

מחלקה ראשונה Top

פיצוי לאחר אשפוז

מבוא

מוסכם ומוצהר בזאת כי תמורת תשלום דמי ביטוח, כמפורט ברשימה, ובכפופות לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן ובהתאם להצהרות המבוטח, ישפה המבטח את המבוטח ו/או ישלם ישירות לספק/י השירות ו/או יפצה את המבוטח - הכל בהתאם למחויבויות המבטח על פי פוליסה זו.

1. הגדרות

בפוליסה זו, אם לא נאמר במפורש אחרת:

- 1.1. **המבטח:** מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.
 - 1.2. **המבוטח:** אשר שמו נקוב ברשימה.
 - 1.3. **בעל הפוליסה:** האדם, חבר בני האדם או התאגיד, המתקשר עם המבטח על פי פוליסה זו, ואשר שמו נקוב ברשימה ו/או בהצעה כבעל הפוליסה.
 - 1.4. **משפחה:** בן/בת זוג של המבוטח ו/או ילדיהם.
 - 1.5. **הצעת הביטוח:** טופס ההצעה המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו כשהוא מלא על כל פרטיו וחתום על ידי המבוטח ו/או על ידי בן/בת זוגו בשמו ובשם כל אחד מיחידיו משפחתו. ההצעה תכלול גם את הצהרת הבריאות שמולאה ונחתמה ע"י המבוטח וכן את הוראת הקבע הבנקאית ו/או הוראת תשלום אחרת, כולל כרטיס/י אשראי, לתשלום דמי הביטוח.
 - 1.6. **הרשימה:** דף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה והמהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח, לרבות מספר הפוליסה, פרטים אישיים של בעל הפוליסה, המבוטח/ים, מועד תחילת הביטוח, דמי הביטוח וכיוצא בזה.
 - 1.7. **פרמיה או דמי הביטוח:** הסכום שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטח, על פי תנאי הפוליסה, כמפורט ברשימה.
 - 1.8. **מקרה ביטוח:** מערך נסיבתי ועובדתי כמוגדר בפוליסה, לפי העניין, בגינו זכאי המבוטח לקבל מאת המבטח תגמולי ביטוח, הכל בכפוף לתנאים, לחריגים ולסייגים בפוליסה.
 - 1.9. **ניתוח:** פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure), החודרת דרך רקמות, ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח.
- במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה.
- למען הסר ספק ומבלי לגרוע מהאמור לא יכללו בהגדרת "ניתוח": בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקת מי שפיר ובדיקות אחרות הקשורות בהריון, בדיקת עוברים, בדיקות ופעולות הדמיה (כגון: C.T., M.R.I.) ובדיקות סקר למיניהן. לחריגים נוספים ראה סעיף 4 להלן.
- 1.10. **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום.
 - 1.11. **ישראל:** מדינת ישראל לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.

- 1.12. **יום אשפוז:** משך הזמן המוגדר כיום אשפוז על פי המקובל בבתי חולים בארץ, ולא פחות מ- 24 שעות.
- 1.13. **שנת ביטוח:** תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור ברשימה.
- 1.14. **מדד:** מדד המחירים הידוע בשם מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יורכב עפ"י אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו.

2. תוקף הפוליסה:

- 2.1. הפוליסה נכנסת לתוקפה החל מהתחלת הביטוח כמצוין ברשימה אך לא לפני תשלום הפרמיה הראשונה, בתנאי שמיום הבדיקה הרפואית או מיום חתימת המבוטח על הצהרת בריאות ועד ליום שבו החליט המבוטח על הסכמתו לעריכת הפוליסה לא חל שינוי בבריאותו של המבוטח.
- 2.2. שולמו למבוטח כספים על חשבון פרמיות לפני שהמבוטח החליט על עריכת הפוליסה, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבוטח לעריכת הביטוח. המבוטח יחזיר כספים אלה ששולמו בתוספת הצמדה וריבית כדין, אם לא יצא הביטוח אל הפועל.
- 2.3. מבוטח בפוליסה זו יחד עם הורהו, יוכל לבקש, בכל עת לאחר הגיעו לגיל 21, כי המבוטח ינפיק לו פוליסה חדשה בהתאם לתנאים כפי שיהיו במועד הבקשה, ללא צורך בחיתום רפואי מחדש.
- 2.4. על אף האמור בסעיף 2.3 לעיל, אם בוטלה או התבטלה הפוליסה במועד כלשהו (להלן: "יום הזכאות"), מכל סיבה שהיא, יהיה המבוטח רשאי לבקש כי המבוטח ינפיק לו פוליסה חדשה בהתאם לתנאים כפי שיהיו במועד הבקשה, ללא צורך בחיתום רפואי מחדש, וזאת בתנאי שבקשת המבוטח תגיע למשרדי המבוטח תוך 90 ימים מיום הזכאות.

3. חובת גילוי:

- 3.1. ניתנה לשאלה בענין מהותי תשובה שלא היתה מלאה וכנה, רשאי המבוטח, תוך שלושים ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את החוזה בהודעה בכתב למבוטח.
- 3.2. ביטל המבוטח את החוזה מכוח סעיף זה, זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבוטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.
- 3.3. קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל החוזה מכוח סעיף זה, אין המבוטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והוא פטור כליל בכל אחת מאלה:
- 3.3.1. התשובה ניתנה בכוונת מרמה;
- 3.3.2. מבוטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו; במקרה זה זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבוטח.
- 3.4. האמור לעיל לא יגרע מכל תרופה לה זכאי המבוטח על פי כל דין.

4. חריגים:

- 4.1. **המבוטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, בכל הנוגע במישרין או בעקיפין מאחד המקרים הבאים:**
- 4.1.1. מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח (כמפורט בסעיף 2.1 לעיל) או במהלך תקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח.

- תנאי מוקדם לזכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה הוא כי המבוטח עבר תקופת אכשרה. "תקופת אכשרה" פרושה - תקופה רצופה של 90 יום לגבי כיסויי הפוליסה (למעט הכיסויים המצויינים להלן) ותקופה רצופה של 270 יום לגבי לידה בנייתוח קיסרי ולגבי אשפוז כתוצאה מהריון, המתחילה לגבי כל מבוטח במועד בו החל לראשונה הביטוח או במועד חתימת המבוטח על הצעת הביטוח או במועד מתן הסכמת המבטח לקבל את המועמד לביטוח - המאוחר מביניהם, ומסיומה זכאי הוא לקבל תגמולי ביטוח לפי הפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף מבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. על אף האמור בסעיף 4.1.1 לעיל, לא תחול תקופת אכשרה במקרה של תאונה כהגדרתה להלן.
- 4.1.2 "תאונה" - היזק גופני בלתי צפוי מראש הנגרם במישרין על ידי אמצעי אלימות חיצוניים וגלויים אשר מהווה, ללא כל תלות בכל סיבה אחרת, את הסיבה היחידה, הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח. מומים מולדים, בכפוף לאמור בסעיף 4.2 להלן.
- 4.1.3 ניתוחים קוסמטיים או אסתטיים; ניתוחי עיניים לתיקון קוצר ראייה באמצעות לייזר; ניתוחי Gastroplasty (קיצור קיבה) אלא אם קיים צורך רפואי לבצעם.
- 4.1.4 ניתוחי ברית מילה.
- 4.1.5 ניתוחי שיניים, ניתוחי חניכיים, ניתוחי השתלת שתלים דנטליים וכל ניתוח המבוצע ע"י רופא שיניים.
- 4.1.6 ניתוחים הקשורים בפוריות או בעקרות; פעולות ניתוחיות הקשורות בהריון ובהפסקת הריון, למעט הפסקת הריון שנדרשה עקב גילוי מום בעובר או עקב סכנת חיים לאם; לידה למעט לידה בנייתוח קיסרי שלא תוכנן מראש; טיפולים בעובר.
- 4.1.7
- 4.2 סייג בשל מצב רפואי קודם
- 4.2.1 הגדרה:
- 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.
- 4.2.2 המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, בכל הנוגע במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג, כמפורט בסעיפים 4.2.3 ו-4.2.4 להלן.
- 4.2.3 סייג בשל מצב רפואי קודם, לענין מבוטח שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח הוא -
- 4.2.3.1 פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
- 4.2.3.2 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
- 4.2.4 על אף האמור בסעיף 4.2.3 לעיל, הסייג הנקוב בסעיף 4.2.2, בשל מצב רפואי מסוים שפורט ברשימה לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה ברשימה לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- 4.2.5 הסייג הנקוב בסעיף 4.2.2 לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש ברשימה את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.
- 4.2.6 אם נשאל המבוטח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותו ולא גילה את מצבו, יחולו לגביו כללי הגילוי על פי הוראות כל דין.

- 5. תשלום הפרמיות**
- 5.1. זמן הפירעון של פרמיה הוא האחד בחודש בו נקבע תשלומה.
- 5.2. במקרה של תשלום הפרמיות ע"י הוראת קבע לבנק לתשלום פרמיות (שירות שיקים) יראה המבטח את זיכוי חשבוננו בבנק כתשלום הפרמיה.
- 5.3. לפרמיות שלא שולמו במועדן, תתווסף במועד תשלומן, בנוסף להפרשי הצמדה כאמור בסעיף 10, ריבית כפי שתהיה נהוגה באותה עת, מיום היווצר הפיגור ועד לפירעונן בפועל על-ידי המבטח, ובלבד ששיעור הריבית לא יעלה על שיעור הריבית המרבי בהתאם לחוק פסיקת ריבית והצמדה, התשכ"א - 1961.
- 6. שינוי פרמיה ותנאים**
- 6.1. הפרמיה המשולמת בגין פוליסה זו תקבע אחת לשנה בהתאם לגילו של המבוטח בהתייחס לפרמיה הנגבית מקבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח.
- 6.2. בנוסף לאמור בסעיף קטן 6.1 לעיל יהיה המבטח זכאי לשנות את הפרמיה והתנאים של ביטוח זה לכלל המבוטחים בביטוח זה, אך לא לפני 1.8.2009. שינוי כזה יהא תקף בתנאי שהמפקח על הביטוח אישר את השינוי, ולאחר 30 יום מהיום שבו הודיע המבטח בכתב למבוטח על כך. שונתה הפרמיה כאמור, תחושב הפרמיה החדשה ללא התחשבות בשינוי שחל במצב בריאותו של המבוטח במשך התקופה שקדמה לשינוי כאמור.
- 7. ביטול הפוליסה וחדושה**
- 7.1. המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבטח והביטול ייכנס לתוקפו לאחר 15 ימים מיום קבלת ההודעה על ידי המבטח.
- 7.2. לא שולמה פרמיה במועדה כאמור בסעיף 5 לעיל, לאחר ששולמה הפרמיה הראשונה, יהא המבטח זכאי לבטל את הפוליסה בכפיפות להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.
- 7.3. היה ויחולו שינויים בסל שירותי הבריאות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994 (להלן: "חוק ביטוח בריאות ממלכתי"), ייערכו בפוליסה השינויים המתבקשים מכך בכפוף לאישור מראש של המפקח על הביטוח.
- 8. הוכחת הגיל**
- על המבוטח להוכיח את תאריך לידתו ע"י תעודה לשביעות רצונו של המבטח. תאריך לידתו של המבוטח הוא עניין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בסעיף 3 לעיל ובמקרה של מתן תשובה שאינה מלאה וכנה או העלמת עובדה בקשר לכך יחולו הוראות סעיף 3 לעיל.
- 9. תביעות ותגמולי ביטוח**
- 9.1. הודעה על כל אירוע שהוא מקרה ביטוח תימסר למבטח בכתב בזמן סביר, מהר ומוקדם ככל שניתן. להודעה יצורפו כל הפרטים אודות התביעה וימולא טופס תביעה שהמבטח ישלח כדי לקבל את העובדות ויצורפו כל המסמכים הרפואיים.
- 9.2. על המבוטח למסור למבטח, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדרושים לבירור החבות, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטח, ככל שיוכל, להשיגם, ובכלל זה לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית ואף להיבדק, על פי דרישת המבטח, ע"י רופא או רופאים מטעם המבטח ועל חשבון המבטח.
- 9.3. תגמולי הביטוח ישולמו על-ידי המבטח בזמן סביר, אך לא יאוחר מהקבוע על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.

- 9.4 . נפטר המבוטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח אשר לא שולמו לפני מועד הפטירה ליורשיו החוקיים של המבוטח.
- 9.5 . המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בפוליסה.
- 9.6 . בוטחו מקרי הביטוח 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 עליו.
- 10. תנאי הצמדה**
- 10.1 . תגמולי הביטוח והפרמיה יהיו צמודים למדד.
- 10.2 . המדד היסודי הינו המדד האחרון הידוע בתחילת הביטוח.
- 10.3 . המונח "היום הקובע" הוא:
- 10.3.1 . **לגבי תשלום הפרמיה** - יום תשלומה בפועל למבטח.
- 10.3.2 . **לגבי תשלום תגמולי הביטוח** - יום התשלום על ידי המבוטח.
- 10.4 . המדד הקובע - המדד האחרון שפורסם לפני היום הקובע.
- 10.5 . תגמולי הביטוח והפרמיה יוצמדו לשיעורי עלית המדד, מן המדד היסודי ועד המדד הקובע.
- 11. השבת דמי הביטוח**
- פטור המבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות בסעיף 4.2 לעיל ונתבטל חוזה הביטוח, 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, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח עבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח יתווספו הפרשי הצמדה.
- 12. צירוף תינוק שנולד**
- 12.1 . מבוטח ו/או מבוטחת יהיו זכאים לצרף לפוליסה זו את ילדיהם. במקרה כנ"ל תוגש על ידם הצעה והצהרת בריאות מתאימה, והילד יצורף לביטוח רק לאחר קבלת אישור בכתב מאת המבטח. תחילת תקופת הביטוח ודמי הביטוח הנוספים עבורו יצוינו ברשימה.
- 12.2 . נולד למבוטח ו/או למבוטחת תינוק, יהיו זכאים לצרפו לפוליסה זו לאחר תום 15 יום מיום הולדתו ו/או 15 יום לאחר ששוחרר מבית החולים בו נולד - המאוחר מביניהם. המבוטח או המבוטחת יגישו למבטח הצעה ויצרפו אליה הצהרת בריאות בנוגע למצבו הרפואי של התינוק. התינוק יצורף לפוליסה זו רק לאחר קבלת אישור בכתב מאת המבטח. תחילת תקופת הביטוח ודמי הביטוח הנוספים עבורו יצוינו ברשימה.
- 13. מסים והיטלים**
- בעל הפוליסה, המבוטח או המוטב - לפי העניין - חייב לשלם למבטח את דמי הפוליסה ואת המסים הממשלתיים והאחרים החלים על הפוליסה או המוטלים על הפרמיות, על סכומי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהמבטח מחויב לשלם לפי הפוליסה, בין אם המסים האלה קיימים ביום עריכת הפוליסה ובין אם הם יוטלו במועד שלאחר מכן.

14. התיישנות

תקופת ההתיישנות של תביעה על פי הפוליסה היא שלוש שנים מיום מקרה הביטוח.

15. הודעות

15.1. הודעה של המבטח לבעל הפוליסה ו/או למבוטח ו/או למוטב, לפי העניין, תינתן לפי מעגם האחרון שנמסר בכתב למבטח.

בעל הפוליסה מתחייב להודיע למבטח בכתב על כל שינוי בכתובתו.
15.2. כל הודעה ו/או הצהרה למבטח תימסר בכתב, זולת הצעת ביטוח שנמסרה באמצעות הטלפון. כל שינוי בפוליסה, אם יתבקש, יכנס לתוקפו רק לאחר שנרשם על ידי המבטח בפוליסה.

16. נספחי הפוליסה

הוראות פוליסה זו יחולו גם על נספחיה, בשינויים המחוייבים.

17. מקום השיפוט

מדינת השיפוט הבלעדית בכל הקשור בפוליסה היא ישראל.

פרק א' – פיצוי לימי אשפוז

1. הגדרות:

אשפוז חירום: אשפוז פתאומי ובלתי צפוי של המבוטח, שארע מיד לאחר ביקור המבוטח בחדר מיון של בית חולים.

אשפוז אלקטיבי: אשפוז שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך האשפוז אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לאשפוז על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).
חדר מיון: לגבי מבטחת בהריון, יכלול גם מחלקת יולדות.

2. **מקרה הביטוח:** מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב אשפוז המבוטח בבית חולים בישראל בתוך תקופת הביטוח.

3. תגמולי הביטוח:

3.1. במקרה של אשפוז חירום:

3.1.1. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי יומי בסך הנקוב ברשימה בגין כל יום אשפוז חירום בפועל, החל מיום תחילת האשפוז ועד עשרה ימי אשפוז (שייספרו החל מיום תחילת האשפוז).

3.1.2. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בגין עד שלושים ימים במצטבר במהלך שנת ביטוח, בגין כל מקרי הביטוח בשל אשפוז חירום, שיארעו במהלך תקופה זו.

3.2. במקרה של אשפוז אלקטיבי:

3.2.1. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי יומי בגין כל יום אשפוז אלקטיבי בפועל, החל מיום תחילת האשפוז ועד עשרה ימי אשפוז (שייספרו החל מיום תחילת האשפוז).

3.2.2. גובה הפיצוי היומי ייקבע לפי האמור להלן:

- 3.2.2.1. במקרה של אשפוז אלקטיבי אשר במהלכו בוצע במבוטח ניתוח: המבוטח יהיה זכאי לפיצוי יומי בסך הנקוב ברשימה.
- 3.2.2.2. במקרה של אשפוז אלקטיבי אשר במהלכו לא בוצע במבוטח ניתוח: המבוטח יהיה זכאי לפיצוי יומי בשיעור 50% מהסך הנקוב ברשימה.
- 3.2.3. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בגין עד שלושים ימים במצטבר במהלך שנת ביטוח, בגין כל מקרי הביטוח בשל אשפוז אלקטיבי, שיארעו במהלך תקופה זו.

גילוי נאות - מחלקה ראשונה Top
פיצוי לאחר אשפוז
חלק א' – ריכוז פרטים עיקריים על הפוליסה ותנאיה

נושא	סעיף	תנאים										
כללי	1. שם הפוליסה	מחלקה ראשונה Top										
	2. הכיסויים	פיצוי לימי אשפוז לאחר אשפוז.										
	3. משך תקופת הביטוח	כל החיים, או במועד תום הביטוח היסודי אליו צורף נספח זה - המוקדם מביניהם.										
	4. תנאים לחידוש אוטומטי	1. מבוטח בפוליסה זו יחד עם הורהו, יוכל לבקש, בכל עת לאחר הגיעו לגיל 21, כי המבטח ינפיק לו פוליסה חדשה בהתאם לתנאים כפי שיהיו במועד הבקשה, ללא צורך בחיתום רפואי מחדש. 2. על אף האמור לעיל, אם בוטלה או התבטלה הפוליסה במועד כלשהו (להלן: "יום הזכאות"), מכל סיבה שהיא, יהיה המבטח רשאי לבקש כי המבטח ינפיק לו פוליסה חדשה בהתאם לתנאים כפי שיהיו במועד הבקשה, ללא צורך בחיתום רפואי מחדש, וזאת בתנאי שבקשת המבטח תגיע למשרדי המבטח תוך 90 ימים מיום הזכאות.										
	5. תקופת אכשרה	90 יום, למעט במקרים הבאים: - לידה בניתוח קיסרי, אשפוז כתוצאה מהריון - 270 יום.										
	6. תקופת המתנה	אין										
	7. השתתפות עצמית	אין										
שינוי תנאים	8. שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	באישור מראש של המפקח על הביטוח. שינוי זה יכנס לתוקף בתום 30 יום לאחר שמנורה מבטחים שלחה לבעל הפוליסה הודעה בכתב על כך.										
דמי ביטוח	9. גובה דמי הביטוח	דמי הביטוח מפורטים בדף פרטי הביטוח. להלן טבלה כללית של השתנות דמי הביטוח החודשיים לפי גיל לכל סכום ביטוח של 100 ש"ח, ללא התחשבות במצב הבריאות ו/או סיכונים מיוחדים הקשורים במבטח מסוים:										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>גיל המבטח/ת</th> <th>דמי הביטוח</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0-19</td> <td>5.55</td> </tr> <tr> <td>20-44</td> <td>7.28</td> </tr> <tr> <td>45-49</td> <td>8.81</td> </tr> <tr> <td>50-54</td> <td>12.02</td> </tr> </tbody> </table>			גיל המבטח/ת	דמי הביטוח	0-19	5.55	20-44	7.28	45-49	8.81	50-54	12.02
גיל המבטח/ת	דמי הביטוח											
0-19	5.55											
20-44	7.28											
45-49	8.81											
50-54	12.02											

תנאים		סעיף	נושא
16.57	55-59		
23.68	60-64		
32.98	65-69		
45.50	70-74		
69.26	75-79		
102.40	80-84		
117.48	85 ומעלה		
הסכומים הינם צמודי מדד ונכונים למדד הידוע ביום 15.6.2012, העומד על 12111 נקודות. - גיל כניסה מינימלי - 0 - גיל כניסה מקסימלי - 69 שנה			
לילד – דמי ביטוח קבועים עד גיל 19 למבוגר – דמי ביטוח משתנים – דמי הביטוח נקבעים על פי גיל המבוטח ומצבו הבריאותי במועד תחילת הביטוח והם משתנים בהתאם לגיל המבוטח עד הגיעו לגיל 85, וממועד זה הם קבועים.		10. מבנה דמי הביטוח	
באישור מראש של המפקח על הביטוח. שינוי זה יכנס לתוקף בתום 30 יום לאחר שמנורה מבטחים שלחה לבעל הפוליסה הודעה בכתב על כך.		11. שינוי דמי הביטוח במהלך תקופת הביטוח	
בכל עת בהודעה בכתב למנורה מבטחים. אין החזר דמי ביטוח בגין התקופה שבה היתה פוליסה זו בתוקף.		12. תנאי ביטול הפוליסה על-ידי בעל הפוליסה/המבוטח	תנאי ביטול
א. במקרה של אי תשלום דמי הביטוח בהתאם להוראות הפוליסה ב. בכל מקרה שבו על פי החוק רשאית מנורה מבטחים לבטל את הפוליסה		13. תנאי ביטול הפוליסה על-ידי מנורה מבטחים	
כמפורט בסעיף 4.2 בפרק 4. פירוט הכיסויים המוחרגים בגין מצב רפואי קיים: כמצוין בדף הרשימה.		14. החרגה בגין מצב רפואי קודם	חריגים
כמפורט בפרק 4.		15. סייגים לחבות מנורה מבטחים	
קיימת אפשרות על פי דרישת המבוטח, לברר את זכויותיו בשל מקרה ביטוח מסוים ולקבל את פירוט תגמולי הביטוח הנכללים בפוליסת הביטוח שברשותו באמצעות מוקד השירות של המבטחת וכן באתר האינטרנט של המבטחת שכתובתו www.menoramivt.co.il .		16. תגמולי ביטוח	מידע לגבי תגמולי ביטוח

חלק ב' - ריכוז הכיסויים בנספח ומאפייניהם

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטחת מראש והגוף המאשר (מחלקת תביעות של מנורה מבטחים)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
פיצוי לימי אשפוז לאחר אשפוז חירום	פיצוי יומי בגין כל יום אשפוז חירום, החל מיום תחילת האשפוז ועד עשרה ימי אשפוז. גובה הפיצוי היומי: בסך הנקוב ברשימה. הזכאות לפיצוי הינה בגין עד שלושים ימים במהלך שנת ביטוח, בגין כל מקרי הביטוח בשל אשפוז חירום, שאירעו במהלך תקופה זו.	פיצוי	לא	ביטוח מוסף	לא
פיצוי לימי אשפוז לאחר אשפוז אלקטיבי	פיצוי יומי בגין כל יום אשפוז אלקטיבי, החל מיום תחילת האשפוז ועד עשרה ימי אשפוז. גובה הפיצוי היומי: - במקרה של אשפוז אשר במהלכו בוצע במבוטח ניתוח: בסך הנקוב ברשימה. - במקרה של אשפוז אשר במהלכו לא בוצע במבוטח ניתוח: בשיעור 50% מהסך הנקוב ברשימה. הזכאות לפיצוי הינה בגין עד שלושים ימים במהלך שנת ביטוח, בגין כל מקרי הביטוח בשל אשפוז אלקטיבי, שאירעו במהלך תקופה זו.	פיצוי	לא	ביטוח מוסף	לא

הגדרות – הגדרות אלה תקפות ליום פרסומן

- **"ביטוח תחליפי"** – ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים ("מהשקל הראשון").
- **"ביטוח משלים"** – ביטוח פרטי אשר על-פיו ישולמו תגמולי הביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או שב"ן.
- **"ביטוח מוסף"** – ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים