

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 שחיוו 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 הראשונים 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, בכפופות לתנאיה ולהוראותיה.

תקנות - תקנות הפיקוח על הביטוח (דרכי השקעת ההון, הקרנות וההתחייבויות של חברות הביטוח) התשס"א - 2001, כפי שתחולנה מעת לעת.

סעיף 2 - חבות החברה

(א) חבותה 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 בתאריך תשלומה ובתנאי נוסף שמיום שנעשתה למבוטח הבדיקה הרפואית או מיום חתימתו על הצהרת בריאות, לפי העניין, ועד ליום בו הסכימה החברה לכריתת חוזה הביטוח על-פי הפוליסה, לא חל שינוי בבריאותו, במצבו הגופני, במקצועו או בעיסוקו של המבוטח.

(ב) 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 האכשרה"). 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 עד למועד 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, תחולנה ההוראות הבאות:

(א) נודע הדבר לחברה, רשאית היא - כל עוד לא אירע מקרה הביטוח, לבטל את חוזה הביטוח, בהודעה לבעל הפוליסה או למבוטח.

(ב) נודע הדבר לחברה לאחר שאירע מקרה הביטוח, או שמקרה הביטוח אירע לפני שנתבטל חוזה הביטוח על-פי האמור בסעיף קטן (א) לעיל, תהיה החברה חייבת רק בתשלום סכום ביטוח מופחת, בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין הפרמיה שנקבעה בפוליסה לבין הפרמיה שהיתה נקבעת על-ידי החברה אילו הובאו לידיעתה כל העובדות האמורות לאמיתן.

סעיף 4 - תשלום הפרמיות ותוספת לפרמיה

(א) הפרמיות תשולמנה בזמני הפרעון הקבועים בפוליסה, מבלי שהחברה 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 פרעונן 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 לבטל 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 הוראת 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 בשיק(ים) 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 התחזית ולפי הבסיס האקטוארי שבתכנית זו ובכפוף לאישור מראש של המפקח על הביטוח. שינוי כזה יכנס לתוקפו שלוש 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.

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.

ז. התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome)

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

האבחנה חייבת להיתמך על ידי כל שלושת הקריטריונים הבאים במצטבר:

1. כאבי חזה אופייניים.
2. שינויים חדשים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.
3. עלייה ברמת האנזימים של שריר הלב לערכים פתולוגיים.

למען הסר ספק מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.

ח. חירשות (Deafness) – אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.

ט. טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis) – דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נירולוגי הנמשך לפחות שישה חודשים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נירולוג מומחה.

י. יתר לחץ דם ריאטי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension) – עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימויות הריאה, עליה בנפח הדם הריאטי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאטיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאטי סיסטולי מעל 30 מ"מ או לחץ ריאטי עורקי – ממוצע מעל 20 מ"מ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

יא. כוויות קשות (Severe Burns) – כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

יב. מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) – 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 על ידי בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספליניזם.

יג. ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) – עדות לפגיעה משולבת בניוון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נירולוג מומחה.

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, ו/או 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 ויידוא המחלה:

א. **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.

ב. **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 כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים:

1. הקטנה חדה בנפח הכבד;
2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7; צהבת, מעמיקה;
4. אנצפלופטיה כבדית;
5. דמום בלתי נשלט;
6. אי ספיקת כליות על רקע מחלת הכבד ותסמונת הפאטו-רנאלית.

ג. **אי ספיקת כליות כרונית (Chronic Renal Failure)** – חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייבת חיבור קבוע להמוזיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליות.

ד. **אנמיה אפלוסטית (Aplastic Anemia)** – כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלוסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה 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.

ה. **דלקת מוח (Encephalitis)** – דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נירולוג מומחה, יותירו נזק נירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל 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.

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

ו. **השתלת איברים (Organ Transplantation)** – לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מוח עצמות – קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות

הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק ניורולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי ניורולוג מומחה. כל זאת להוציא אי ספיקה ורטברו-בזילרית ו-TIA.

כ"ג. **שיתוק (פרפליגיה, קוודריפליגיה) (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).

כ"ד. **תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS)** – נוכחות של נגיף HIV בגופו של מבוטח, שנגרמה באופן בלעדי על ידי עירוי דם אשר ניתן לאחר תחילת הביטוח.

כ"ה. **תרדמת (COMA)** – מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק ניורולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.

כ"ו. **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.

כ"ז. **דיסטרופיה שרירית:** חולשת שרירים קבועה או מתקדמת, על רקע מחלת השריר, המאובחנת ע"י ניורולוג מומחה על סמך בדיקת EMG טיפוסית וביופסיה של השריר.

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

(ב) 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 שפוי בדעתו ובין אם לאו.

ה. שירות המבוטח בצבא או במשטרה אם המבוטח זכאי לפיצוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי גם אם המבוטח ייתר על זכות זו.

י"ד. **ניתוח החלפה או תיקון מסתמי לב (Valve Replacement or Repair)** – ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

ט"ו. **ניתוח אבי העורקים (Aorta)** – ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן.

ט"ז. **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.

י"ז. **רטן (Cancer)** – נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחוזרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

מקרה הביטוח אינו כולל:

1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים.

2. מלנומה ממאירה דרגה A1 (1 מ"מ) לפי סיווג ה-AJCC לשנת 2002.

3. מחלות עור מסוג: Hyperkeratosis (1) Basal Cell Carcinoma;

(2) Squamous Cell Carcinoma מחלות עור מסוג Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.

4. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת ה-AIDS.

5. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-TNM Classification T2 No Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל).

6. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L.).

י"ח. **עיוורון (Blindness)** – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.

י"ט. **פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis)** – שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.

כ'. **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 ניורולוג 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. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.

כ"א. **קרדיومیופטיה (Cardiomyopathy)** – מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.

כ"ב. **שבץ מוחי (CVA)** – כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות ניורולוגיות או חוסר ניורולוגי,

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, לשביעות רצונה של החברה.

במקרה של מתן תשובה שאינה מלאה וכנה, 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 שתשלום לחברה תחושב כדלקמן:

הפרמיה שעל בעל הפוליסה לשלם תשלום בתוספת הפרשי הצמדה למדד בין המדד הבסיסי הנקוב בפוליסה לבין המדד הידוע ביום ביצוע כל תשלום בפועל. לעניין זה, יום ביצוע התשלום הוא המאוחר מבין אלה: המועד הנקוב בהמחאה או המועד שבו הגיעה ההמחאה למשרד החברה. במקרה של תשלום על-פי העברה בנקאית לזכות חשבון החברה, ייחשב יום זיכוי 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, כרשום 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 שתימסר 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 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.

1. פגיעה כתוצאה ממלחמה, פעולת איבה, חבלה או טרור מכל סוג שהוא, אם המבוטח זכאי לפיצוי ו/או טיפול מגורם ממשלתי וגם אם וויתר על זכות זו.
2. פגיעה בנשק בלתי קונבנציונלי (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-ידיה 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 לברור חבותה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם.

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

(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 פרעונו מגיע על-פי הפוליסה, אחרת תחולנה הוראות החוק המתייחסות לא-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 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.

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 במועד.

2. המבוטח העלים מ"מנורה" עובדה מהותית או מסר תשובה שאינה 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 הבאים:

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:	אילמות, אובדן דיבור, אי ספיקת כבד פולמינינטית, אי ספיקת כליות כרונית, אנמיה אפלסטית, דלקת מוח, השתלות איברים, התקף לב חריף, חירשות, טרשת נפוצה, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, כוויות קשות, מחלת כבד סופנית, ניוון שרירים מסוג ALS, ניתוח החלפה או תיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, ניתוח מעקפי לב, סרטן, עיוורון, פוליו, פרקינסון, קרדיומיופטיה, שבץ מוחי, שיתוק, תסמונת הכשל החיסוני הנרכש, תרדמת, תשישות נפש, דיסטרופיה שרירית, מחלה סופנית.	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.