

**התנאים הכלליים לביטוח "קרן אור טופ" (מחלות קשות)**

**סעיף 1 - הגדרות**  
בפוליסה תהיה לכל אחד מהמונחים הבאים המשמעות המופיעה לצידו כמפורט להלן:

**החברה** - מנורה חברה לביטוח בע"מ.  
**הפוליסה** - חוזה ביטוח זה וכן ההצעה וכל נספח המצורפים לה.  
**בעל הפוליסה** - האדם, חבר בני אדם או תאגיד, המתקשר עם החברה בחוזה ביטוח נשוא הפוליסה ואשר שמו נקוב בפוליסה כבעל הפוליסה.  
**המבוטח** - האדם שחייו בוטחו לפי הפוליסה ואשר שמו נקוב בפוליסה כמבוטח.  
**המוטב** - הזכאי, בהתאם לתנאי הפוליסה, לקבל תשלומים מהחברה.  
**דף פרטי הביטוח** - דף המצורף לפוליסה והמהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל מספר הפוליסה ופרטי הביטוח הספציפי, לרבות תקופת הביטוח.  
**פרמיה בסיסית** - דמי הביטוח הראשוניים הנקובים בדף פרטי הביטוח.  
**הפרמיה** - דמי הביטוח ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה לשלם לחברה, לפי תנאי הפוליסה, לרבות כל תוספת האמורה בפוליסה.  
**סכום הביטוח הבסיסי** - הסכום הנקוב ככזה ב"דף פרטי הביטוח".  
**סכום הביטוח** - סכום הביטוח הבסיסי הנקוב ב"דף פרטי הביטוח", כשהוא מוצמד למדד על-פי הוראות סעיף "תנאי הצמדה" בפוליסה.  
**המדד** - כמשמעו בסעיף "תנאי הצמדה" לפוליסה.  
**המפקח** - המפקח על הביטוח כמשמעותו בחוק בפיקוח על עסקי ביטוח, התשמ"א - 1981.  
**דיני הפיקוח** - חוק הפיקוח על עסקי ביטוח, התשמ"א - 1981, לרבות כל תקנה, אישור, צו והוראה על פי חוק זה ו/או מכוחו.  
**החוק** - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, החל על הפוליסה, בכפיפות לתנאיה ולהוראותיה.  
**תקנות** - תקנות הפיקוח על הביטוח (דרכי השקעת ההון, הקרנות וההתחייבויות של תכרות הביטוח) התשס"א - 2001, כפי שתחולנה מעת לעת.

**סעיף 4 - תשלום הפרמיות ותוספת לפרמיה**

(א) הפרמיות תשלומנה בזמני הפרעון הקבועים בפוליסה, מבלי שהחברת תהיה חייבת לשלוח הודעות כלשהן על כך. חובת תשלום הפרמיות נפסקת עם תשלום הפרמיה שזמן פרעונה חל לאחרונה לפני מות המבוטח (פרט לגבי פרמיות שזמן פרעון חל קודם לכן).  
(ב) לא שולמה פרמיה כלשהי במועדה, תתוסף לסכום שבפיגור - כחלק בלתי נפרד ממנו - ריבית, בשיעור הנהוג בחברה באותה עת כשהיא מחושבת מיום היווצר הפיגור ועד לתשלומה בפועל.  
(ג) לא שולמה הפרמיה במועדה, תהיה החברה זכאית לנטל את הביטוח על פי הפוליסה בכפיפות להוראות "החוק" לעניין זה.

(ד) את הפרמיות יש לשלם במשרדי החברה, כמצוין בפוליסה. ניתן לשלם את הפרמיות גם על-ידי חזרות קבע לבנק לתשלום פרמיות ישירות לחשבון החברה (שירות שיקים) ובמקרה כזה תראה החברה את זיכוי חשבון החברה בבנק בסכום הפרמיה, כתשלומה. כמו כן ניתן לשלם פרמיות באמצעות סוכן הביטוח הרשום בפוליסה, אך זאת אך ורק בשיקלים) לפקודת החברה.  
(ה) הסכמת החברה לקבל פרמיה שלא באחת הדרכים המפורטות לעיל, או לאחר זמן פרעונה, לפי העניין, במקום מסוים, לא תתפרש כהסכמתה לנהוג כך גם במקרים אחרים כלשהם.

(ו) השיעור לפיו נקבעה הפרמיה הינו קבוע כמפורט בדף פרטי הביטוח ובתנאי הפוליסה האחרים. למרות זאת החברה זכאית לשנות את בסיס חישוב הפרמיה ותנאי הביטוח לראשונה ביום 1.1.05 ובתום כל שנה לאחר מכן, בהסתמך על נסיון העבר תוך כדי בחינת הסיכון בפועל לעומת התחזיות ולפי הבסיס האקטוארי שבתכנית זו ובכפוף לאישור מראש של המפקח על הביטוח. שינוי כזה יכנס לתוקפו שלושים יום לאחר הודעת החברה למבוטח.

(ז) הפרמיה לביטוח על-פי נספח זה תגדל בתאריכים, כמפורט בדף פרטי הביטוח, ולפי גיל המבוטח באותם תאריכים, ובהתאם לכך תגדל הפרמיה של הפוליסה החל מתאריכים אלה.

**סעיף 5 - סכום הביטוח ומקרה הביטוח**

(א) סכום הביטוח על-פי פוליסה זו ישולם, בכפוף לסעיף 2 (ב) לעיל, בקרות מקרה הביטוח כהגדרתו להלן:  
גילוי מחלת המבוטח באחת או בכמה מהמחלות המפורטות להלן, והוא ביצוע אחד או כמה מהניתוחים המפורטים להלן במבוטח, זאת לאחר תקופת האכשרה ובתנאי נוסף שהמבוטח נשאר בחיים לפחות 30 יום לאחר גילוי המחלה. למען הסר ספק, תקופה זו של 30 יום מובלעת בתוך תקופות אחרות המוזכרות בכל מחלה ומחלה לצורך וידוא המחלה:

- א. ניתוח אב העורקים: ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או תיקון מפרצת אב העורקים החזי או הבטני; ובלבד שסיבת הניתוח אינה מולדת (כגון קוארקטציה או תסמונת מרפן) או שהניתוח בוצע לשם תיקון סעיפים מאב העורקים.
- ב. אנמיה אפלסטית: מצב בו המטולוג אבחן קיומה של אנמיה אפלסטית, קיים כשל כרוני של מח העצם המתבטא באנמיה, לאוקופניה וטרומבוציטופניה, וקיים צורך רפואי באחד או יותר מהטיפולים הבאים:

  1. טיפול בעירוי דם.
  2. מתן טיפולים בגורמי צמיחה.
  3. טיפול בתרופה מדכאת חיסון.

**סעיף 2 - תבות החברת**

(1) תבות של החברה, על פי הפוליסה, נכנסת לתוקפה במועד התחלת הביטוח, כמצוין בפוליסה, אולם זאת בתנאי ששולמה במלואה הפרמיה הראשונה, הנקובה בהודעת החיוב הראשונה, המוצאת על-ידי החברה, וכן שהמבוטח חי בנתאריך תשלומה ובתנאי נוסף שמיים שנעשתה למבוטח הבדיקה הרפואית או מיום חתימתו על הצהרת נריאות, לפי העניין, ועד ליום בו הסכימה החברה לכריתת חוזה הביטוח על-פי הפוליסה, לא חל שינוי בבריאותו, במצבו הגופני, במקצועו או בעיסוקו של המבוטח.

(2) על אף האמור בסעיף קטן (א) לעיל ומבלי לגרוע מהאמור בו, החברה לא תהיה אחראית על פי נספח זה, במקרה והמבוטח חלה באחת או כמה מהמחלות המנויות בסעיף 5 (א) ו/או נתגלה קיומו של הצורך בביצוע אחד או כמה מהניתוחים המנויים בסעיף 5 (א) במבוטח ו/או בוצע במבוטח אחד או כמה מהניתוחים המנויים בסעיף 5 (א) במשך תקופה של 90 יום החל מיום תחילת הביטוח על פי נספח זה או ממועד קבלת ההצעה לביטוח בחברה, לפי המאוחר מביניהם (להלן: "תקופת האבשרה"). תנאי זה לא יחול כאשר מקרה הביטוח נובע מתאונה.

**סעיף 3 - אי גילוי עובדות**

הביטוח על-פי הפוליסה נעשה על יסוד הידיעות וההצהרות בכתב שנמסרו לחברה על-ידי בעל הפוליסה והמבוטח, או מטעם מי מהם, לפי העניין, המצורפות לפוליסה. נכונותן מהווה תנאי עיקרי לקיומו של הביטוח. אם עובדות הנוגעות למצב בריאותו, אורח חייו, תאריך לידתו, מקצועו ועיסוקו של המבוטח, הוסתרו מידיעת החברה על מועד כריתת חוזה הביטוח, או עד למועד חידושו לאחר שבוטל, לפי העניין, וכן אם ניתנה תשובה שאיננה מלאה וכנה לשאלה שנשאלה על-ידי החברה או מטעמה, לפני כריתת חוזה הביטוח או חידושו כאמור, ותחולנה ההוראות הבאות:

**נספח 222**

**ט"ו. איבוד היכולת לדבר (אפאזיה מלאה):** איבוד מוחלט ובלתי הפיך של היכולת לדבר הנמשך לפחות 6 חודשים ואינו ניתן לטיפול תרופתי. האבחנה חייבת להיקבע ע"י נוירולוג מומחה בהתבסס על הדמיה וממצאים קליניים.

**מקרה הביטוח אינו כולל איבוד דיבור הנגרם כתוצאה ממחלה פסיכיאטרית.**

**ט"ז. כויה נרחבת:** כויה בדרגה שלישית המכסה לפחות 20% משטח פני הגוף או המכסה לפחות 7% משטח פני הגוף ובלבד שמכסה את הפנים או חלקם.

**י"ז. השתלת איבר:** מצב בריאותי המחייב ביצוע השתלת אחד או יותר מהאיברים הבאים, בין אם מגופו של אדם אחר ובין אם איבר מלאכותי, והמבוטח התקבל לתוכנית במרכז ההשתלת הישראלי להשתלת איברים:

1. השתלת לב.
2. השתלת כבד.
3. השתלת کلیה.
4. השתלת ריאה.
5. השתלת לב-ריאה.
6. השתלת מח עצמות אלוגנאית.

**י"ח. ALS:** שיתוק שרירים קבוע הנובע מפגיעה קבועה וכתוצאה באחד או יותר מהעצבים המוטוריים, הכולל את הפגיעות הבאות, שאובחנו ע"י נוירולוג מומחה:

1. ALS.
2. דיסטרופיה שרירית מתקדמת.
3. שיתוק בולברי מתקדם.

**מקרה הביטוח אינו כולל פגיעה עצבית כתוצאה ממחלת הפוליו.**

**י"ט. טרשת נפוצה:** מחלה הנגרמת כתוצאה מתהליך של דהמיאליניזציה של החומר הלבן במוח או בעמוד השדרה.

מקרה הביטוח מותנה בעמידה בכל קריטריונים הבאים:

1. אישור קיום המחלה ע"י נוירולוג.
2. הוכחה ב-MRI לקיום לזיוות מוחיות טיפוסיות.
3. מעורבות של עצב הראיה ו/או גזע המוח ו/או מח השדרה ו/או מעורבות מוטורית אחרת.
4. דיסטרופיה שרירית: חולשת שרירים קבועה או מתקדמת, על רקע מתלת השריר, המאובחנת ע"י נוירולוג מומחה על סמך בדיקת EMG טיפוסית וביופסיה של השריר.
5. שיתוק: איבוד מוחלט, קבוע ובלתי הפיך של התנועה בשתי גפיים לפחות, כתוצאה מפגיעה או ממחלת מח השדרה ו/או המוח.

**כ"ב. מחלת פרקינסון:** פגיעה מוחית מתקדמת הפוגעת בתפקוד המוטורי של הגוף, והמתבטאת ברעד, בנוקשות איברים ובאיטיות תגובת איברים.

מקרה הביטוח מותנה בקיום אבחנה ע"י נוירולוג מומחה ובאיבוד של לפחות 3 מתוך 6 יכולות לפעילויות יומיומיות (ADL's), לתקופה העולה על 6 חודשים, הרף טיפול תרופתי יעודי:

1. לקום ולשכב
  2. להתלבש ולהתפשט
  3. להתרחץ ולהתקלח
  4. לאכול ולשתות
  5. לשלוט על הסוגרים
  6. ללכת (מרותק למיטה או לכיסא גלגלים)
- האבחנה תיעשה ע"י נוירולוג מומחה.

**מקרה הביטוח אינו כולל פגיעה כאמור על רקע תרופתי או הרעלה.**

**כ"ג. פוליו (שיתוק ילדים):** שיתוק שרירים קבוע בקבוצת שרירים, הנובע מפגיעה של וירוס הפוליו והנמשך יותר מ- 3 חודשים.

מקרה הביטוח מותנה באבחון ובידוד של וירוס הפוליו בנוזל עמוד השדרה.

**החברה לא תהיה אחראית בגין מחלת פוליו ללא הופעת שיתוק.**

**כ"ד. יתר לחץ דם ריאטי:** יתר לחץ דם ריאטי הגורם לפגיעה גופנית קבועה עם סימפטומים בדרגת חומרה תפקודית 4 (לפי NYHA).

מקרה הביטוח מותנה באבחון ע"י מומחה לריאות או קרדיולוג, במדידת לחץ ריאטי מוגבר בעורק הריאה בצנתור ימני או באקו דופלר, ובקיום תגודות ריאתית גבוהה תחת טיפול תרופתי.

**כ"ה. שבץ מוחי:** כל אירוע צרברו-וסקולרי המחולל תוצאה

4. ביצוע השתלת מח עצם.

**ג. עיוורון:** איבוד ראייה מוחלט, קבוע ובלתי הפיך של שתי העיניים, מתועד בבדיקה קלינית, כתוצאה ממתלה או תאונה.

העיוורון חייב להיות מאובחן ומתועד ע"י דו"ח רופא עיניים מומחה לפי המבחנים הקליניים המקובלים.

**ד. סרטן:** נוכחות גידול ממאיר הכולל תאים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים לרקמות שכנות, או מתפשטים באמצעות מערכת הלימפה ו/או מערכת הדם.

**מקרה הביטוח אינו כולל:**

1. מצבים פרה סרטניים או סרטן מקומי (דיספלזיה או סרטן ממוקד (IN SITU) או סרטן הערמונית בקלסיפיקציה TNM בדרגה TI).

2. כל סוגי סרטן עור למעט מלנומה ממאירה, שעובי Breslow שלה עולה על 1.5 מ"מ, או Clark Level 3.

ה. קרדיومیופתיה: תפקוד בלתי תקין ומופחת של שריר הלב, הגורם לאי ספיקת לב ולדרגה תפקודית נמוכה (NYHA 3).

**מקרה הביטוח אינו כולל קרדיومیופתיה איסכמית ו/או קרדיومیופתיה משנית לצריכת אלכוהול או לשימוש בסמים.**

ו. חוסר הכרה (קומה): מצב של חוסר הכרה מתמשך, כתוצאה ישירה, בלתי אמצעית ובלתי יזומה, ממחלה או תאונה, ללא תגובה לגירויים חיצוניים, לתקופה הנמשכת 30 יום לפחות.

**מקרה הביטוח אינו כולל מצב של חוסר הכרה כתוצאה מצריכת אלכוהול או על רקע שימוש בסמים.**

ז. התקף לב (אוטם שריר הלב): פגיעה בחלק משריר הלב כתוצאה מחסימה של כלי דם כלילי הפוגעת באספקת הדם לאותו החלק.

האבחנה חייבת להיות מושתתת על קיום כל שלושת הקריטריונים הבאים:

1. כאבי תזה או לחץ בחזה.
2. שינויים איסכמיים בא.ק.ג.
3. עליה בערכי אנוימי הלב בדם מעל לערכי התקן.

ח. ניתוח מעקפים ללב (CABG): ניתוח בו מבוצע מעקף של היצרות או חסימה בעורק כלילי (לא כולל צנתור העורקים הכליליים ופעולות הרחבה או חיתוך ללא פתיחת בית החזה).

**מקרה הביטוח אינו כולל פעולות רוקסקולריזציה ע"י לייזר ו/או הזרקה של גורמי צמיחה לדופן שריר הלב.**

ט. ניתוח במסתמי הלב: ניתוח פתוח או אנדוסקופי לתיקון או החלפת אחד או יותר ממסתמי הלב, ובלבד שסיבת התיקון או ההחלפה אינה מום לב מולד.

י. מחלת אלצהיימר או דמנציה מוקדמת: ירידה משמעותית ביכולת הקוגניטיבית ו/או בזכרון או איבודם, כתוצאה מנוק בלתי הפיך לרקמת המוח.

קביעת קיום המחלה תיעשה ע"י נוירולוג מומחה בהתבסס על מבחנים יעודיים (תוצאה של פחות מ- 24 נקודות בבחינת סטוטס מנטלי מינימלי).

**מקרה הביטוח אינו כולל דמנציה על רקע שימוש בסמים או אלכוהול.**

**יא. אנצפליטיס - דלקת המוח:** דלקת קשה וחרופה של המוח, הגורמת, לאחר שלושה חודשים ממועד קרות האירוע, לנכות צמיתה בשיעור של 30% לפחות לפי מבחני המוסד לביטוח לאומי.

**יב. מחלת כשל חיסוני נרכש (AIDS) משנית לעירוי דם:** הדבקות המבוטח בוירוס הגורם למחלת כשל חיסוני נרכש (AIDS) כתוצאה מעירוי דם אשר ניתן בבית חולים בישראל, ובתנאים נוספים שהמבוטח אינו תולה בהמופליה וקיים אישור שהמחלה נגרמה בעקבות עירוי הדם.

**יג. אי ספיקה כליתית כרונית:** מחלה כליתית סופנית המתבטאת בחוסר תפקוד כליתי כרוני בלתי הפיך של שתי הכליות וצורך בטיפול דיאליטי לצמיתות. האבחנה חייבת להקבע ע"י נוירולוג מומחה.

**מקרה הביטוח אינו כולל אי ספיקה כליתית חדה שחולפת תוך 10 שבועות.**

**יד. מחלת כבד סופנית (שחמת):** מחלת כבד סופנית (שחמת) המתבטאת באי ספיקה כבדת ובקיום שניים מתוך הממצאים הבאים:

1. צהבת קבועה
2. מימת משמעותית
3. דליות בושט
4. אנצפלופתיה הפטית

**מקרה הביטוח אינו כולל פגיעה בכבד משנית לצריכת סמים, תרופות או אלכוהול.**

**נספח 222**

(ד) תוך 30 יום מיום קבלת כל המסמכים וההוכחות לפי סעיף זה, תהיה החברה חייבת לקבל את החלטתה אודות התביעה.

(ה) על-ידי תשלום התביעה, תשוחרר החברה מכל התחייבות הנובעת מהביטוח היסודי של הפוליסה.

(ו) החברה תנכה מכל תשלום בגין הפוליסה, כל חוב המגיע לה מבעל הפוליסה, או המבוטח, או המוטב, על-פי תנאי פוליסה זו.

(ז) **עד שתאשר החברה סופית את התביעה, יש לשלם במועדן את כל הפרמיות אשר פורעו מגיע על-פי הפוליסה, אחרת תחולנה הוראות החוק המתייחסות לאי-תשלום הפרמיות.**

לאחר שאישרה החברה סופית את התביעה יוחזרו הפרמיות ששולמו לה בגין התקופה שמיום הגשת התביעה.

**סעיף 8 - התיישנות**

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

**סעיף 9 - הוכחת גיל**

הפרמיה נקבעת לפי גילו של המבוטח. גיל המבוטח נקבע לפי יום הולדתו הקרוב ביותר לתאריך תחילת הביטוח, זה שקדם לו או הבא אחריו.

על המבוטח להוכיח את תאריך לידתו, על-ידי תעודה, לשבעות רצונה של החברה.

**במקרה של מתן תשובה שאינה מלאה ונכה, או במקרה של העלמת עובדות בקשר לתאריך לידתו של המבוטח, יחולו הוראות סעיף 3 של הפוליסה.**

**סעיף 10 - תנאי הצמדה**

(א) "מדד המחירים לצרכן" (להלן: "המדד") משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על-ידי כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אן יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.

(ב) סכום הביטוח לתשלום הינו סכום הביטוח בפועל בקרות מקרה הביטוח כשהוא מוצמד לשיעור עליית המדד, מן המדד היסודי הנקוב בפוליסה ועד המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום. האמור לעיל לא יחול על הנספחים בהם נקבע אחרת ובכפוף להוראות החוק.

(ג) הפרמיה שתשולם לחברה תחושב כדלקמן:

הפרמיה שעל בעל הפוליסה לשלם תשולם בתוספת הפרשי הצמדה למדד בין המדד הבסיסי הנקוב בפוליסה לבין המדד הודוע ביום ביצוע כל תשלום בפועל. לעניין זה, יום ביצוע התשלום הוא המאוחר מבין אלה: המועד הנקוב בהמחאה או המועד שבו הגיעה ההמחאה למשרדי החברה. במקרה של תשלום על-פי העברה בנקאית לזכות חשבון החברה, ייחשב יום ויכיו חשבון החברה בבנק כיום ביצוע התשלום בפועל. מועד גביית הפרמיה בשירות שיקים יהיה על פי קביעת החברה, ביום בין 1 עד 15 בחודש או ב-4 הימים האחרונים של החודש.

**סעיף 11 - הודעות לחברה**

**כל ההודעות וההצהרות של בעל הפוליסה, המבוטח או המוטב תוגשנה לחברה בכתב וכל המסמכים ימסרו לחברה אך ורק במשרדה הראשי, כרושם בפוליסה, או כתובת אחרת שעליה תודיע החברה בכתב לבעל הפוליסה מזמן לזמן (אם תודיע). כל שינוי בפוליסה או בתנאיה יכנס לתוקפו רק אם החברה הסכימה לכך בכתב ורשמה רישום מתאים על כך בפוליסה או בתוספת לפוליסה.**

**סעיף 12 - אבדן פוליסה**

עריכת פוליסה, במקום פוליסה שאבדה או הושחתה, תעשה אך ורק לאחר שתמיסר על-ידי בעל הפוליסה הודעה בנוסח שיקבע על-ידי החברה. בעל הפוליסה ישא בתשלום מסים ואגרות ממשלתיים, אם יהיו כאלה, והוצאות עריכת פוליסה חדשה.

**סעיף 13 - תשלומים נוספים**

בעל הפוליסה או המוטב, חייב לשלם לחברה את המסים הממשלתיים והעירוניים החלים על הפוליסה או המוטלות על הפרמיות, על סכומי הביטוח ועל כל תשלומים האחרים שהחברה מחויבת לשלם לפי הפוליסה, בין אם המסים האלה קיימים

שנמשכת יותר מ-24 שעות, ובכלל זה אוטם ברקמת המוח, שטף דם וסחיף שמקורו אינו בגולגולת. חייבת להינתן הוכחה לליקוי (נוק) נייורולוגי תמידי (ב-CT או ב-MRI), הנמשך לתקופה של 3 חודשים לפחות וכפי הנראה מראש, תמידי.

**כ"ז. מחלה סופנית:** מחלה סופנית מכל סוג שהוא, שעל פי חוות דעת רפואית מקצועית של רופא מומחה בדרגת מנהל או סגן מנהל מחלקה, תסתיים במות המבוטח בתוך 12 חודשים, ואשר אין לה טיפול רפואי באותו מועד העשוי לשנות את מהלכה.

**כ"ז. חרשות:** אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים.

מקרה הביטוח מותנה בבדיקת שמיעה אופיינית ובאישור רופא א.א.ג.

**(ג) סייגים לתשלום סכום הביטוח**

**בנוסף לאמור בסעיף 5 (א) לעיל, החברה לא תשלם את סכום הביטוח על-פי נספח זה, אם המחלה נגרמה במישרין או בעקיפין אל-ידי אחת מהסיבות דלקמן:**

א. מחלת האיידס (A.I.D.S.), תסמונת הכשל החיסוני הנרכש, על כל צורותיה, או כל תסמונת דומה הנגרמת על-ידי מיקרואורגניזמים מסוג זה, לרבות מוטציות ווריאציות. סייג זה לא יחול על האמור בסעיף 5 (א) י"ב.

ב. שימוש בסמים, למעט שימוש על-פי הוראות רופא.

ג. אם אין אפשרות לקבוע, מבחינה רפואית, את קיום המחלה.

ד. פגיעה עצמית מכוונת, בין אם המבוטח שמוי בדעתו ובין אם לאו.

ה. שירות המבוטח בצבא או במשטרה אם המבוטח זכאי לפיצוי ראו לטיפול מגורם ממשלתי גם אם המבוטח ויתר על זכות זו.

ו. פגיעה כתוצאה ממלחמה, פעולת איבה, חבלה או טרור מכל סוג שהוא, אם המבוטח זכאי לפיצוי ראו לטיפול מגורם ממשלתי וגם אם ויתר על זכות זו.

ז. פגיעה בנשק בלתי רובנציונלי (כגון: אטומי, ביולוגי, כימי) או מטילים בליסטיים קונבנציונליים.

(ג) בעל הפוליסה רשאי, בכל עת, לבטל את הביטוח על פי הפוליסה בהודעה בכתב לחברה. הביטול ייכנס לתוקפו עם מסירת ההודעה האמורה לחברה.

**סעיף 6 - קביעת המוטב ושעבוד הפוליסה**

(א) החברה תשלם את הסכום המגיע על-פי תנאי הפוליסה, אך ורק למוטב הרשום בפוליסה.

(ב) בטרם אירע מקרה הביטוח המזכה מוטב בסכום על פי תנאי הפוליסה, רשאי בעל הפוליסה לשנות את המוטב הרשום בפוליסה. השינוי יחייב את החברה רק לאחר שנמסרה לה הוראה בכתב על כך, בחתימת בעל הפוליסה, והוא נרשם על-ידה בפוליסה.

(ג) **בשום מקרה לא יהיה בעל הפוליסה זכאי לקבוע מוטב בקביעה בלתי חוזרת, או לשנות קביעה של מוטב לקביעה בלתי חוזרת, אלא אם יקבל לכך מראש את הסכמתה בכתב של החברה.**

(ד) שילמה החברה את הסכום המגיע למוטב הרשום בפוליסה, בטרם נרשם בה אחר כמוטב במקומו, בין על-פי הוראה בכתב בחתימת בעל הפוליסה ובין על-פי צוואתו המאושרת על-ידי בית המשפט, המורה על תשלום לאחר, תהא החברה משוחררת מכל חבות כלפי אותו אחד וכלפי בעל הפוליסה, עזבונו וכל מי שיבוא במקומו.

**סעיף 7 - התביעה ותשלומה**

(א) בעל הפוליסה, או המבוטח, חייב להודיע בכתב לחברה על מחלה מיד אחרי שנודעה לו. כתנאי קודם לאישור התביעה תהיה לחברה הזכות, וצריכה להינתן לה האפשרות להעמיד את המבוטח על חשבונה לבדיקת רופא או רופאים שיתמנו על ידה, בכל עת וכל אימת שתראה בכך צורך סביר המתקבל על הדעת.

(ב) על בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, למסור לחברה תוך זמן סביר, לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הנוספים הדרושים לחברה לבירור חבותה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם.

(ג) כל המסמכים הנ"ל חייבים להימסר במשרדה הראשי של החברה.

**נספח 222**

**סעיף 16 - מקום השיפוט**

התביעות הנובעות מתוך הפוליסה הזאת תהיינה אך ורק בסמכות בתי המשפט המוסמכים במדינת ישראל.

**סעיף 17 - ביטול תוקף הנספח**

תוקף פוליסה זו יפוג:

- א. בתום תקופת הביטוח הנקובה בדף פרטי הביטוח.
- ב. כאשר הפרמיה לא שולמה בהתאם לתנאי הפוליסה ובהתאם לחוק.
- ג. עם תשלום סכום הביטוח על-פי סעיף 7.

בתאריך הוצאת הפוליסה ובין אם יוטלו במשך תקופת קיומה, או בכל זמן אחר עד לתשלום. כן חייב בעל הפוליסה לשלם לחברה את ההוצאות בעד התוספות על הפוליסה.

**סעיף 14 - שינוי כתובת**

אם בעל הפוליסה, המבוטח או המוטב, לפי העניין, העתיק את דירתו או שינה את כתובתו ולא הודיע על כך חברה, יוצאת החברה את ידי חובתה על-ידי משלוח הודעותיה לפי הכתובת האחרונה הידועה לה.

**סעיף 15 - כללי**

במקרה של סתירה בין התנאים הכלליים של הפוליסה לבין התנאים של נספח מסוים, יחולו תנאי הנספח המסוים בהתאמה ועל שאר חלקי הפוליסה יחולו התנאים הכלליים.

**"קרן אור טופ" (מחלות קשות)**

**הכיסויים בפוליסה**

המבוטח זכאי לפיצוי במקרה של גילוי המחלות הקשות או הצורך בביצוע הניתוחים המופיעים בפוליסה.

**משך תקופת הביטוח**

עד גיל 70.

**תקופת אכשרה**

90 יום. תקופה זו מבוטלת כאשר מקרה הביטוח נובע מתאונה.

**תקופת המתנה**

אין תקופת המתנה.

**השתתפות עצמית**

אין השתתפות עצמית.

**שינוי הפרמיה ותנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח**

"מנורה" זכאית לשנות את בסיס חישוב הפרמיה ותנאי הביטוח לראשונה ביום 1.1.05 ובתום כל שנה לאחר מכן, בהסתמך על ניסיון העבר תוך כדי בחינת הסיכון בפועל לעומת התחזית ולפי הבסיס האקטוארי שבתכנית זו ובכפוף לאישור מראש של המפקח על הביטוח. שינוי כזה יכנס לתוקפו שלושים יום לאחר הודעת החברה למבוטח.

**חשוב לציין, כי עד עתה, לא נערכו שינויים בכיסויים ובתעריפים ולא הוגשו בקשות לשינויים למשרדי המפקח על הביטוח.**

**גובה הפרמיה החודשית בש"ח**

כמפורט בדף פרטי הביטוח.

**מבנה הפרמיה**

פרמיה משתנה: הפרמיה תיקבע אחת לחמש שנים בהתאם לוותק הפוליסה וגילו של המבוטח.

**תנאי ביטול**

**תנאי ביטול הפוליסה על-ידי המבוטח**

המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב, הביטול ייכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה במשרדי "מנורה".

**תנאי ביטול הפוליסה על-ידי "מנורה"**

"מנורה" תהיה רשאית להודיע למבוטח על ביטול הפוליסה בכל אחד מהמקרים הבאים:

1. המבוטח אינו משלם, או לא שולמו בגינו, דמי הביטוח במועדם.
  2. המבוטח העלים מ"מנורה" עובדה מהותית או מסך תשובה שאיננה מלאה וכנה.
  3. המבוטח הגיש ל"מנורה" תביעה כוזבת או תביעת מרמה לתשלום תגמולי הביטוח.
- בכל אחד מהמקרים שלעיל, הביטול יעשה בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.

**בנוסף, תוקף הפוליסה יפוג במקרים הטאים:**

1. בתום תקופת הביטוח הנקובה בדף פרטי הביטוח.
2. עם תשלום סכום הביטוח על-פי סעיף 7.

**החרגה בגין מצב רפואי קיים**

כמפורט בדף פרטי הביטוח.

**סייגים לחבות "מנורה"**

ראה פירוט הסייגים בסעיף 5.

פירוט הכיסויים בפוליסה	פירוט המחלות	סכומי הפיצוי
פיצוי במקרה גילוי המחלות הקשות או הצורך בביצוע הניתוחים הבאים:	ניתוח אב העורקים, אנמיה אפלסטית, עיוורון, סרטן, קרדיומיופתייה, חוסר הכרה (קומה), התקף לב (אוטם שריר הלב), ניתוח מעקפים ללב (CABG), ניתוח במסתמי הלב, מחלת אלצהיימר או דמנציה מוקדמת, אנצפליטיס-דלקת המוח, מחלת כשל חיסוני נרכש (AIDS), משנית לעירוי דם, אי ספיקה כליתית כרונית, מחלת כבד סופנית (שחמת), איבוד היכולת לדבר (אפאזיה מלאה), כוויה נרחבת, השתלת איבר, ALS, טרשת נפוצה, דיסטרופיה שרירית, שיתוק, מחלת פרקינסון, פוליו (שיתוק ילדים), יתר לחץ דם ריאתי, שבץ מוחי, מחלה סופנית, חרשות.	כמפורט בדף פרטי הביטוח.
מגבלה לגבי פטירה לאחר מועד גילוי המחלה או הצורך בביצוע הניתוח:	30 ימים, אלא אם צויין אחרת בגוף הפוליסה.	

נספח גילוי נאות הוא למידע בלבד, ואינו מהווה חלק מהתנאים הכלליים. התנאים הקובעים הינם כמפורט בתנאים הכלליים ובכל מקרה של סתירה, יגבר האמור בתנאים הכלליים.