

התנאים הכלליים לביטוח "איכות חיים טופ" (מוות ומחלות 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 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, 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 שמיים 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

המבוטח חלה באחת או כמה מהמחלות המנויות בסעיף 5 א. 2. ו/או נתגלה קיומו של הצורך בביצוע אחד או כמה מהניתוחים המנויים בסעיף 5. א. 2. במבוטח ו/או בוצע במבוטח אחד או כמה מהניתוחים המנויים בסעיף 5. א. 2. 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.

ג. החברה תהיה פטורה מתשלום "סכום הביטוח", אם נגרם מות המבוטח עקב התאבדות, או נסיון להתאבדות (בין אם המבוטח היה שפוי בדעתו ובין אם לאו), תוך שנה מיום כריתת חוזה הביטוח, או מיום חידוש הפוליסה לאחר שבוטלה, הכל לפי העניין.

ד. הביטוח יכלול סיכון הכרוך בטיסת המבוטח כנוסע במטוס אך ורק עם יטוס המבוטח כנוסע בכלי טייס אזרחי, בעל תעודת כשירות להובלת נוסעים, מטעם הרשות המוסכמת של אותה מדינה שבה רשומה החברה בעלת כלי הטייס, ובטיסה מאושרת על-ידי רשויות התעופה של מקום ההמראה.

הביטוח לא יכלול סיכון הכרוך בטיסת המבוטח בכלי טייס ובטיסות השונים מהמפורטים לעיל.

ה. בכל מקרה בו פטורה החברה מתשלום "סכום הביטוח", בהתאם לפוליסה או לפי "החוק", לא תשלם החברה תשלום כלשהו על-פי נספח זה.

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.

ג. החברה לא תהיה זכאית לתרופות האמורות בסעיף זה לעיל, לאחר שחלפו שלוש שנים מכריתת חוזה הביטוח

ב. אנמיה אפלוסטית: מצב בו המטולוג אבחן קיומה של אנמיה אפלוסטית, 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.
4. ביצוע השתלת מח עצם.

ג. עורוון: איבוד ראייה מוחלט, קבוע ובלתי הפיך של שתי העיניים, מתועד בבדיקה קלינית, כתוצאה ממחלה 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 T1).
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 ולא 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 חזה או לחץ בחזה.
2. שינויים איסכמיים בא.ק.ג.
3. עליה בערכי אנזימי 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 רווקסקולריזציה ע"י לייזר ולא 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 מנזק בלתי הפיך לרקמת המוח.

או מחידושו לאחר שבוטל, לפי העניין, זולת אם בעל הפוליסה או המבוטח פעלו בכוונת חרמה.

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 בחברה.

ה. הסכמת החברה לקבל פרמיה שלא באחת הדרכים המפורטות לעיל, או לאחר זמן פרעונה, לפי העניין, במקום מסויים, לא תתפרש כהסכמתה לנהוג כך גם במקרים אחרים כלשהם.

ו. השיעור לפיו נקבעה הפרמיה הינו קבוע נמפורט בדף פרטי הביטוח ובתנאי הפוליסה האחרים. למרות זאת החברה זכאית לשנות את בסיס חישוב מרכיב הפרמיה למחלות קשות 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 שלושים יום לאחר הודעת החברה למבוטח.

ז. הפרמיה לביטוח על-פי נספח זה תגדל בתאריכים, נמפורט 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 יושלם, בכפוף לסעיף 2 ב. לעיל, בקרות מקרה הביטוח כהגדרתו בסעיף קטן 1 להלן, או אם ארע מקרה הביטוח כהגדרתו בסעיף קטן 2 להלן:

1. מותו של המבוטח בתוך תקופת הביטוח של פוליסה זו.
2. גילוי מחלת המבוטח באחת או בכמה מהמחלות המפורטות להלן, ו/או ביצוע אחד או כמה מהניתוחים המפורטים להלן במבוטח, זאת לאחר תקופת האכשרה:

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 מרפון) או שהניתוח בוצע לשם תיקון סעיפים מאב העורקים.

נספח 223

מקרה הביטוח אינו כולל פגיעה עצבית כתוצאה ממחלת הפוליו.

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

מקרה הביטוח מותנה בעמידה בכל קריטריונים הבאים:

1. אישור קיום המחלה ע"י נוירולוג.
 2. הוכחה ב-MRI לקיום לזיות מוחיות טיפוסיות.
 3. מעורבות של עצב הראיה ו/או גזע המוח ו/או מח השדרה ו/או מעורבות מוטורית אחרת.
- כ. דיסטרופיה שרירית:** חולשת שרירים קבועה או מתקדמת, על רקע מחלת השריר, המאובחנת ע"י נוירולוג מומחה על סמך בדיקת EMG טיפוסית וביופסיה של השריר.

כ"א. 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, בנקושות 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, חרף 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 תנגודת ריאתית גבוהה תחת טיפול תרופתי.

כ"ה. שבץ מוחי: כל אירוע צרברו-וסקולרי המחולל תוצאה שנמשכת יותר מ-24 שעות, ובכלל זה אוטם ברקמת המוח, שטף דם וסחיף שמקורו אינו בגולגולת. חייבת להינתן הוכחה לליקוי (נזק) נוירולוגי תמדי (ב-CT או ב-MRI), הנמשך לתקופה של 3 חודשים לפחות וכפי הנראה מראש, תמדי.

קביעת קיום המחלה תיעשה ע"י נוירולוג מומחה בהתבסס על מבחנים יעודיים (תוצאה של פחות מ-24 נקודות בבחינת סטטוס מנטלי מינימלי).
מקרה הביטוח אינו כולל דמנציה על רקע שימוש בסמים או אלכוהול.

י"א. אנצפליטיס – דלקת המוח: דלקת קשה וחרیפה של המוח, הגורמת, לאחר שלושה חודשים ממועד קרות האירוע, לנכות צמיתה בשיעור של 30% לפחות לפי מבחני המוסד לביטוח לאומי.

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

י"ג. 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 נפרולוג מומחה.

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

י"ד. מחלת כבד סופנית (שחמת): מחלת כבד סופנית (שחמת) המתבטאת באי ספיקה כבדית ובקיום שניים מתוך הממצאים הבאים:

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

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

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 ההשתלות 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 וכרונית באחד או יותר מהעצבים המוטוריים, הכולל את הפגיעות הבאות, שאובחנן ע"י נוירולוג מומחה:

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

נספח 223

ה. לפני תום תקופת הביטוח, ובתנאי שהמבוטח עודו בחיים, יהיה בעל הפוליסה רשאי לשעבד את הפוליסה. שעבוד זה לא יחייב את החברה, אלא אם קיבלה החברה הודעה בכתב על דבר השעבוד, חתומה על-ידי בעל הפוליסה. זכויותיהם של המוטב, בעל הפוליסה והמבוטח יהיו כפופות לשעבוד האמור

סעיף 7 - התביעה ותשלומה

א. בעל הפוליסה, או המוטב, חייב להודיע בכתב לחברה על מקרה מוות של המבוטח או שהמבוטח חלה באחת או כמה מהמחלות המפורטות לעיל, מיד אחרי שנודעה לו. במקרה של מחלה, 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 המוטב, 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.

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, תשחרר 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. במקרה של מחלה, עד שתאשר החברה סופית את התביעה, יש לשלם במועדן את כל הפרמיות שפרעונו 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, 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

כ"ו. 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.

ב. סייגים לתשלום סכום הביטוח (למקרה מחלה בלבד)

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. 2. 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 יותר על זכות זו.

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

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

למען הסר ספק, הסייגים בסעיף זה לא יחולו במקרה מות המבוטח.

3. בעל הפוליסה רשאי, בכל עת, לבטל את הביטוח על פי הפוליסה בהודעה בכתב לחברה. הביטול יכנס 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.

נספח 223

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.

סעיף 14 - שינוי כתובת

אם בעל הפוליסה, המבוטח או המוטב, לפי העניין, העתיק את דירתו או שינה את כתובתו ולא הודיע על כך לחברה, 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.

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:

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

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 מוחלף.

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 תשולם 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 למשרדי 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

"איכות חיים טוב" (מוות ומחלות קשות)

הכיסויים בפוליסה

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

משך תקופת הביטוח

עד גיל 70.

תקופת אכשרה

90 יום. תקופה זו מבטלת 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 הישוב 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 לשנה או אחת לחמש שנים, כמפורט בדף פרטי הביטוח, בהתאם לזוהק 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 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 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 מוות או גילוי המחלות הקשות או הצורך בביצוע הניתוחים הבאים:	ניתוח אב העורקים, אנמיה אפלטטית, עיוורון, סרטן, קרדיומיופתיה, 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), כווייה 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:	אין	

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.