלות והצהרות בכתב שנמסרו לחברה על ידי המבוטח.

אם ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאית החברה תוך שלושים יום מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא אירע מקרה הביטוח, לבטל את הביטוח בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ו/או למבוטח.

ביטלה החברה את הביטוח, תחזיר לבעל הפוליסה ו/או למבוטח, את דמי הביטוח ששולמו לחברה בעד התקופה בה היה הביטוח בתוקף ולכל היותר בעד של 24 חודשים, בניכוי הוצאות החברה, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל הביטוח, אין החברה חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שנקבעו בפוליסה לבין דמי הביטוח שהיו נקבעים על ידי החברה אילו הובאו לידיעתו העובדות האמורות. החברה תהיה פטורה כליל מתשלום תגמולי ביטוח בכל אחת מאלה:

אי גילוי העובדות ו/או התשובה/ות או היו או ניתנו בכוונת מרמה.

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 החברה.

3.3 מצב רפואי קודם :

3.3.1 תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם

סייג בשל מצב רפואי קודם, לענין מבוטח שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח הוא :

3.3.1.1 פחות מ- 65 שנים – יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

3.3.1.2 65 שנים או יותר – יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

3.3.2 סייג בשל מצב רפואי מסוים למבוטח מסוים

על אף האמור בסעיף 3.3.1 לעיל, סייג לחבות החברה או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסויים.

3.3.3 אי תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם

סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה לא סייגה במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסויים הנזכר בהודעת המבוטח.

3.3.4 השבת דמי הביטוח

פטורה החברה מחבותה בשל ההוראות המפורטות בסעיף 3.3.1 לעיל ונתבטלה הפוליסה, ומבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, תחזיר החברה למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח בעבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח : על דמי הביטוח ייוספו הפרשי הצמדה.

3.3.5 תוקפו של סייג בשל מצב רפואי קודם במקרה של החלפת הפוליסה

3.3.5.1 תוקפו של סייג בשל מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 3.3.1

לעיל לא יוארך או יחודש בעת החלפת הפוליסה בפוליסה דומה בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן, אלא אם כן נקבע תוקפו של הסייג בשל מצב רפואי מסוים כאמור בסעיף 3.3.2 לעיל לכל תקופת הכיסוי הביטוחי :

א. בפוליסה שנעשתה ליחיד – בעת החלפת הפוליסה אצל אותה חברה.

ב. בפוליסה שנעשתה לקבוצת מבוטחים – בעת החלפת

הפוליסה אצל אותה חברה או אצל חברת ביטוח אחרת.

3.3.5.2 האמור בס"ק 3.3.5.1 לעיל לענין תוקפו של הסייג בשל

מצב רפואי קודם, לא יחול לגבי כיסוי ביטוחי שהוסף או

לגבי הרחבה של כיסוי ביטוחי, שנעשו בעת החלפת
הפוליסה כאמור באותו ס"ק 3.3.5.1 לעיל.

מקרה ביטוח:

4.

מקרה ביטוח הינו מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע טיפול רפואי באחד מאלה.

4.1 **השתלה** – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

4.2 **טיפול רפואי מיוחד בחו"ל** –

טיפול מיוחד בחו"ל – ניתוח או טיפול רפואי בחו"ל אשר מתקיימים בו כל התנאים המצטברים הבאים:

4.2.1 ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל חיוני להצלת חייו של המבוטח ומניעתו מהווה סכנה ממשית לחייו.

4.2.2 הטיפול המיוחד בחו"ל אינו בר ביצוע על ידי שירותי הרפואה בישראל ואין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל.

4.2.3 רופא מומחה בתחום הרלוונטי קבע את הצורך בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל ורופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם החברה אישר את קביעתו.

"טיפול חלופי" לצורך ביטוח זה הינו – טיפול רפואי הניתן לביצוע בישראל אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות יותר למטופל.

4.3 מועד קרות מקרה הביטוח יחשב כמועד בו אובחן לראשונה המצב הרפואי שבעקבותיו נזקק המבוטח לטיפול רפואי כאמור לעיל.

4.4 למען הסר ספק מובהר בזאת במפורש כי טיפול רפואי חוזר אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.

סכום הביטוח:

5.

סכום הביטוח הינו הסכום המרבי לכל תקופת הביטוח, בו תחויב החברה לשלם בגין מקרה ביטוח אחד כמצוין:

5.1 סכומי הביטוח יישאו הפרשי הצמדה מהמדד שפורסם ביום 15.6.99 בעל 9190 נקודות ועד למדד שהיה ידוע במועד ביצוע תגמולי הביטוח.

5.2 סכום הביטוח המרבי עבור מקרה ביטוח של השתלת איבר כאמור בסעיף 4.1 לעיל הינו בסך 4,200,000 ש"ח.

5.3 סכום הביטוח המרבי עבור מקרה ביטוח של טיפול מיוחד כמפורט בסעיף 4.2, הינו בסך 630,000 ש"ח.

תגמולי הביטוח:

6.

החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן ששילם בפועל לנותן השירות ו/או תשלם ישירות לנותן השרות בגין מקרה הביטוח. התשלום יבוצע כנגד קבלות מקוריות המפרטות את הפעולות הרפואיות שבוצעו במבוטח, הסכומים שנגבו בגינם וכן דוחות אשפוז וניתוח מקוריים הכוללים פרוט כל הפעולות, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי כמפורט בסעיף 5 לעיל.

6.1 הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז שבמהלכו בוצע טיפול המיוחד בחו"ל או ההשתלה, לרבות שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות.

6.2 הוצאות אשפוז בחו"ל עד 30 יום לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 180 יום לאחר ביצועם.

6.3 הוצאות עבור המשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד ובלבד שאינם ניתנים לביצוע בישראל ועד לסכום של 126,000 ש"ח להשתלה או 63,000 ש"ח לטיפול מיוחד על פי המקרה.

6.4 הוצאות נסיעה לחו"ל עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים לרבות היטל נסיעה אם יחול למבוטח ולמלווה אחד.

6.5 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל והעברה יבשתית סבירה משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, עד לסכום של 70,000 ש"ח.

6.6 הוצאות שהייה בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד עד לסכום של 1,260 ש"ח ליחיד או 1,890 ש"ח לשניים, לכל יום שהייה ועד לסכום של 175,000 ש"ח לסך כל הוצאות שהייה.

6.7 הוצאות הטסה של גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל.

6.8 הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל לביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בישראל במקרה ולא ניתן יהיה להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות, עד לסכום של 126,000 ש"ח למקרה ביטוח אחד.

6.9 סכום גימלא חודשי בסך 5,000 ש"ח אשר ישולם למבוטח החל מה- 1 בחודש שלאחר החודש בו הושלם ביצוע ההשתלה ולמשך 24 חודש (להלן תקופת התשלום). מובהר כי התשלום החודשי יפסק גם לפני תום תקופת התשלום במידה וסך תשלומים יעלה על סכום הביטוח המרבי על פי סעיף 5.2 לעיל, או במקרה מותו של המבוטח המוקדם מביניהם.

6.10 מסים והיטלים ו/או הוצאות בגין המרת סכום הביטוח או חלקו או הוצאות מוכרות או חלקן למטבע חוץ והוצאות העברתן לחו"ל, אם ישולמו על ידי החברה, יהיו חלק מתגמולי הביטוח על פי פוליסה זו בכפוף לתקרת סכום הביטוח המרבי.

6.11 השגת איבר להשתלה עד לסכום של 75,000 ש"ח.
תקופת אכשרה :

.7

7.1 תקופת אכשרה כמוגדר בסעיף 2 הגדרות ס"ק 2.8.

7.2 תינוק שנולד יהיה כשר להיות מבוטח רק לאחר חלוף 15 יום ממועד הולדתו או 15 יום לאחר ששחרר מבית החולים בו נולד, המאוחר שבין המועדים הנ"ל, ובלבד שניתנה הסכמת החברה להכללתו כמבוטח, ובכפוף לאמור בסעיף 7.1 לעיל.

.8 **תנאי מיוחד – פטור מאחריות החברה :**

8.1 הביטוח לפי נספח זה אינו מכסה מקרה כדלהלן:

- הגדרת מקרה הביטוח מתקיימת לפני תחילת הביטוח או לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח.
- מקרה הביטוח ארע בתקופת האכשרה כמוגדר בסעיף 7.1 לעיל. אם ארע מקרה הביטוח בתקופת האכשרה תחזיר החברה לבעל הפוליסה את הפרמיות ששולמו עבור פוליסה זו.

9. סייגים כלליים לאחריות החברה:

החברה לא תהיה אחראית ולא תהיה חייבת בתגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על פי אחד או יותר ממקרי הביטוח שבפוליסה, בכל אחד מן המקרים הבאים:

- 9.1 מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.
- 9.2 מקרה הביטוח נגרם עקב אי שפיות, התאבדות או נסיון לכך, פגיעה עצמית מכוונת, שכרות, שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראות רופא שלא לצורך גמילה.
- 9.3 מקרה הביטוח אירע, במישרין או בעקיפין, כתוצאה ממחלת המבוטח בסינדרום הידוע ככשל החיסוני הנרכש (AIDS).
- 9.4 מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני, או היתוך גרעיני או קרינה מיננת או זיהום רדיואקטיבי או פסולת גרעינית או פעולה מלחמתית או פעולה צבאית או פעולת טרור.
- 9.5 מקרה הביטוח נגרם מתאונת דרכים ו/או תאונת עבודה ו/או שירות צבאי (מילואים, סדיר או קבע).
- 9.6 מום או מחלה מלידה, בכפוף לסעיף 3.3.1 לעיל.
- 9.7 סיבוכי הריון ו/או לידה, פריון ו/או עקרות.
- 9.8 הפרעות נפש ו/או מחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים.

10. תשלום תגמולי ביטוח:

- 10.1 החברה תהיה רשאית, על פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, יהיה המבוטח זכאי לקבל מהחברה לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנוותן השירות אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 10.2 תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים הניתנים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע חוץ ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.

- 10.3 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר ומשולמים בישראל ישולמו בשקלים על פי השער להעברות והמחאות (הגבוה) של המטבע הזר הרלוונטי בבנק דיסקונט לישראל בע"מ ביום הכנת התשלום על ידי החברה.
- 10.4 נפטר מבוטח, חס וחלילה, ולא צויין מוטב, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח, לרבות הגמלא על פי סעיף 6.9, אשר הגיעו למבוטח ולא שולמו לו או בעבורו לפני מועד הפטירה למי שהתחייבה לשלם, ובהיעדר התחייבות כלפי ספק השירות רפואי, או אם נותרה יתרה לתשלום לאחר ביצוע תשלום על פי ההתחייבות האמורה, תשלם אתהיתרה לעיזבונו של המבוטח לפי צו קיום צוואה או ירושה.
- 10.5 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בסעיף 5 לעיל.
- 10.6 :
- 10.6.1 הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח זכות שיפוי כלפי אדם שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברה מששילמה למבוטח, תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה, ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מן האדם השלישי שיפוי מעל תגמולי ביטוח שקיבל לפי פוליסה זאת. קיבל המבוטח מהאדם השלישי שיפוי שהיה מגיע לחברה לפי סעיף זה, יראה המבוטח כמחזיק בנאמנות את הסכומים שקיבל ומגיעים לחברה ועליו להעבירם לחברה: עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה לחברה כאמור לעיל, עליו לפצותה בשל כך. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותה של החברה כאמור לעיל.
- 10.6.2 מקרי הביטוח לפי פוליסה זו, והנספחים המצורפים, המכוסים כולם או מקצתם אצל יותר ממבטח אחד לתקופות חופפות, על המבוטח להודיע על כך למבטחים בכתב מיד לאחר שנעשה ביטוח הכפל או לאחר שנודע לו על כך. עלה סך תגמולי הביטוח להם זכאי המבוטח בגין מקרה הביטוח מכוסה על פי כל פוליסות הביטוח שנערכו על ידו /או עבורו, על ההוצאות בפועל שהוציא המבוטח בגין אותו מקרה ביטוח (להלן – "ההוצאות המכוסות"), תהיה החברה זכאית להתנות את תשלום תגמולי הביטוח על פי פוליסה זו בהמחאת זכויותיו של המבוטח על פי הפוליסות האחרות לחברה, לגבי סכום תגמולי הביטוח העולים על חלקה היחסי של החברה בהוצאות המכוסות.

11. תנאים כללים לאחריות החברה ותביעות:

- 11.1 החברה תשלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו או תעבירם ישירות לנותני השירות בהסכם אם נתקיימו כל אלה:
- 11.1 המבוטח הודיע מראש לחברה על מקרה הביטוח וקיבל אישור החברה לחבותה על פי פוליסה זו. קבלת אישור החברה לקיום מקרה ביטוח ולחבותה, הוא תנאי מהותי לאחריות החברה. קרה מקרה ביטוח ועקב מצב חירום רפואי נמנע מהמבוטח להודיע מראש לחברה, תשלם החברה תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותה.

- 11.2 המבוטח חתם על כתב ויתור סודיות רפואית ומסר לחברה את כל הפרטים והמסמכים המקוריים הרפואיים הסבירים והאחרים הדרושים לחברה לברור תביעתו.
- 11.3 החברה זכאית לנהל על חשבונה כל חקירה סבירה, לבדוק את המבוטח ע"י בודק או ע"י רופאים מטעמה והכל כפי שיקבע על ידה וכפי שמצאה לנכון.
- 11.4 המבוטח המציא לחברה קבלות מקוריות המאשרות ביצוע תשלום בפועל על ידו.
- 11.5 החברה אינה אחראית לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח בנסגרת ביטוח זה. החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל.

12. הפרמיה ודרך תשלומה:

- 12.1 דמי הביטוח עבור כל מבוטח יקבעו על פי תעריף החברה וכמפורט בדף פרטי הביטוח.
- 12.2 דמי הביטוח יהיו צמודים לשיעור עליית המדד מדי חודש מהמדד היסודי המפורט בדף פרטי הביטוח ועד למדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום חודשי של דמי הביטוח.
- 12.3 דמי הביטוח ישולמו בהוראת קבע לבנק או באמצעות כרטיסי אשראי או בכל דרך אחרת כפי שישוכם בין המבוטח לחברה. החברה תגבה את דמי הביטוח מראש מדי חודש, במחצית הראשונה של כל חודש.
- 12.4 החברה תהיה זכאית לשנות את הפרמיה ואת תנאי הפוליסה של ביטוח זה לכלל המבוטחים כעבור 30 יום מהיום בו הודיע החברה בכתב לבעל הפוליסה או למבוטח על השינוי ובלבד שהמפקח על שוק ההון הביטוח והחסכון אישר את השינוי. אך לא לפני ה- 01.07.2005 יערך שינוי כאמור לעיל, תחושב הפרמיה החדשה לפי התעריף החדש הישים לכלל המבוטחים ללא התייחסות לשינוי במצב בריאותו של המבוטח באותה תקופה.
- 12.5 לפרמיות שישולמו באיחור, תתווסף ריבית כמפורט להלן, וכן הפרשי הצמדה למדד. הפרשי ההצמדה יחושבו לפי שיעור עליית המדד, מן המדד האחרון הידוע בזמן פרעונה לפי תנאי הפוליסה ועד המדד האחרון הידוע ביום התשלום בפועל.
הריבית האמורה תהיה בשיעור של 7.5% לשנה כל עוד והריבית השנתית באג"ח ממשלתי לטווח של עד שנתיים לא תעלה על 7.5%, אחרת בשיעור הריבית השנתית באג"ח ממשלתי לטווח של עד שנתיים, ובכל מקרה לא יותר משיעור ריבית הפיגורים שנקבע בצו הריבית (קביעת שיעור הריבית המקסימאלית), תש"ל – 1970, שבחוק הריבית.
- 12.6 החברה זכאית לקזז מתגמולי הביטוח אשר להם זכאי המבוטח, דמי ביטוח שבפיגור וחובות קודמים אחרים של המבוטח לחברה, מתוקף פוליסה זו.

13. תקופת הביטוח:

- 13.1 תקופת הביטוח לכל חיי המבוטח תחל ביום תחילת הביטוח כמצוין בדף פרטי הביטוח.
- 13.2 תוקפה של הפוליסה יפוג במועד המוקדם מבין המועדים שלהלן:
- 13.2.1 עם הפסקת תשלום דמי הביטוח.
- 13.2.2 כאשר הביטוח היסודי יבוטל.
- 13.2.3 בהגיע המבוטח לגיל 18 – לגבי מבוטח שביום תחילת הביטוח גילו היה מתחת ל – 18 שנה.
- 13.2.4 עם תשלום סכום הביטוח בגין מקרה ביטוח אחד כמצוין בסעיף 4 לעיל לגבי המבוטח, ששולם לו סכום הביטוח כאמור לעיל.

14. ביטול הביטוח:

- 14.1 **ביטול על ידי החברה:**
החברה תהיה רשאית להודיע למבוטח על ביטול הפוליסה במקרים הבאים:
- 14.1.1 בכפוף לאמור בסעיף 3.2 לעיל.
- 14.1.2 לא שולמו דמי הביטוח בכפוף להוראות חוק חוזה ביטוח התשמ"א – 1981.
- 14.2 **ביטול על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח-**
- 14.2.1 בעל הפוליסה ו/או המבוטח רשאים לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב לחברה בכל עת.
- 14.2.2 ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח משמעו ביטול לגבי כל המבוטחים הרשומים בדף פרטי הביטוח.
- 14.2.3 בוטלה הפוליסה כאמור בסעיף 14.2.2 יהיה בן/בת הזוג רשאים ל0 המשיך את הביטוח בתנאי שהודיע על כך בכתב לחברה לא יאוחר מ- 90 יום מיום ביטול הפוליסה.

15. מסים והטלים:

בעל הפוליסה, המבוטח או המוטב, לפי העניין, חייב לשלם לחברה את דמי הביטוח ואת המסים הממשלתיים והאחרים החלים על הפוליסה או המוטלים על דמי הביטוח, על סכומי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה מחוייבת לשלם על פי הפוליסה, בין אם המיסים הללו קיימים ביום עריכת הפוליסה ובין אם הם יוטלו במועד שלאחר מכן.

16. התיישנות:

תקופת ההתיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח על פי פוליסה זאת היא שלש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

17. תחולת חוקים:

הוראות חוק חוזה הביטוח התשמ"א – 1981 יחולו על פוליסה זאת.

הודעות: 18.

- 18.1 על מבוטח או בעל הפוליסה להודיע לחברה על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום. הודעה שנשלחה על ידי החברה לכתובתו האחרונה הידועה לה של המבוטח תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.
- 18.2 כל הודעה המיועדת לחברה והן מסמכים שיש למוסרם לחברה יישלחו לכתובתה של החברה במשרדה הראשיים.