



לאומית סיעוד

ביטוח סיעודי קבוצתי ללקוחות לאומית
באמצעות מנורה מבטחים



לאומית
לנו זה אכפת

מנורה
מבטחים



תוכן עניינים

פתיח.....2-3

שאלות ותשובות.....4-7

תמצית תנאי הביטוח8-11

תנאי הפוליסה12-33

הנחיות להגשת תביעה34

מבוטח/ת יקר/ה,

אני שמח לעדכן אתכם כי החל מיום 01/04/2019 החברה שתבטח את מבוטחי לאומית בפוליסה "לאומית סיעוד" הינה מנורה מבטחים ביטוח בע"מ ("מנורה") וזאת לאחר שזכתה במכרז לבחירת מבטח חדש.

"לאומית סיעוד" - הביטוח הסיעודי הקבוצתי למבוטחי לאומית, נותן מענה למבוטח הסיעודי ולבני משפחתו, ומאפשר פתרון הולם לצרכים של המבוטח הסיעודי.

תנאי ביטוח זה נקבעו בהתאם לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים) התשע"ו - 2015, שהותקנו ע"י שר האוצר. התקנות קובעות כי כל קופות החולים יציעו למבוטחיהן פוליסה אחידה אשר תנאיה נקבעו בתקנות כאמור.

לאומית אשר הינה בעלת הפוליסה, דואגת ביחד עם מנורה שברגע האמת, אם חס וחלילה אתה/ו/או היקרים לך תימצאו במצב סיעודי, תהיו זכאים לקבל סיוע כספי, אשר יאפשר לכם קבלת טיפול מסור והולם. תהליך מתן השירות ע"י מנורה נקבע מראש בתנאי המכרז ולאומית תדאג לפקח על יישומו.

מנורה מחויבת להעמיד לרשותכם מנהל תיק לקוח אישי (Case Manager) אשר הינו עובד סוציאלי מקצועי בהכשרתו, אשר ידאג לליווי והכוונה של המבוטחים ויסייע במיצוי זכויות.

לצד הקשר האישי והאנושי, תעמיד לרשותכם מנורה מגוון אמצעים דיגיטלים לשם עדכון בכל שלבי התביעה, ככל שתהיה כזאת, ואף תעמיד אזור אישי למבוטחי לאומית באתר האינטרנט שלה.

הביטוח הסיעודי הינו חלק ממכלול השירותים, שמוצעים ללקוחות לאומית, מתוך תפיסת מחויבות כלפי מבוטחינו בכל שלב בחיים. אנו עושים מאמצים רבים על מנת להציע שירותי בריאות ושירותים נוספים, אשר יתנו מענה בכל גיל ובהתאמה לכל מצב רפואי.

אנו מאחלים לכם בריאות שלמה ואריכות ימים.



בכבוד רב,
ניסים אלון
מנהל כללי

מבוטח/ת יקר/ה

אנחנו מברכים על שיתוף הפעולה עם קופת חולים לאומית ועל הבחירה במנורה מבטחים לבטח את חברי הקופה בפוליסת 'לאומית סיעוד'. הביטוח ייכנס לתוקף החל מיום 1 באפריל 2019.

כחברה מובילה בשוק הביטוח בישראל, אנחנו במנורה מבטחים מבינים את החשיבות של מערך שירות זמין ואישי שנותן מענה מקצועי, מהיר ומיטבי ברגעי האמת, בהם צריכים אותנו.

מנורה מבטחים ביטוח מבטחת מזה שנים רבות עשרות אלפי מבוטחים בביטוחי בריאות וסיעוד וחרטנו על דגלנו להעניק שירות יעיל, אישי, אנושי ובלתי מתפשר. משכך, אנו מתחייבים להעניק שירות איכותי ומהימן, תוך ראייה אישית המתחשבת בצרכיו וברווחתו של כל מבוטח בואו למצות את זכויותיו.

אנחנו מעמידים לרשותכם את הגודל, הניסיון והחוסן של קבוצת מנורה מבטחים ונדאג ללוות אתכם, לממש ולהגן על זכויותיכם בכל הקשור לכיסוי הסיעודי. אנו עושים זאת, בין היתר, באמצעות מערך ייעודי של אנשי מקצוע ומומחים בתחום.

מנורה מבטחים ביטוח הינה אחת מחמש חברות הביטוח הגדולות בישראל והראשונה בגודלה בביטוח כללי וביטוחי הרכב והיא חלק מקבוצת מנורה מבטחים, המנהלת את קרן הפנסיה הגדולה בישראל - "מנורה מבטחים פנסיה" ועם ניסיון של עשרות שנים בתחום הבריאות בכלל ובתחום הסיעוד בפרט.

כמו שני מיליון לקוחות החברה, גם אתם יכולים להיות בטוחים במנורה מבטחים.

בחברת המצורפת תמצאו את פוליסת הביטוח הסיעודי הקבוצתי בה הנכם מבוטחים וכן, מידע מקיף נוסף.

בברכת בריאות איתנה,

אורית קרמר

משנה למנכל, מנהלת תחום ביטוח בריאות

שאלות ותשובות:

מהו ביטוח סיעודי?

ביטוח סיעודי הינו ביטוח למקרה בו המבוטח הופך סיעודי - אדם שאינו מתפקד באופן עצמאי בחיי היומיום (בהתאם להגדרות הפוליסה). במקרה כזה, יהיה המבוטח זכאי לקבלת תגמולי ביטוח חודשיים מחברת הביטוח. במקרה בו המבוטח שוהה בביתו, ישולמו התגמולים כסכום פיצוי חודשי קבוע. במקרה בו המבוטח שוהה במוסד סיעודי, ישולמו התגמולים כהשתתפות בהוצאות (שיפוי כנגד המצאת חשבונות / קבלות), בהתאם לאמור בפוליסה.

הפוליסה הסיעודית לחברי לאומית:

נוסח הכיסוי הביטוחי בפוליסה של חברי לאומית הינו נוסח קבוע ומוכתב ע"י רשות שוק ההון, חיסכון וביטוח במשרד האוצר. משכך, הנוסח זהה ואחיד לכיסוי הביטוחי המוצע גם בקופות החולים האחרות (בתנאי הזכאות לתגמולי ביטוח ובתקופת תשלום תגמולי הביטוח).

מי זכאי להיות מבוטח בביטוח הסיעודי?

מבוטחים קיימים

כל לקוחות לאומית שירותי בריאות, אשר היו מבוטחים בביטוח הסיעוד הקבוצתי "לאומית סיעוד" ביום 31.03.2019 יועברו לפוליסה החדשה באופן אוטומטי, ללא צורך בפעולה כלשהי מצדם. מומלץ לוודא כי כל בני המשפחה, לרבות ילדים, מבוטחים בפוליסה "לאומית סיעוד". גם חיילים רשאים להיות מבוטחים בביטוח הסיעודי.

מבוטח חדש

לקוח לאומית, אשר יצטרף לביטוח הסיעודי מיום 1.4.19 ואילך, לאחר שקבלתו לביטוח זה אושרה על-ידי מנורה מבטחים. למען הסר ספק יובהר, כי לקוחות שהיו מבוטחים אצל המבטח הקודם אינם נחשבים מבוטחים חדשים אצל מנורה מבטחים אלא מבוטחים קיימים המועברים אליה באופן אוטומטי וברצף ביטוח מלא.

מבוטח זכאי

לקוח לאומית, אשר היה מבוטח באופן עצמאי בפוליסה קבוצתית לביטוח סיעודי שהסתיימה, ואשר גילו 55 ומעלה, ואשר לא היה במצב סיעודי במועד הפסקת הביטוח הסיעודי הקבוצתי או במועד בקשתו להיות מוכר כ"מבוטח זכאי" בפוליסה זו, ואינו מבוטח, במועד בקשתו להצטרפות, בביטוח הסיעודי של לאומית, יהיה רשאי להצטרף לביטוח הסיעוד הקבוצתי של לאומית ללא הצהרת בריאות, וזאת עד 120 יום מיום ביטול הפוליסה הקבוצתית שהסתיימה. הצירוף יהיה בהתאם לקבוצת הגיל אליה משהייך המבוטח במועד צירופו לביטוח הסיעוד הקבוצתי של לאומית.

מבוטח עובר

לקוח חדש בלאומית, אשר היה מבוטח בביטוח סיעודי בקופת חולים אחרת ועבר ללאומית יוכל לשמור על רצף זכויות בביטוח הסיעודי, זאת בכפוף להצגת אישור בדבר קיומו של ביטוח סיעודי קודם. העברת האישור צריכה להיעשות עד 180 יום מיום המעבר ללאומית. לאחר מכן תהיה קבלתו של המבוטח לביטוח כמבוטח חדש, לכל דבר וענין. *האישור יינתן ע"י המבטח של הביטוח הסיעודי בקופת החולים הקודמת בה היה חבר.

מהי הפרמיה?

הפרמיה (דמי הביטוח) אותה משלם המבוטח, עבור כיסוי ביטוחי. תעריפי הפרמיה מפורטים בעמוד 28. הפרמיה משתנה על פי גיל המבוטח ועל פי מועדים קבועים מראש, כפי שאושר על ידי רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר. בנוסף הפרמיה צמודה למדד המחירים לצרכן.

מיהו מבוטח סיעודי, הזכאי לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה?

מבוטח, אשר הגיש תביעה לקבלת תגמולי ביטוח, בהתאם להוראות הפוליסה ונמצא כי מצבו התפקודי תואם לאחת או יותר מהגדרות המפורטות להלן:
מבוטח אשר עקב מצב בריאות ותפקוד ירודים, כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אינו יכול לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) של 3 או יותר מתוך 6 הפעולות הבאות: לקום ולשכב; להתלבש ולהתפשט; לאכול ולשתות; להתרחץ; לשלוט על סוגרים או נידודת (לנוע באופן עצמאי).

או

מבוטח במצב של "תשישות נפש" שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום. "תשישות נפש" היא פגיעה בפעילות הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על-פי קביעת רופא מומחה בתחום.

מה מקנה הביטוח הסיעודי ללקוחות לאומית שנמצאים במצב סיעודי?

הביטוח הסיעודי מקנה תגמולי ביטוח חודשיים. גובה התגמול נקבע לפי גיל ההצטרפות לראשונה ובמקום שהותו של המבוטח (בית או מוסד).

מבוטח השוהה בבית (כהגדרתו בפוליסה): יהיה זכאי לפיצוי קבוע כמפורט בטבלה

מבוטח השוהה במוסד (כהגדרתו בפוליסה): יהיה זכאי לשיפוי (החזר בגין הוצאות) בשיעור של 80% ועד תקרה כמפורט בטבלה ובכפוף להמצאת קבלות.

טבלת תגמולי הביטוח החודשיים:

שהייה במוסד (שיפוי חודשי ב-₪)	שהייה בבית (פיצוי חודשי ב-₪)	גיל המבוטח במועד ההצטרפות המקורי לעניין הוותק
₪ 10,000	₪ 5,500	עד גיל 49
₪ 6,500	₪ 4,500	בין גיל 50 ל-59
₪ 4,500	₪ 3,500	גיל 60 ואילך

* תגמולי הביטוח צמודים למדד חודש מאי 2016 שפורסם ביום 15 ביוני 2016
* ראה התייחסות בסעיף 12.3 בנוגע להתאמת קבוצות גיל לפי קופות חולים

מהו משך תקופת התשלום?

תגמולי הביטוח ישולמו עד לתקופה מקסימלית של 60 חודשים וכל עוד נמצא המבוטח במצב סיעודי.

האם צריך להחליט על מסלול שיפוי/פיצוי בעת התביעה?

הבחירה במסלול (בית-פיצוי / מוסד-שיפוי) מתבצעת בהתאם למקום שהות המבוטח במועד תשלום תגמולי הביטוח. במהלך תקופת התגמול הסיעודי ניתן לשנות את סוג המסלול ולעבור משהות בבית למוסד ולהיפך.

כיצד מגישים תביעה?

לצורך הגשת תביעה יש להעביר טופס תביעה ומסמכים הרפואיים. מידע מפורט על אופן הגשת תביעה - ראה עמוד 35.

מיהו מנהל תיק לקוח ומהם השירותים הניתנים באמצעותו למבוטחי לאומית?

מנהל תיק לקוח הינו עובד סוציאלי, בעל התמחות והיכרות בתחום הסיעוד. מנהל תיק הלקוח ילווה את המבוטח ו/או בני משפחתו הן בתהליך התביעה במנורה והן בהכונה למימוש זכויותיו מול הגורמים השונים העוסקים במתן שירותים לחולה הסיעודי. מנהל תיק הלקוח יצור קשר עם המבוטח/בני משפחתו לאחר פנייתם הראשונית למוקד המידע של לאומית סיעוד במנורה מבטחים.

היכן ניתן לקבל מידע נוסף על לאומית סיעוד?

מידע על תנאי הפוליסה, בירור תביעות ו/או הצטרפות לביטוח, ניתן לקבל במוקד לאומית סיעוד במנורה מבטחים בטלפון: *5565, באתר לאומית: www.leumit.co.il או באתר מנורה מבטחים www.menoramivt.co.il

למידע בנושא תשלום דמי הביטוח החודשיים (הפרמיית) עבור הביטוח הסיעודי, יש לפנות למוקד שירות הלקוחות בלאומית בטלפון: 1-700-507507 או *507 מטלפון נייד.

האם ניתן לבטל את הפוליסה?

המבוטח רשאי להפסיק את הביטוח בכל עת, בהודעה בכתב למספר פקס: 04-8148504 או במייל Production@leumit.co.il

כתובת אתר החברה: www.menoramivt.co.il

כתובת למשלוח דואר: עבור מנורה מבטחים, לידי תחום בריאות,

ת.ד. 927 תל אביב 6100802

כתובת דואר האלקטרוני של החברה: Leumit-ksl@menora.co.il

מוקד שירות לקוחות לאומית סיעוד: *5565

פקס: 03-7107788

תמצית תנאי הביטוח גילוי נאות

פוליסה לביטוח סיעוד קבוצתי לחברי לאומית שירותי בריאות

תמצית פרטי הפוליסה

שם הביטוח	פוליסה לביטוח סיעוד קבוצתי לחברי לאומית שירותי בריאות
סוג הביטוח	סיעוד
תקופת הביטוח	החל מיום 01.04.2019 ועד ליום 31.03.2024. בעל הפוליסה יהא רשאי להאריך את תקופת הביטוח לתקופה של שלוש שנים נוספות.
תיאור הביטוח	שיפוי חודשי בגין הוצאות שהותו של מבטוח במוסד סיעודי או פיצוי חודשי למבטוח השוהה בבית.
הפוליסה אינה מכסה את המבטוח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	במקרים המפורטים בסעיף 18 לפוליסה. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.
אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת המתנה ¹)	60 ימים כמפורט בסעיף 13 לפוליסה

1. תקופת המתנה - תקופה המתחילה במועד בו נקבע כי אירע מקרה הביטוח לראשונה, ומסתיימת 60 ימים לאחר מכן, ובתנאי שבמהלך כל התקופה מתקיים לגבי המבטוח מקרה ביטוח. בגין תקופה זו, אין המבטוח זכאי לפיצוי או שיפוי כשלהו, אלא רק בסופה.

תמצית פרטי הפוליסה

במשך כמה חודשים ישולמו תגמולי הביטוח	עד 60 חודשים.
סכום תגמולי הביטוח שאקבל בבית ובמוסד	סכום תגמול הביטוח החודשי שזכאי לו מבטוח, יחושב לפי גילו במועד ההצטרפות לראשונה לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח, כמפורט בטבלה שלהלן:

מקום השהיה של המבוטח			גיל הצטרפות לראשונה לביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים	
	עד גיל 49	גיל 50 עד 59	גיל 60 ומעלה	
תגמול ביטוח חודשי למבוטח השהה בבית (פיצוי)	5,500 ₪	4,500 ₪	3,500 ₪	
תגמול ביטוח חודשי למבוטח השהה במוסד (שיפוי)*	10,000 ₪	6,500 ₪	4,500 ₪	

* לגבי מבוטח השהה במוסד - סכום תגמולי הביטוח החודשי שישולם למבוטח השהה במוסד במועד הזכאות לתגמול הביטוח החודשי, לא יעלה על שיעור של 80% מהסכום שהמבוטח שילם בפועל למוסד. מבטוחים שהצטרפו ללאומית סיעוד לפני ה 01/07/2016 וגילם בעת ההצטרפות היה 60-64, יהיו זכאים לתגמולי סיעוד כמפורט בקבוצת הגילאים 50-59. סכום תגמולי הביטוח החודשיים צמוד למדד אשר פורסם ביום 15.06.2016.

עלות הביטוח	כמפורט בסעיף 19 לפוליסה וכן בטבלת השתנות הפרמיה בעמוד 11.
הערות	לעניין קבלת תגמולי ביטוח של שיפוי עבור הוצאות לשהייה במוסד סיעודי: חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. תשומת לבך, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת, לא תהיה זכאי להחזר נוסף מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי התכנית הביטוח. לידעתך, באתר האינטרנט של החברה מוצגים הכללים, המבחנים וטופס הערכה תפקודית.

מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
	פיצוי חודשי שישולם למבוטח השווה בבית ונמצא במצב מזכה, הפיצוי ישולם מתום תקופת ההמתנה ובהתאם לגיל ההצטרפות לראשונה, לתקופה של עד 60 חודשים. בתקופת הזכאות קיים שחרור מתשלום פרמיה.	תגמול חודשי עקב מצב סיעודי - מבוטח השווה בבית (פיצוי) כמפורט בסעיף 4
עד 80% מהסכום החודשי שהמבוטח שילם בפועל למוסד ועד לתקרה הקבועה בפוליסה (בהתאם לגיל ההצטרפות לראשונה), כמו כן תגמולי הביטוח יוצמדו למדד אשר פורסם ביום 15.06.2016.	שיפוי חודשי שישולם למבוטח השווה במוסד ונמצא במצב מזכה, השיפוי ישולם מתום תקופת ההמתנה ובהתאם לגיל ההצטרפות לראשונה, לתקופה של עד 60 חודשים. בתקופת הזכאות קיים שחרור מתשלום פרמיה.	תגמול חודשי עקב מצב סיעודי - מבוטח השווה במוסד (שיפוי) כמפורט בסעיף 4

לתשומת לבך, התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

הפרמיה (דמי הביטוח) החודשיים:

הפרמיה לכל מבוטח תהיה כמפורט בטבלה להלן (להלן: "טבלת הפרמיות"). הפרמיה תשתנה במהלך תקופת הביטוח בהתאם לגיל המבוטח במועד תשלום הפרמיה בפועל, בתאריכים הנקובים בטבלאות ובהתאם להצמדה לשינויים במדד:

גובה הפרמיה החודשית בש"ח					גיל המבוטח במועד תשלום הפרמיה
מיום 1.7.23 עד ליום 31.3.24	מיום 1.7.22 עד ליום 30.6.23	מיום 1.7.21 עד ליום 30.6.22	מיום 1.7.20 עד ליום 30.6.21	מיום 1.4.19 עד ליום 30.6.20	
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0-18
8.63	8.63	8.63	8.63	8.63	19-25
13.24	12.24	11.23	10.73	10.43	26-30
28.89	28.61	28.32	28.05	27.77	31-35
44.45	43.00	41.56	40.11	38.67	36-40
54.26	52.08	49.91	47.77	45.65	41-45
94.10	90.76	87.47	84.23	81.05	46-50
124.14	118.36	112.77	106.84	101.10	51-55
147.75	140.38	133.29	125.45	117.87	56-60
172.33	164.75	156.50	147.57	139.95	61-65
202.48	192.91	183.78	175.09	166.80	66-70
225.26	215.03	205.27	195.94	187.04	71-75
239.58	228.59	218.09	208.09	198.54	76-80
239.58	228.59	218.09	208.09	198.54	81+

* הטבלה מתייחסת לפרמיות הצפויות ב-5 שנות ההסכם הראשונות.

"לאומית סיעוד" פוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי לחברי לאומית שירותי בריאות

1. כללי

הוראות הממונה

1.1 פוליסה זו כפופה להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015 ("ההוראות/הוראות הפיקוח/ התקנות") ולתיקונים שבוצעו או שיבוצעו בהן ולכל הסדר תחיקתי אחר הרלוונטי לביטוח סיעודי בכלל ולביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים בפרט.

שינוי תנאי הפוליסה

1.2 במקרה שבו ישתנו התקנות במהלך תקופת הביטוח, ישתנו תנאי הפוליסה בהתאם, והמבטח יהיה רשאי לשנות את דמי הביטוח, לפי ההסכם בין לאומית, שחבריה מבטחים בפוליסה כאמור, לבין המבטח, או לבטל את הפוליסה, והכל בכפוף לאישור הממונה, כהגדרתו בפוליסה זו.

2. מבוא

תמורת תשלום פרמיה, יפצה או ישפה המבטח את המבוטח בגין מקרה הביטוח שארע בתקופת הביטוח, אם אירע, וזאת לאחר תום תקופת ההמתנה, למשך תקופת תשלום התגמול הסייעודי, כהגדרתה להלן, בגבולות אחריות המבטח ובכפוף לחריגים ולסייגים המפורטים להלן, הכל בהתאם לאמור בפוליסה זו ובתנאיה.

3. הגדרות כלליות

3.1 בפוליסה זו ובכל נספח המצורף אליה תהיה למונחים הבאים המשמעות שבצידם.

3.2 האמור בפוליסה זו בלשון יחיד - אף לשון רבים במשמע, וכן להיפך. האמור בפוליסה זו

בלשון זכר - אף לשון נקבה במשמע, וכן להיפך.

3.3 יובהר כי ההגדרות שלהלן מופיעות בסדר יורד בהתאם לאותיות הא-ב ועל פי העניין,

ואין לייחס לסדר כל משמעות שהיא, מעבר לאמור.

3.3.1 "בא כוח" / "בא כוחו של המבוטח" - אפוטרופוס, בן משפחה, מייצג רשמי או

עורך דין בעל יפוי כוח מטעמו של המבוטח או כל גורם אחר המוסמך לייצג את

המבוטח על פי דין ו/או בהתאם לנהלי המבטח.

3.3.2 "ביטוח סיעודי לחברי קופ"ח" - ביטוח סיעודי קבוצתי שנעשה לחברי קופת

חולים, בפוליסה אחת, שבה קופת חולים, אחת או יותר, היא בעלת פוליסה לגבי

חבריה, למעט פוליסת המשך קבוצתית כמשמעותה בסעיפים 10.6-10.8 להלן.

3.3.3 "בית" - כל מקום שאינו מוסד, כהגדרתו בסעיף 3.3.27 להלן.

3.3.4 "בקשת הצטרפות" - טופס בקשת הצטרפות לביטוח זה, הכולל את הצהרת

הבריאות, כהגדרתה להלן (המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה, אשר מולא

על ידי המועמד לביטוח, ונחתם על ידו או שמולא בשיחה טלפונית שתועדה

בהסתמך על מידע שניתן על ידי המועמד לביטוח, שהינו מבוטח חדש, לצורך

ביצוע חיתום רפואי, כהגדרתו להלן.

- 3.3.5 גיל הצטרפות לראשונה** - גיל מבטח במועד הצטרפות לראשונה לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח כלשהי, אשר החל ממנו הוא מבטח ברצף, לרבות רצף אשר נשמר עם מעבר בין קופה לקופה החל מיום 1 בינואר 2017 לפי סעיף 12 להוראות הפיקוח.
- 3.3.6 דמי הביטוח / הפרמיה** - התשלום שעל המבוטח לשלם למבטח, מדי חודש בחודשו, בהתאם לתנאי הפוליסה. גביית דמי הביטוח / הפרמיה מבוצעת על ידי לאומית עבור המבטח.
- 3.3.7 היום הקובע** / **יום התחילה** - **1.4.2019**. פוליסה זו הינה ברצף לפוליסה הקודמת כהגדרתה להלן.
- 3.3.8 הממונה** - הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון כמשמעו בחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981, וכל גורם מוסמך מטעמו.
- 3.3.9 הצהרת הבריאות** - שאלון רפואי, המיועד למילוי על ידי המועמד לביטוח, כחלק בלתי נפרד מבקשתו להצטרף לביטוח זה.
- 3.3.10 חוק ביטוח בריאות** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 3.3.11 חוק הפיקוח** - חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) התשמ"א-1981.
- 3.3.12 חבר לאומית** - מי שהינו רשום וזכאי לקבל שירותי בריאות מלאומית על פי דין וכן מי שבוטל רישומו בלאומית למעט מי שבוטל רישומו כאמור שאינו "תושב" כמשמעותו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 ולמעט מי שבוטל רישומו בלאומית עקב מעבר לקופ"ח אחרת.
- 3.3.13 חוק פסיקת ריבית** - חוק פסיקת ריבית והצמדה, תשכ"א-1961.
- 3.3.14 חיתום רפואי** - תהליך מיון, המבוצע על ידי המבטח, על בסיס פרוטוקול חיתום אחיד לחברי לאומית ובהתאמה להצהרת הבריאות האישית של המועמד לביטוח. החיתום הרפואי יקבע קבלה או דחייה מהביטוח.
- 3.3.15 "לד"** - בן או בת של חבר לאומית מיום לידתו ועד גיל 18 שנה, שהינם חברי לאומית.
- 3.3.16 "לאומית/בעל הפוליסה"** - לאומית שירותי בריאות.
- 3.3.17 "מבוטח"** - חבר לאומית שהוא מבטח חדש או מבטח זכאי או מבטח קיים. למען הסר ספק, יובהר כי כל המבוטחים, על פי פוליסה זו, מבוטחים בה באופן אישי וללא קשר לביטוח בני משפחה אחרים.
- 3.3.18 "מבוטח זכאי"** - מבטח שמתקיימים בו כל התנאים האלה:
- 3.3.18.1 הוא היה מבטח בפוליסה מזכה אחרונה במועד תום תקופת הביטוח שבה והוא לא מבטח בביטוח סיעודי לחברי קופ"ח במועד הגשת בקשה לצירוף לפי סעיף 3(ב) להוראות;
- 3.3.18.2 הוא הגיע לגיל 55 ומעלה במועד התחילה, או במועד תום תקופת הביטוח בפוליסה מזכה אחרונה שבה היה מבטח, לפי המאוחר מביניהם;
- 3.3.18.3 לא מתקיים לגביו מקרה ביטוח במועד בקשתו להצטרף לביטוח קבוצתי לחברי קופת חולים;
- 3.3.18.4 המבוטח לא מימש את מלוא זכויותיו לפי פוליסה מזכה אחרונה שבה היה מבטח.
- 3.3.19 "מבוטח חדש"** - מבטח שאינו מבטח קיים ושאינו מבטח זכאי, לרבות מבטח עובר;

- 3.3.20 "מבוטח עובר" -** מבוטח בביטוח סיעודי לחברי קופ"ח שערב מעבר לקופת חולים אחרת, היה מבוטח בביטוח סיעודי לחברי קופ"ח.
- 3.3.21 "מבוטח קיים" -** מי שהיה מבוטח בפוליסה הקודמת ערב מועד התחילה, והמשיך להיות מבוטח ברצף בפוליסה זו;
- 3.3.22 "מבטח" -** מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.
- 3.3.23 "מבטח קודם" -** המבטח בפוליסה הקודמת, כלל חברה לביטוח בע"מ.
- 3.3.24 "מדד" -** מדד המחירים לצרכן הכולל ירקות ופירות, כפי שמפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, כעדכנו מעת לעת, או בהיעדר פרסום שכזה, מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 3.3.25 "מדד הבסיס" -** מדד חודש פברואר 2019 אשר פורסם ביום 15.03.2019.
- 3.3.26 "מדד קובע" -** המדד הידוע במועד בו ישולמו תגמולי הביטוח ו/או הפרמיה לפי העניין.
- 3.3.27 "מוסד" -** מחלקה סיעודית או מחלקת תשושים בבית אבות, בבית חולים או במוסד אחר, אשר עיסוקה העיקרי הוא אשפוז חולים סיעודיים, אשר אושר כמוסד סיעודי בידי משרד הבריאות לפי פקודת בריאות העם או בידי משרד הרווחה והשירותים החברתיים, או מוסד אחר שאישר המבטח;
- 3.3.28 "מועד תחילת הביטוח" -** מועד תחילת הכיסוי הביטוחי בפוליסה זו עבור המבוטחים בה כמפורט בסעיף 6 להלן.
- 3.3.29 "מועמד לביטוח" -** חבר לאומית המבקש להצטרף לביטוח במסגרת פוליסה זו כמבוטח חדש, והגיש בקשת הצטרפות. ביטוחו של מבוטח במסגרת פוליסה זו הינה על בסיס אישי, וללא תלות בביטוח קיים לבן/בת זוגו. בנוסף, אין בהצטרפותו של מבוטח לפוליסה בכדי לצרף אוטומטית את בן/בת זוגו או את בני משפחתו האחרים.
- 3.3.30 "פוליסה מזכה אחרונה" -** פוליסה קבוצתית מזכה שתקופת הביטוח שבה הסתיימה בתקופה שמיום ט' באלול התשע"ז (31 באוגוסט 2017) עד יום י"ג בטבת התשע"ח (31 בדצמבר 2017) או עד מועד מאוחר יותר אם הוא נקבע בפוליסה שחודשה עד יום י"ט בטבת התשע"ו (31 בדצמבר 2015) כמועד תום תקופת הפוליסה, ולא חודשה אצל מבטח כלשהו"
- 3.3.31 "פוליסה קבוצתית מזכה" -** פוליסה לביטוח סיעודי, לרבות פוליסה לביטוח בריאות הכוללת כיסוי לביטוח סיעודי, שנעשתה לקבוצת מבוטחים בפוליסה אחת, למעט פוליסה שמתקיים בה אחד מאלה:
- 3.3.31.1 הפוליסה היא פוליסה שערכה קופת חולים לחבריה;
- 3.3.31.2 פוליסה קבוצתית ששיווקה או חידושה אושר מראש ובכתב בידי הממונה, אחרי מועד התחילה;
- 3.3.32 "פוליסה קודמת" -** פוליסה סיעודית קבוצתית של המבטח הקודם לחברי לאומית בשם "לאומית סיעוד" שהסתיימה ביום 31 במרץ 2019 בחצות.
- 3.3.33 "קופת חולים" -** כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות;
- 3.3.34 "קופה קודמת" -** קופת חולים שבה היה רשום מבוטח עובר ערב מעבר לקופת חולים אחרת;

- 3.3.35 "קופה קולטת"** - קופת חולים שאליה נרשם מבוטח עובר, לאחר שעבר מקופה קודמת;
- 3.3.36 "קרן המבוטחים"** - הכספים והנכסים אשר יצברו על ידי המבטח בקרן נפרדת בהתאם להוראות סעיף 22 להלן;
- 3.3.37 "תגמול סיעודי חודשי"** - הסכום הכספי החודשי שהמבטח מתחייב לשלם בגין מקרה ביטוח, כמצוין בסעיף 12 להלן.
- 3.3.38 "תינוק"** - יילוד, שגילו עד גיל 6 חודשים, שנולד לחבר לאומית או צורף כחבר בלאומית.
- 3.3.39 "תקופת תשלום התגמול הסיעודי"** - תקופה, המנויה בחודשים, במהלכה זכאי מבוטח לקבל את התגמול הסיעודי החודשי, מתום תקופת ההמתנה ובתנאי שבמהלך כל התקופה מתקיים לגבי המבוטח מקרה ביטוח.

4. מקרה הביטוח

מקרה ביטוח הוא קרות אחד או יותר מהמקרים האלה:

- 4.1 תשישות נפש** שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום; לעניין זה, **"תשישות נפש"** - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, וירידה בזיכרון לטווח ארוך 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.
- 4.2 מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בשלו הוא לא מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (50% לפחות מהפעולה), של 3 פעולות לפחות מתוך פעולות אלה:**
- 4.2.1 לקום ולשכב** - יכולת עצמאית של מבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ולקום מכיסא לרבות מכיסא גלגלים או מיטה;
- 4.2.2 להתלבש ולהתפשט** - יכולת עצמאית של מבוטח ללבוש פריטי לבוש מכל סוג ופשיטתם לרבות חיבור או הרכבת חגורה רפואית או גפה מלאכותית;
- 4.2.3 רחצה** - יכולת עצמאית של מבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת אחרת, לרבות כניסה לאמבטיה או למקלחת ויציאה מהן;
- 4.2.4 אכילה ושתייה** - יכולת עצמאית של מבוטח להזין את עצמו בכל דרך או אמצעי למעט אכילה באמצעות קשית, ולרבות שתיה באמצעות קשית, לאחר שהמזון הוכן בשבילו והוגש לו;
- 4.2.5 שליטה בסוגרים** - יכולת עצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים או פעולת השתן; אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה, למשל שימוש קבוע בסטומה, בקטטר בשלפוחית השתן, בחיתולים או בסופגנים למיניהם, תחשב כאי שליטה על סוגרים;
- 4.2.6 ניידות** - יכולת עצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום, ללא עזרת הזולת; היעזרות בקביים, במקל, בהליכון או בכל אביזר אחר לרבות אביזר מכני, מוטורי או אלקטרוני, שמאפשר למבוטח לנוע באופן עצמאי לא תיחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. יודגש כי אי יכולתו של מבוטח לנוע ללא כסא גלגלים תחשב כאי יכולתו לנוע באופן עצמאי; על אף האמור, היה מבוטח ללא

יכולת לנוע ללא כסא גלגלים, אולם, בעל יכולת עצמאית לנוע עם כסא הגלגלים ממקום למקום בתקופת הביטוח שהסתיימה לפני 1 ביולי 2017, ובמהלך תקופת הביטוח הנוכחית השתנתה יכולתו העצמאית כך שאינו יכול לנוע באופן עצמאי עם כסא הגלגלים, יראו בו כמבוטח שאינו יכול לנוע באופן עצמאי החל ממועד שבו השתנתה יכולתו העצמאית כאמור.

5. תקופת הביטוח

- 5.1 תקופת הביטוח על פי פוליסה זו תהיה עבור כל מבוטח החל ממועד תחילת הביטוח כהגדרתו של מונח זה בסעיף 3.3.28 לעיל או ממועד הצטרפותו של מבוטח לפוליסה, לאחר המועד הקובע, וסיומה, עבור כל המבוטחים ביום 31 במרץ 2024.
- 5.2 לאומית תהיה זכאית להאריך את תקופת הביטוח לתקופה נוספת של שלוש שנים נוספות (להלן: "**תקופת ההארכה**") בהודעה מוקדמת למבטח, מטעמה של לאומית, שתינתן מראש ובכתב, עד שישה חודשים לפני תום תקופת הביטוח.
- 5.3 התרחש האמור בסעיף 5.2 לעיל, יותאמו תנאי הפוליסה ודמי הביטוח בתקופת ההארכה ע"פ ההסכם שבין לאומית למבטח ובכפוף לאישור הממונה.

6. תוקף הפוליסה

- 6.1 מבטח קיים:** יהיה מבוטח אצל המבטח החל מהיום הקובע. מבוטח אשר ביום 31.3.2019 היה מבוטח בביטוח סיעודי קבוצתי למבוטחי לאומית יועבר ברצף ללא הצהרת בריאות וללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם, ויהיה מבוטח במסגרת פוליסה זו החל ממועד תחילת הביטוח, בהתאם לכלל האמור בפוליסה זו, בהתאם לגיל ההצטרפות לראשונה לביטוח סיעודי לחברי קופת חולים, הכל כמפורט בסעיף 11 להלן.
- 6.2 מבטח חדש:** מבוטח חדש יהיה מבוטח בפוליסה זו אצל המבטח החל ממועד תחילת הביטוח, כהגדרתו לעיל, ובכפוף להוראות סעיף 7 להלן וכמפורט להלן:
- 6.2.1 התקבלה בקשת ההצטרפות אצל המבטח עד ליום ה-15 (כולל) בחודש קלנדארי, מועד תחילת הביטוח יהיה ה-1 לאותו חודש קלנדארי;
- 6.2.2 התקבלה בקשת ההצטרפות אצל המבטח לאחר היום ה-15 בחודש קלנדארי, מועד תחילת הביטוח יהיה ה-1 לחודש הקלנדארי העוקב לאותו חודש בו התקבלה הבקשה.
- 6.2.3 על אף האמור לעיל, אירע מקרה הביטוח בתוך התקופה האמורה בסעיף 6.2.2 לעיל, תיבחן זכאותו להכרה במקרה הביטוח בהתאם למצבו הרפואי כפי שהיה ביום מילוי הצהרת הבריאות ואם לפי הוראות החיתום הרפואי היה אמור להתקבל לביטוח, יהיה זכאי המועמד לביטוח, לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח. מועד הצטרפותו לביטוח ייקבע כ-1 לאותו חודש, והפרמיה בגין החודש הראשון לביטוח תיגבה ממנו ממועד זה.
- 6.2.4 מובהר, כי בכל מקרה, המועד הקובע לעניין תחילת הביטוח יהיה המועד בו הומצאה למבטח בקשת ההצטרפות על פי סעיפים קטנים 6.2.1 או 6.2.2 לעיל, הכוללת גם את הרשאת המבוטח לביצוע גביית פרמיה בגין פוליסה זו, גם אם תהליך האישור כלל המצאת חומר רפואי ו/או בירור בקשר לחיתום ו/או ועדת ערר.
- 6.3 תינוק:** שנוולד לאחר יום הקובע - יצורף לביטוח זה אוטומטית ביום היוולדו, או ביום

קבלתו ללאומית, ללא מילוי בקשת הצטרפות ו/או הצהרת בריאות וללא ביצוע חיתום. המבטח ישלח להורה או לאפוטרופוס החוקי של התינוק מכתב המודיע על צירופו של התינוק לביטוח. המכתב יציין באופן מפורש את סעיפי הפוליסה המתייחסים להיקף הכיסוי של התינוק וכן את החריגים לכיסוי המפורטים בסעיפים 18.5 ו-18.7 לפוליסה.

6.4 עבור מבטח זכאי - מבטח זכאי יהיה מבטח בפוליסה זו אצל המבטח ממועד הצטרפותו לביטוח, כאמור לגבי מבטח חדש בסעיף 6.2.1 לעיל.

6.5 מבטח עובר: מבטח עובר יהיה רשאי להיות מבטח בפוליסה זו אצל המבטח החל ממועד הפסקת הביטוח שלו בביטוח של הקופה הקודמת. מבטח עובר יצורף לביטוח זה ללא הצהרת בריאות, אם הושלם הליך צירופו בכפוף להוראות הפיקוח לעניין זה.

7. בקשת הצטרפות לביטוח

7.1 מועמד לביטוח יצורף לפוליסה אצל המבטח כמבטח חדש, בכפוף למילוי בקשת הצטרפות מטעמו, מילוי הצהרת בריאות ובכפוף לביצוע חיתום רפואי, על ידי המבטח, בהתאם לפרוטוקול החיתום ולהחלטת המבטח בדבר אישור קבלת המועמד לביטוח או דחיית קבלתו לביטוח.

7.2 היה גילו של המועמד לביטוח מעל 65 יהיה רשאי המבטח לדרוש ממנו להעמיד את עצמו לבדיקת הערכה קוגניטיבית, על חשבוננו של המבטח, טרם קבלת החלטה חיתומית לגבי קבלתו לביטוח.

7.3 הפעולות הנמויות בסעיפים 7.1-7.2 לעיל יבוצעו על ידי המבטח בתקופה של עד 30 ימים ממועד מילוי טופס בקשה להצטרפות לביטוח ומילוי הצהרת בריאות או ממועד ביצוע בדיקת ההערכה הקוגניטיבית, בהתאמה.

7.4 החיתום הרפואי יבוצע ביחס למצבו הרפואי של המועמד לביטוח במועד מילוי בקשת ההצטרפות לביטוח.

7.5 מובהר כי הכיסוי הביטוחי למועמד לביטוח שעבר חיתום והפך למבטח חדש יהיה ממועד מילוי טופס הבקשה להצטרפות לביטוח ולא ממועד גמר ביצוע החיתום על ידי המבטח.

7.6 מקרה ביטוח שארע לפני השלמת הצירוף לביטוח -

7.6.1 קרה מקרה הביטוח למועמד לביטוח לפני השלמת החיתום על ידי המבטח, תיבחן זכאותו בהתאם למצבו הרפואי כפי שהיה במועד מילוי טופס בקשת הצטרפות לביטוח מטעם המועמד לביטוח, ואם לפי הוראות פרוטוקול החיתום הרפואי, היה המבטח אמור לקבלו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח, כאילו היה מבטח לכל דבר ועניין וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

7.6.2 הוראות סעיף 7.6.1 לעיל לא יחולו במקרה שבו הליך החיתום לא הושלם עקב עיכוב, העולה על 60 יום, הנובע אך ורק מהיעדר היענות המועמד לביטוח לדרישת המבטח להמצאת מסמכים נוספים ו/או לתיאום לביצוע הערכה קוגניטיבית.

8. מענה לבקשת הצטרפות

8.1 הודעת ההחלטה של המבטח בדבר קבלתו של המועמד לביטוח, לפוליסה ו/או בדבר דחייתו של המועמד לביטוח, תימסר למועמד לביטוח וללאומית, תוך 30 ימים ממועד

- הגשת בקשת ההצטרפות.
- 8.2 נדרשו למבטח מסמכים ו/או נתונים נוספים ו/או נדרשה בדיקת הערכה קוגניטיבית של המועמד לביטוח, ותוספו 30 ימים נוספים מיום המצאתם של המסמכים האמורים לעיל למבטח, לשם השלמת הליך החיתום על ידי המבטח. מובהר, כי אין באמור כדי לשנות את מועד תחילת הביטוח כאמור בסעיף 3.3.28 לעיל.
- 8.3 מועמד לביטוח, אשר לא קיבל מענה לבקשת ההצטרפות שהוגשה על ידו לאחר שהמציא למבטח הצהרת בריאות וכן את כל החומר הרפואי והעובדתי והעמיד את עצמו לבדיקת הערכה קוגניטיבית, ככל שנדרש לכך על ידי המבטח, בתוך 60 ימים ממועד מילוי בקשת ההצטרפות לביטוח, יהיה מבטח אוטומטית החל מהמועד האמור, בתנאים רגילים כאילו נתן המבטח הסכמתו לבטח אותו במועד הנדרש.
- 8.4 חלפו 60 יום, ולא המציא המבטח את המידע הנדרש כאמור בסעיף 8.2 יודיע המבטח למועמד לביטוח בכתב על גניזת הבקשה להצטרפות לביטוח. ביקש המבטח להצטרף לביטוח לאחר מועד זה, ייחשב כמועמד חדש לביטוח ויצטרך לעבור תהליך קבלה וחיתום רפואי מחדש.
- 8.5 נדחתה בקשת הצטרפות של מועמד לביטוח על ידי המבטח יוכל המועמד לביטוח לערער על החלטת הדחייה תוך 60 יום מיום קבלת ההחלטה. הערעור ישמע בפני ועדת ערר לעניין ההצטרפות, כאמור בסעיף 23 להלן.

9. ביטול הביטוח על ידי מבטח

- 9.1 מבטח יהיה רשאי לבטל את הביטוח הסיעודי בכל עת בדרך של משלוח בקשה בכתב למבטח.
- 9.2 ביטול הביטוח יבוצע על ידי המבטח ויכנס לתוקף עד 30 ימים מיום מסירת ההודעה למבטח.

10. זכות המשכיות

- 10.1 מבטח יאפשר למבטוח עוזב לעבור לפוליסת המשך לפי המועדים המפורטים בסעיף 10.2 שלהלן תנאיה:
- 10.1.1 סכום הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח בפוליסת המשך לא יפחתו מאלה הקבועים למבטח בפוליסה לביטוח הסיעודי לחברי קופ"ח, אלא אם כן ביקש זאת המבטח, בניכוי תקופות שבהן היה זכאי לקבל תגמולי ביטוח באותה פוליסה;
- 10.1.2 דמי הביטוח בפוליסת המשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שיהיו נוהגים במועד המעבר למצטרפים חדשים בפוליסת סיעוד פרט דומה אצל המבטח;
- 10.1.3 במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה;
- 10.1.4 תחילת תקופת הביטוח בפוליסות המשך תהיה למפרע מהמועד שבו בוטל רישומו בקופת חולים.
- 10.2 בתוך 45 ימים ממועד ביטול הביטוח למבטח עוזב, יפנה המבטח בכתב למבטח ויציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 60 ימים ממועד מסירת הודעת המבטח.
- 10.3 על אף האמור בסעיף 10.2, לגבי מבטח שהיה זכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי תנאי

הפוליסה לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח במועד שבוטל לו הביטוח הסיעודי לחברי קופ"ח - פנייתו של המבטח למבטח כאמור באותה תקנת משנה תהיה בתוך 30 ימים מהמועד שפסקה זכאותו של המבטח לתגמולי הביטוח; בפנייה כאמור יציע המבטח למבטח לעבור לפוליסת המשך, בתוך 60 ימים מהמועד שבו נשלחה הודעת המבטח; הצעה כאמור, תינתן רק אם אותו מבטח טרם מימש את מלוא זכויותו לקבלת תגמולי ביטוח לפי הפוליסה.

בסעיף זה -

"מבטח עוזב" - מבטח בביטוח הסיעודי לחברי קופ"ח שטרם מימש את מלוא זכויותיו לפי הפוליסה ושוטטל לו הביטוח הסיעודי לחברי קופ"ח עקב ביטול רישומו בקופת חולים לפי חוק ביטוח בריאות והוא לא נרשם לקופת חולים אחרת;

"פוליסת המשך" - פוליסת פרט לביטוח סיעודי לתקופת ביטוח לכל החיים.

10.4 במקרה שהביטוח הסיעודי לחברי קופ"ח הופסק עקב אי-חידושה של הפוליסה לכלל המבוטחים אצל מבטח כלשהו, יצרף המבטח את כלל המבוטחים שהיו מבוטחים בפוליסה האמורה לפוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי הדדי לתקופת ביטוח לכל החיים (להלן - פוליסת המשך קבוצתית), שלהלן תנאיה:

10.4.1 דמי הביטוח, סכום הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח (להלן בסעיף זה - תנאי הכיסוי הביטוחי) בפוליסת המשך הקבוצתית יהיו לפי תנאי הכיסוי הביטוחי שהיו קבועים בפוליסה לביטוח הסיעודי לחברי קופ"ח ערב אי חידושה של הפוליסה כאמור בכפוף לכך שמאזן ארוך טווח שבין דמי הביטוח והכנסות אחרות הצפויות להתקבל עבור כלל המבוטחים בפוליסה לבין כלל העלויות הצפויות בשל התגמולים שיש לשלם בעדם, בהתבסס על אומדן מיטבי של המבטח, אינו בגירעון בהתחשב ביתרת קרן המבוטחים; 10.4.2 תנאי הכיסוי הביטוחי יוכלו שישתנו במהלך תקופת הביטוח בפוליסת המשך לפי אומדן מיטבי של המבטח, שאושר לפי סעיף 40 לחוק הפיקוח, שמביא למאזן ארוך טווח שאינו בגירעון; ניתן אישור כאמור, יידרש המבטח לשוב ולקבל את אישור הממונה לפי סעיף 40 לחוק הפיקוח רק במקרה שבו הוא מבקש לשנות מרכיב שלפיו מחושב האומדן ועל בסיסו ניתן האישור.

10.4.3 לא יצטברו ערכי סילוק בפוליסת המשך;

10.4.4 במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה;

10.4.5 דמי הביטוח יועברו לקרן המבוטחים; תגמולי הביטוח וכל הוצאה אחרת בשל הביטוח ותפעולו ישולמו מתוך הקרן בלבד; המבטח לא יידרש לשאת בעלויות פוליסת המשך הקבוצתית ממקורותיו;

10.4.6 מבטח רשאי להחזיר לקופת חולים שחבריה מבוטחים בפוליסת המשך הקבוצתית סכומים שהוציאה הקופה בשל ניהול הפוליסה, לרבות בשל גבית דמי הביטוח מהמבוטחים, ובלבד שההחזר לא יעלה על 3% מסכום דמי הביטוח שנגבו;

10.4.7 בעד תפעולה של פוליסת המשך הקבוצתית וניהולה של קרן המבוטחים זכאי המבטח לנכות דמי ניהול שנתיים אשר כוללים החזר הוצאות למבטח וכן מרכיב רווח שלגביו יחול סעיף 40 לחוק הפיקוח.

10.5 אם המאזן האמור בסעיף 10.4, במועד צירוף המבוטחים לפוליסת ההמשך הקבוצתית, בהתבסס על אומדן מיטבי של המבטח, בגירעון, יגיש המבטח לאישור הממונה חלופות אפשריות לשינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי שמביאות למאזן שאינו בגירעון, בהתבסס על אומדן מיטבי של המבטח.

10.6 מבטח יודיע למבוטח על צירופו לפוליסת ההמשך הקבוצתית וכן על אפשרותו לבטל את הצטרפותו בתוך 90 ימים ממועד קבלת ההודעה כאמור, תוך פירוט האופן שבו רשאי המבוטח להודיע על ביטול כאמור.

10.7 הודיע מבטח על רצונו לבטל את הצטרפותו לפוליסת ההמשך הקבוצתית לפי סעיף

10.8 תבוטל לגביו הפוליסה ממועד הצירוף ויוחזרו לו דמי הביטוח שנגבו ממנו ממועד הצירוף עד למועד הביטול כאמור, ובלבד שלא הוגשה במהלך תקופה זו תביעה למימוש זכויות לקבלת תגמולי ביטוח לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע באותה תקופה.

10.9 על אף האמור בסעיף 10.4, הממונה רשאי לקבוע כי במקרה שהביטוח הסיעודי לחברי קופ"ח הופסק עקב אי-חידושה של הפוליסה לכלל המבוטחים אצל מבטח כלשהו, לא יחויב המבטח לצרף את המבוטחים לפוליסה כלשהי, ויתרת קרן המבוטחים באותו המועד תשמש לטובת המבוטחים, במקרים אלה:

10.9.1 כל הפוליסות לביטוח סייעודי לחברי כל קופות החולים לא חודשו אצל מבטח כלשהו או לא צפויות להתחדש;

10.9.2 החלופות שהגיש המבטח, לפי סעיף 10.5 מביאות לתנאי כיסוי ביטוחי שאינם סבירים בנסיבות העניין.

11. חישוב גיל מבוטח לדמי ביטוח

11.1 גילו של מבוטח לצורך קביעת דמי ביטוח ולצורך קביעת גיל הצטרפות לראשונה, יחושב בשנים שלמות לפי מספר השנים המלאות שחלפו מחודש לידתו של המבוטח.

12. תגמולי הביטוח

12.1 מבוטח זכאי לקבל תגמולי ביטוח כל עוד מתקיימים בו התנאים שמפורטים בסעיף 4 בכפוף לתנאי הפוליסה.

12.2 על אף האמור בסעיף 12.1, מבוטח יהיה זכאי לקבל תגמולי ביטוח במשך 60 חודשים החל מתום תקופת ההמתנה כמפורט בסעיף 13, מכוחה של הפוליסה שבמהלך תקופתה ארע מקרה הביטוח בכפוף לאמור בתקנה 13 לתקנות, בניכוי תקופות שבהן קיבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה לביטוח סייעודי לחברי קופ"ח.

12.3 סכום תגמולי הביטוח

12.3.1 סכום תגמול הביטוח החודשי שזכאי לו מבוטח, יחושב לפי גילו במועד ההצטרפות לראשונה לביטוח סייעודי לחברי קופ"ח, לפי מקום שהייה של המבוטח בתקופה שבשלה משולם לו תגמול הביטוח החודשי, כמפורט בטבלה שלהלן:

גיל הצטרפות לראשונה לביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים			מקום השהיה של המבוטח
גיל 60 ומעלה	גיל 50 עד 59	עד גיל 49	
₪ 3,500	₪ 4,500	₪ 5,500	תגמול ביטוח חודשי למבוטח השווה בבית (פיצוי)
₪ 4,500	₪ 6,500	₪ 10,000	תגמול ביטוח חודשי למבוטח השווה במוסד (שיפוי)

סכום תגמולי הביטוח צמוד למדד חודש מאי 2016 שפורסם ביום 15 ביוני 2016.

12.3.2 על אף האמור בסעיף 12.3.1 לעיל, לגבי סוגי מבוטחים קיימים המפורטים להלן, אשר הצטרפו לביטוח עד 30 ביוני 2016, במקום "גיל ההצטרפות לראשונה לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח", הקבוע בטבלה לעיל, ייקרא הגיל שכתוב לצדם:

12.3.2.1 מבוטח בביטוח סיעודי לחברי קופת חולים לאומית, שהצטרף לביטוח "לאומית סיעוד" בגיל 60 עד 64 - 59.

12.3.2.2 מבוטח בביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים שירותי בריאות כללית "סיעודי מושלם פלוס", שהצטרף לביטוח בגיל 60 עד 64 - 59;

12.3.2.3 מבוטח בביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים מכבי שירותי בריאות:

12.3.2.3.1 אם הצטרף לביטוח "סיעודי זהב" מגיל 50 - 49;

12.3.2.3.2 אם הצטרף לביטוח "סיעודי כסף" מגיל 60 - 59;

12.3.2.4 מבוטח בביטוח סיעודי לחברי קופת חולים מאוחדת:

12.3.2.4.1 אם הצטרף לביטוח "מאוחדת זהב" בגיל 50 עד 65 - 49;

12.3.2.3.2 על אף האמור בסעיף 12.3.2.4.1, למבוטח שהיה בגיל

מחושב של 66 ומעלה, כפי שהוגדר באותו ביטוח, לפני

50 - 1/7/2016

12.4 על אף האמור בסעיף 12.3.1 לעיל, סכום תגמול הביטוח החודשי שישולם למבוטח השווה במוסד במועד הזכאות לתגמול הביטוח החודשי, לא יעלה על שיעור של 80% מהסכום שהמבוטח שילם בפועל למוסד.

13. תקופת המתנה

13.1 המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח שלהם הוא זכאי על פי תנאי הפוליסה החל במועד שבו מסתיימת תקופת המתנה;

13.2 לא תימנה יותר מתקופת המתנה אחת אלא אם כן חלפו יותר מ-12 חודשים מהמועד שבו פסק מלהתקיים לגביו מקרה ביטוח;

13.3 לעניין סעיף זה, "תקופת המתנה" - תקופה, המתחילה במועד בו נקבע כי אירע מקרה הביטוח לראשונה, ומסתיימת 60 ימים לאחר מכן, ובתנאי שבמהלך כל התקופה מתקיים לגבי המבוטח מקרה ביטוח.

14. חבות המבטח - טיפול בתביעות מבוטחים

14.1 המבוטח או בא כוחו יודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח סמוך ככל האפשר למועד בו אירע, באמצעות הגשת תביעה לקבלת התגמול הסיעודי החודשי (להלן: "טופס התביעה").

14.2 למניעת ספק מובהר, כי לאומית לא תוכל להגיש תביעה בשם מבטח והחובה להגשת התביעה ו/או לביסוסה תחול על המבוטח או בא כוחו בלבד.

14.3 במסגרת טופס התביעה, ובמועדים נוספים, בהתאם לבקשת המבטח, ימציא המבוטח או בא כוחו למבטח את המסמכים הרפואיים והמסמכים האחרים הדרושים, באופן סביר, למבטח, לברור תביעתו והנוגעים לביסוס מקרה הביטוח וכן מסמכים אחרים ו/או נוספים שהמבטח ידרוש באופן סביר, והמיועדים לברור חבותו על פי הפוליסה.

14.4 המבוטח יחתום ויגיש, במצורף לטופס התביעה, כתב וויתור סודיות רפואית, אשר יאפשר למבטח לקבל מידע רפואי ומידע תפקודי אודות המבוטח. מובהר, כי השימוש בויתור על סודיות רפואית ייעשה ככל שהדבר דרוש לצורך ברור זכויות וחובות המוקנות על פי הפוליסה בלבד.

14.5 הערכה תפקודית

14.5.1 המבטח יהיה רשאי לבצע על חשבונו, באופן סביר ובפרק זמן סביר, שלא יעלה על 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הרפואיים הנדרשים למבטח, כל בדיקה ו/או חקירה ולהעמיד את המבוטח לבדיקה על ידי אה/ רופא מטעמו לשם ביצוע בדיקה רפואית ו/או הערכה תפקודית, לפי שיקול דעתו הבלעדי.

14.5.2 על המבוטח לשתף פעולה עם הבדיקה ו/או החקירה כאמור לפני אישור התביעה ובמהלך תקופת תשלום התגמול הסיעודי.

14.6 המבטח יודיע למבוטח את תשובתו לתביעת המבוטח, תוך 60 יום ממועד הגשת טופס התביעה, ובלבד שהמציא המבוטח טופס תביעה שמולא כנדרש וטופס ויתור על סודיות רפואית, חתום על ידו וכן העמיד עצמו להערכה התפקודית, ככל שנדרשה על ידי המבטח.

14.7 מבטח, אשר לא קיבל מענה לטופס התביעה, בפרק הזמן האמור בסעיף 14.6 לעיל, ולאחר שהמציא למבטח את כל המסמכים הרפואיים והאחרים הנדרשים כאמור והעמיד עצמו להערכה תפקודית או בדיקה רפואית אחרת כאמור, יראוהו כמבוטח שזכאותו הוכרה במלואה בהתאם לתנאי הפוליסה.

14.8 נדחתה תביעתו של מבוטח להכרה בו כסיעודי ולקבלת התגמול הסיעודי, כולו או חלקו, ימסור המבטח למבוטח הודעה מנומקת על הסיבות לדחייה, בה יפורטו תנאי הפוליסה או הוראות הדין, אשר בגינם נדחתה התביעה, ככל שהדחייה נסמכת עליהם, ואליה יצורף דוח ההערכה התפקודית.

14.9 נדחתה תביעתו של מבוטח, יודיע המבטח למבוטח:

14.9.1 על זכאותו להגיש ערעור על החלטה לוועדת ערר, בהתאם להוראות סעיף 23 להלן, כחלק בלתי נפרד מהודעת הדחייה המפורטת והמנומקת;

14.9.2 על זכותו להביא השגתו בפני הממונה על פניות הציבור אצל המבטח, תוך ציון פרטיו והאופן שבו ניתן לפנות אליו;

14.9.3 על זכותו להשיג על החלטת המבטח בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפניה לממונה על הביטוח או בפני ערכאה שיפוטית.

15. חבות המבטח - תשלום התגמול הסיעודי

אפשרה תביעתו של המבוטח להכרה במצבו הסיעודי ישולם לו התגמול הסיעודי תוך 50 ימים מהיום בו נתקבל אצל המבטח המידע והמסמכים הדרושים לברור חבותו, באחד מן המסלולים, כמפורט להלן:

15.1 פיצוי

15.1.1 הפיצוי החודשי ישולם למבוטח השהה בבית אחת לחודש ועד ליום ה-10 בכל חודש קלנדארי.

15.1.2 מובהר, כי הפיצוי החודשי, שהיקפו ייקבע על פי הוראות סעיף 12 לעיל, ישולם כסכום קבוע וללא תלות בהוצאות שהוצאו בפועל על ידי המבוטח או בגינו.

15.1.3 מובהר, כי הפיצוי החודשי על פי סעיף זה ישולם על ידי המבטח בנוסף ובאופן בלתי תלוי בכל תגמול סיעודי או שירות סיעודי אחר שניתן או שניתן למבוטח על ידי גוף אחר, לרבות מדינת ישראל, בגין מקרה הביטוח, לרבות מכוח חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה - 1992 וזאת למעט במקרה של תגמולי ביטוח למבוטח השהה במוסד סיעודי, שאז יחולו הוראות סעיף 15.2 להלן.

15.2 שיפוי

15.2.1 השיפוי החודשי, שהיקפו ייקבע על פי הוראות סעיף 12 לעיל ישולם למבוטח השהה במוסד סיעודי כנגד הצגת חשבונית מס או קבלה מטעם המוסד בגין האשפוז. ניתן להגיש את החשבונית במקור או העתק של החשבונית.

15.2.2 המבוטח יהיה רשאי להגיע להסדר עם המבטח, לפיו המבטח ישלם ישירות למוסד וללא צורך בהצגת חשבונית מס למבטח על ידי המבוטח.

15.2.3 במקרה של תשלום למוסד סיעודי על בסיס קוד ממשד הבריאות ישולם השיפוי על פי הוראות סעיף 12 לעיל בהתאם להוצאה בפועל של המבוטח ו/או בני משפחתו אשר יצרפו אישורים המעידים על שיעור השתתפות עצמית מטעם כל אחד מהם לשם מימון הקוד.

15.2.4 יובהר, כי מבוטח שקרה לו מקרה הביטוח לפי פוליסה זו ואושפז במוסד סיעודי על חשבון לאומית בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, יהיה זכאי לקבל שיפוי על פי הוראות סעיף 12 לעיל בגין תשלום ההשתתפות העצמית ששילם בפועל. השיפוי ישולם כנגד הצגת אישור מלאומית על ביצוע התשלום הנ"ל.

15.2.5 תשלום השיפוי יהיה תוך 15 ימי עבודה ממועד המצאת האסמכתא למבטח כמפורט בסעיף זה לעיל.

15.3 מובהר, כי החל ממועד תשלום התגמול הסיעודי יהיה המבוטח פטור מתשלום הפרמיה, הכל כמפורט בסעיף 20 להלן.

15.4 מבוטח, אשר שהה בבית, ועבר למוסד סיעודי או מבוטח ששהה במוסד סיעודי ועבר לבית, יודיע למבטח על השינוי כאמור. השינוי במסלול תגמולי הביטוח (פיצוי או שיפוי כאמור בסעיף זה לעיל) יבוצע החל ממועד השינוי בפועל וחישוב התשלום ייעשה בהתאם למניין החודשים הכולל, במהלכם נמצא המבוטח במצב סיעודי ובהתאם לעקרונות המפורטים בסעיף 15 זה.

15.5 בכל מקרה של זכאות המבוטח לקבלת התגמול הסיעודי החודשי בגין חלק מחודש, תעמוד תקרת התגמול הסיעודי החודשי על החלק היחסי, כיחס אותו חלק של החודש.

15.6 מובהר, כי לא ניתן יהיה לצבור זכאות לתגמול סיעודי חודשי במסלול שיפוי במוסד סיעודי, שלא נוצל בחודש מסוים, לשם הגדלת התגמול הסיעודי החודשי בחודש אחר. האמור בסעיף זה יחול אף על חלקי חודש, בשינויים המחויבים.

15.7 היה מבוטח זכאי לתגמול ביטוח, לפי פוליסה זו ומונה לו אפוטרופוס על-ידי בית משפט, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח לאפוטרופוס שמונה כאמור.

15.8 המבטח יהא רשאי לנהל על חשבונו ובאופן סביר, במהלך כל תקופת תשלום התגמול הסיעודי, כל חקירה ולהעמיד את המבטח לבדיקה רפואית ע"י רופא מטעמו או נותן שירות רפואי אחר מטעמו לפי שיקול דעתו הבלעדי. הבדיקה הרפואית תעשה בתיאום מראש עם המבטח. על המבטח לשתף פעולה עם המבטח או מי מטעמו, כאמור, במהלך כל תקופת תשלום תגמולי הביטוח הסיעודי.

15.9 מצב סיעודי חוזר

15.9.1 מבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח שלהם הוא זכאי על פי תנאי הפוליסה החל במועד שבו מסתיימת תקופת ההמתנה.

15.9.2 לא תימנה יותר מתקופת המתנה אחת אלא אם חלפו יותר מ-12 חודשים מהמועד שבו פסק להתקיים לגביו מקרה ביטוח.

15.10 הפסקת המצב הסיעודי

15.10.1 במקרה של הפסקת הזכאות לתגמול סיעודי על פי פוליסה זו, מסיבות של שיפור במצב המבוטח ויציאתו מהמצב הסיעודי, על המבוטח להודיע על כך באורח מיידי למבטח ולא יאוחר מתום 30 יום ממועד הפסקת הזכאות לתגמול הסיעודי.

15.10.2 המבטח יהיה זכאי לגבות מהמבוטח ו/או מבא כוחו את התגמולים הסיעודיים, אשר שולמו, לפי פוליסה זו בתקופה שבה לא היה זכאי לתגמול סיעודי כאמור בתוספת הפרשי הצמדה כאמור בסעיף 20 להלן. הפרשי ההצמדה והריבית יחושבו החל מתום 30 יום ממועד הפסקת הזכאות לתגמול הסיעודי של המבוטח ועד התשלום בפועל.

15.11 מקרה פטירה

15.11.1 נפטר המבוטח, חס וחלילה, ישלם המבטח לעזיבונו או ליורשיו של המבוטח, הנקובים בעותק מאומת של צו קיום צוואה או בצו ירושה, את יתרת התגמול הסיעודי החודשי (תגמול סיעודי חודשי מלא) לו היה זכאי המבוטח טרם פטירתו.

15.11.2 שילם המבטח את התגמול הסיעודי החודשי, על-פי הוראות בכתב של המבוטח, לצד שלישי, תשלום יתרת התגמול הסיעודי החודשי לצד השלישי האמור.

15.11.3 מובהר, כי במקרה בו נפטר המבוטח, חס וחלילה, יהיה המבטח זכאי לגבות מעזיבונו תשלומים ששולמו ביתר, בגין התקופה שלאחר מועד פטירתו בתוספת הפרשי הצמדה וריבית כאמור בסעיף 21 להלן.

15.12 בטלות הפוליסה לאחר מיצוי תקופת תשלום התגמול הסיעודי

15.12.1 בתום תקופת תשלום התגמול הסיעודי תבטל הפוליסה לגבי אותו המבוטח, והוא לא יהיה זכאי לכלל תגמול סיעודי על-פי פוליסה זו ולא יוכל להצטרף מחדש לביטוח הסיעודי הקבוצתי.

16. תביעות - הוראות מיוחדות בעניין מעבר מבטחים לפוליסה

16.1 הוראות ביחס למבוטח עובר

16.1.1 מבטח, שמתקיים לגביו מקרה ביטוח ערב עזיבתו את הקופה הקודמת, יהיה רשאי להצטרף ביטוח סיעודי של הקופה הקולטת, תוך שמירה על רצף ביטוחי ללא בחינה מחדשת של מצבו הרפואי, וזאת תוך 90 ימים מהמועד שבו פסק מלהתקיים לגביו מקרה הביטוח, ובלבד שאותו מבטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לקבלת תגמולי ביטוח לפי פוליסה לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח; תקופת תגמולי הביטוח שלה יהיה זכאי מבטח לפי פוליסה לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח של הקופה הקולטת, תהיה בניכוי תקופות שבהן קיבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח;

16.1.2 מבטח עובר, שקרה לו מקרה ביטוח בתקופת הביטוח הקודמת המזכה בתשלום תגמולי ביטוח, והגיש תביעה נוספת לקבלת תגמולי ביטוח בתוך תקופה שאינה עולה על 12 חודשים מאז חדל להיות במצב המזכה, תשולם תביעתו ע"י המבטח של הקופה הקודמת ממנה עבר ללאומית, כפי שיהיה באותו מועד.

16.2 הוראות ביחס למבוטח שהיה סיעודי בפוליסה הקודמת

16.2.1 מי שזכאי לתגמולי סיעוד על פי הפוליסה הקודמת (להלן בסעיף זה: "מבוטח סיעודי") ביום הקובע, ימשיך לקבל תגמולי סיעוד על פי הפוליסה הקודמת, בכפוף להוראותיה. יובהר, כי מבטח כאמור לא יהיה זכאי לביטוח ולתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו.

16.2.2 על אף האמור לעיל, אם פסק המבוטח להיות בגדר מבטח סיעודי על פי הפוליסה הקודמת, עקב שיפור במצבו התפקודי, מוסכם, כי מבטח כאמור יהפוך למבוטח על פי פוליסה זו מיום שהפסיק לענות על הגדרת "מבוטח סיעודי", וממועד זה ישלם דמי ביטוח למבטח כקבוע בפוליסה זו, ובלבד שאותו מבטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לקבלת תגמולי ביטוח לפי פוליסה לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח.

16.3 הוראות ביחס למבוטח קיים

16.3.1 הוכח ע"י המבטח, כי מקרה הביטוח ארע לראשונה לפני היום הקובע, יוחזר המבוטח לטיפול המבטח הקודם וזכאותו תקבע על פי תנאיה של הפוליסה הקודמת.

16.4 הוראות ביחס למבוטח זכאי

16.4.1 הוכח ע"י המבטח, כי מקרה הביטוח שארע למבוטח זכאי ארע לראשונה לפני מועד תחילת הביטוח, והמשיך להתקיים בו ברציפות עד הצטרפותו לפוליסה זו, הוא לא יהיה זכאי לכיסוי ביטוחי כלשהו, ויוטל לו הביטוח החל ממועד הצירוף לפוליסה זו ויוחזרו לו דמי הביטוח שנגבו ממנו.

17. חבות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל

17.1 המבטח יהיה אחראי לתשלום התגמול הסיעודי על פי פוליסה זו גם בעת שהיית המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל במועד קרות מקרה הביטוח ו/או במהלך כל תקופת תשלום תגמולי הביטוח.

17.2 לגבי מבוטח, אשר במועד קרות מקרה הביטוח, שווה או מתגורר מחוץ לגבולות מדינת ישראל, המבטח יהיה רשאי לבצע בדיקה תפקודית למבוטח במקום שהייתו או מגוריו בלבד והוא לא יהיה רשאי להתנות את אישור התביעה ו/או תשלום תגמולי הביטוח בביצוע בדיקה תפקודית בישראל ו/או במקום אחר שאינו מקום שהייתו או מגוריו של המבוטח.

18. חריגים לכיסוי

פוליסה זו לא כוללת כיסוי במקרים אלה:

- 18.1 מקרה ביטוח שארע עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית, משטרתית, מלחמתית, פעולות איבה;
- 18.2 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי;
- 18.3 מקרה ביטוח שארע עקב שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראת רופא, שלא לצורך גמילה;
- 18.4 מקרה ביטוח שארע לראשונה לפני תחילת תקופת הביטוח או ארע לראשונה לאחר תום תקופת הביטוח וזאת בכפוף לאמור בתקנה 13 להוראות;
- 18.5 מקרה ביטוח שארע לראשונה ב-36 החודשים הראשונים לחייו של מבוטח;
- 18.6 מקרה ביטוח שארע עקב תאונת דרכים, כהגדרתה בחוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה-1975 או תאונות עבודה כמשמעותה בחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995 שהוכרה בידי המוסד לביטוח לאומי.
- 18.7 מקרה ביטוח שארע עקב "מצב רפואי קודם", בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004; לענין פסקה זו, מבוטח זכאי ייחשב כמבוטח בחוזה שהוחלף אצל אותו מבטח או מבטח אחר כמפורט בתקנה 6(א)(2) לתקנות האמורות. לענין סעיף 18.7 זה:
 - 18.7.1 "מצב רפואי קודם" - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו לפני מועד הצטרפות של מבוטח לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה, לענין זה "אובחנו" בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות המקורי לענין מצב רפואי קודם, כהגדרתו לעיל.
 - 18.7.2 "סייג בשל מצב רפואי קודם" - סייג כללי בחוזה ביטוח הפוטר את המבטח מחבותו, או המפחית את חבות המבטח או את היקף הכסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קיים, ואשר ארע למוטב או למבוטח בתקופה שבה חל הסייג. סייג בשל מצב רפואי קודם יהיה תקף לענין המבוטחים במקרים ולתקופות המפורטים להלן:
 - 18.7.2.1 גילו של המבוטח ביום הקובע הוא פחות מ-65 שנים - לתקופה שלא תעלה על שנה ממועד ההצטרפות המקורי לענין מצב רפואי קיים.
 - 18.7.2.2 גילו של המבוטח ביום הקובע הוא 65 שנים או יותר - לתקופה שלא תעלה על חצי שנה ממועד ההצטרפות המקורי לענין מצב רפואי קיים.
 - 18.7.3 על אף האמור לעיל, סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, אם נקבע, יהיה תקף

לתקופה שנקבעה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.
 18.7.4 סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהצהרת המבוטח.

19. הפרמיה (דמי הביטוח) ואופן התשלום

19.1 הפרמיה החודשית:

19.1.1 הפרמיה לכל מבוטח תהיה כמפורט בטבלה להלן (להלן: "טבלת הפרמיות").
 הפרמיה תשתנה במהלך תקופת הביטוח בהתאם לגיל המבוטח במועד תשלום הפרמיה בפועל, בתאריכים הנקובים בטבלאות ובהתאם להצמדה לשינויים במדד:

גובה הפרמיה החודשית בש"ח					גיל המבוטח במועד תשלום הפרמיה
מיום 1.7.23 עד ליום 31.3.24	מיום 1.7.22 עד ליום 30.6.23	מיום 1.7.21 עד ליום 30.6.22	מיום 1.7.20 עד ליום 30.6.21	מיום 1.4.19 עד ליום 30.6.20	
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0-18
8.63	8.63	8.63	8.63	8.63	19-25
13.24	12.24	11.23	10.73	10.43	26-30
28.89	28.61	28.32	28.05	27.77	31-35
44.45	43.00	41.56	40.11	38.67	36-40
54.26	52.08	49.91	47.77	45.65	41-45
94.10	90.76	87.47	84.23	81.05	46-50
124.14	118.36	112.77	106.84	101.10	51-55
147.75	140.38	133.29	125.45	117.87	56-60
172.33	164.75	156.50	147.57	139.95	61-65
202.48	192.91	183.78	175.09	166.80	66-70
225.26	215.03	205.27	195.94	187.04	71-75
239.58	228.59	218.09	208.09	198.54	76-80
239.58	228.59	218.09	208.09	198.54	81+

* הטבלה מתייחסת לפרמיות הצפויות ב-5 שנות ההסכם הראשונות.

גובה הפרמיה החודשית בש"ח

גיל המבוטח במועד
תשלום הפרמיה

מיום	מיום	מיום	מיום	מיום	מיום	מיום	מיום	מיום	
1.7.31	1.7.30	1.7.29	1.7.28	1.7.27	1.7.26	1.7.25	1.7.24	1.4.24	
עד	עד	עד	עד	עד	עד	עד	עד	עד	
30.6.32	30.6.31	30.6.30	30.6.29	30.6.28	30.6.27	30.6.26	30.6.25	30.6.24	
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0-18
8.63	8.63	8.63	8.63	8.63	8.63	8.63	8.63	8.63	19-25
17.26	16.25	15.75	15.25	14.75	14.45	14.25	13.74	13.24	26-30
31.29	30.98	30.67	30.37	30.07	29.77	29.48	29.19	28.89	31-35
48.67	48.19	47.72	47.25	46.78	46.31	45.85	45.40	44.45	36-40
70.63	69.24	67.89	65.55	63.24	60.96	58.70	56.46	54.26	41-45
117.11	114.24	111.46	108.74	106.09	103.50	100.98	97.51	94.10	46-50
169.89	163.36	157.08	151.04	145.23	139.64	134.27	129.11	124.14	51-55
210.10	201.06	192.40	184.11	176.19	168.60	161.34	154.39	147.75	56-60
246.95	236.10	225.71	215.79	206.30	197.22	188.55	180.26	172.33	61-65
298.82	284.66	271.18	258.34	246.10	234.45	223.36	212.54	202.48	66-70
328.24	313.34	299.13	285.31	272.12	259.52	247.49	236.00	225.26	71-75
350.39	334.33	319.00	304.14	289.94	276.40	263.47	251.12	239.58	76-80
350.39	334.33	319.00	304.14	289.94	276.40	263.47	251.12	239.58	81+

* הטבלה מתייחסת לפרמיות הצפויות ב-8 שנים נוספות מתום תקופת הביטוח הבסיסית

19.1.2 הפרמיה צמודה למדד חודש פברואר 2019 אשר פורסם ביום 15.03.2019. המבטח רשאי להודיע על העלאת דמי הביטוח, בכפוף להסכמת לאומית ולאישור הממונה.

19.1.3 להלן טבלת הפרמיות העתידית, לאחר סיומה של תקופת הביטוח הנוכחית, כפי שגובשו על ידי לאומית והממונה:

19.2 המבוטח ישלם את הפרמיה למבטח באמצעות לאומית, אחת לחודש, באמצעות הרשאה לחיוב חשבון או הרשאה לחיוב כרטיס אשראי.

19.3 לא שולמה הפרמיה או חלק ממנה במועד תישלח למבוטח בחודש העוקב הודעה על כך, כי לא שילם את הפרמיה וכי עליו להסדיר את התשלום, ובדבר הדרך להסדרת התשלום.

19.4 לא הוסדר התשלום כאמור בתוך 30 יום לאחר שהמבוטח נדרש על ידי המבטח

בכתב לשלמו, רשאי המבטח להודיע למבוטח בכתב, כי הפוליסה תבוטל כעבור 30 ימים נוספים, אם התשלום טרם הוסדר.

19.5 ביקש מי שבוטלה לו הפוליסה בשל אי תשלום פרמיה, לחזור ולהיות מבוטח, במהלך תקופה של שלושה חודשים מיום ביטול הפוליסה (לרבות הפוליסה הקודמת), יוכל לחזור ולהיות מבוטח אצל המבטח, החל ממועד ביטול הפוליסה, ובתנאי שישלם את מלוא סכום הפרמיה מיום בו חדל לשלם פרמיה ועד למועד חזרתו לפוליסה.

20. הוראות מיוחדות לגבי תשלום דמי ביטוח

20.1 תשלום דמי ביטוח בתקופת ההמתנה: אושרה זכאותו של מבוטח, שזכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה, יהיה המבוטח חייב בתשלום דמי הביטוח, במהלך תקופת ההמתנה.

20.2 שחרור מתשלום דמי ביטוח: מבוטח הזכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה, יהיה משוחרר מתשלום דמי הביטוח בעד התקופה שבשלה הוא זכאי לקבל תגמולי ביטוח.

20.3 תשלום דמי ביטוח לאחר הפסקת זכאות - הפסיקה זכאותו של מבוטח, שזכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה, יהיה המבוטח חייב לשוב ולשלם את דמי הביטוח מאותו מועד ואילך. המבטח יהיה חייב להודיע למבוטח וללאומית על סיום תשלום תגמולי הביטוח וחיידוש חיוב המבוטח בתשלומי דמי הביטוח.

21. הצמדה למדד

21.1 על סכומי תגמולי הביטוח החודשיים כמפורט בסעיף 12.3 לעיל, יתווספו הפרשי הצמדה כמשמעותם בחוק פסיקת ריבית והצמדה, התשכ"א-1961, מהמדד הנקוב בתחתית הטבלה בסעיף 12.3.1 לעיל.

21.2 על דמי הביטוח החודשיים יתווספו הפרשי הצמדה כמשמעותם בחוק פסיקת ריבית והצמדה, התשכ"א-1961, מהמדד הנקוב בסעיף 19.1.2 לעיל.

22. ערכי סילוק ופדיון וקרן מבוטחים

22.1 לא יצטברו לזכותו של מבוטח בפוליסה עודפים לצורך קבלת ערכי סילוק או פדיון.
22.2 על אף האמור בסעיף 22.1 לעיל, דמי ביטוח ששולמו בעד כלל המבוטחים על פי ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים מסוימת, עתידים לשמש לכיסוי ההתחייבויות ארוכות הטווח בעד המבוטחים כאמור בניכוי ובתוספות כפי שהורה הממונה.

22.3 קרן המבוטחים

22.3.1 מבטח בביטוח סיעודי לחברי קופ"ח ישמש נאמן על קרן המבוטחים לטובת המבוטחים באותה פוליסה.

22.3.2 מבטח וכל העוסק מטעמו בניהול קרן מבוטחים, יפעלו באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד, לא יעדיפו כל עניין וכל שיקול על פני טובת קבוצת המבוטחים, ינהגו בזהירות וברמת מיומנות כפי שנאמן מיומן היה נוהג בנסיבות דומות וינקטו בכל האמצעים הסבירים לשם שמירה על קרן המבוטחים.

22.3.3 קרן המבוטחים תנוהל לפי הוראות שיתן הממונה לעניין זה.

23. ועדות ערר

- 23.1 מבטוח או מועמד לביטוח יהיו זכאים לדרוש מהמבטח לכנס את ועדת הערר בכל אחד מן המקרים הבאים:
- 23.1.1 בתביעות שנדחו מכל סיבת דחייה שהיא, לרבות טענות מבטח בדבר אי גילוי;
- 23.1.2 בתביעות שאושרו, אך קיימת מחלוקת בין המבטח למבטוח לגבי מועד קרות מקרה הביטוח לראשונה או לגבי תקופת תשלום תגמולי הביטוח;
- 23.1.3 בתביעות שנדחו בשל מחלוקת לגבי מועד קרות מקרה הביטוח אצל המבטח או המבטח הקודם או המבטח הבא;
- 23.1.4 בבקשות הצטרפות לביטוח, שנדחו ע"י המבטח;
- 23.2 ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה בהתאם לתנאי הפוליסה.
- 23.3 מבטוח יגיש למבטח את בקשתו לדיון בוועדת הערר תוך 60 ימים מהיום בו קיבל הודעה מנומקת מהמבטח בקשר לאחד מהאירועים המפורטים בסעיף 23.1 לעיל.
- 23.4 המבטוח יהיה רשאי להגיש לוועדת הערר מסמכים וחוות דעת רפואית כפי שימצא לנכון או כפי שיתבקש ע"י הועדה. לאחר משלוח הערר, יהיה רשאי בא כוח מטעם המבטוח להופיע בפני הועדה.
- 23.5 המבטוח יעביר לוועדה את כל החומר הנוגע לתביעה והמצוי בידיו, בין אם הועבר לידיו על ידי המבטוח ובין אם הגיעו לידיו שלא באמצעות המבטוח.
- 23.6 ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה תוך זמן סביר מהיום בו הוגשה אליה התביעה, אך לא יאוחר מ-30 יום. במקרים דחופים תתכנס הועדה בהקדם האפשרי.
- 23.7 ועדת הערר תהיה מורכבת ממספר זהה של נציגי המבטח ושל נציגי לאומית. לפחות אחד מהחברים בוועדת הערר יהיה רופא בהכשרתו וחבר נוסף אחד לפחות יהיה משפטן בהכשרתו. החלטות הוועדה יתקבלו ברוב קולות. במקרה של שוויון קולות תהיה למנכ"ל לאומית או מי שימונה על ידו, מבין נציגי לאומית בוועדה, זכות הכרעה והכרעתו תחייב את המבטח, תהיה סופית ובלתי ניתנת לערעור על ידי המבטח.
- 23.8 תקופת ההתדיינות בוועדת הערר לא תיכלל במניין תקופת ההתיישנות של תביעת מבטוח.
- 23.9 אין בהחלטת ועדת הערר או בפניה אליה, בכדי לפגוע בזכויות המבטוח או בא כוחו לפנות לערכאות משפטיות לצורך בירור זכאותו עפ"י הפוליסה.
- 23.10 כל האמור בסעיף זה (למעט האמור בסעיף 23.1.4) ימשיך להתקיים גם לאחר תום תקופת הביטוח, ללא הגבלת זמן, בהתאם לבקשת מבטוח או בהתאם לדרישת לאומית ועל-פי שיקול דעתה הבלעדי.

24. מיסים והיטלים

- 24.1 המבטוח חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים אשר יחולו על התגמול הסיעודי החודשי על פי הפוליסה, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הפוליסה לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר.

25. התיישנות

- 25.1 תקופת ההתיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח, על פי פוליסה זו, היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

26. תיקונים בפוליסה

26.1 הפוליסה תהיה ניתנת לשינוי במקרה הצורך, בהסכמת לאומית והמבטח, ובכפוף לאישור הממונה, ככל שנדרש.

27. כללי

27.1 מובהר, כי בהתאם להסכם בין לאומית לבין המבטח, כספים כאמור בסעיף 22.2 לעיל ינוהלו בידי המבטח, בהתאם להוראות או לאישור הממונה.

27.2 כל הודעה שתשלח בדואר לפי הכתובות הרשומות, תחשב כהודעה שהתקבלה אצל הצד הנמען מאת הצד השולח. לשם הוכחת המסירה די להוכיח כי המכתב הופקד בדואר.

27.3 כתובות הצדדים לצורך מתן הודעות בקשר להוראות פוליסה זו הינן:

לאומית: לאומית שירותי בריאות, רחוב שפרינצק 23 תל אביב.

המבטח: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, רחוב ז'בוטינסקי 23, רמת גן.

המבוטח: כתובתו האחרונה של המבוטח כפי שמצוין ברישומי לאומית.

28. תנאים בהתאם לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (ביטוח) בריאות קבוצתי, התשס"ט - 2009

28.1 בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

28.2 מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח סיעוד קבוצתי, חובה לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד.

28.3 לא יצורף מבוטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה. אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו. האמור בסעיף זה לא יחול לגבי מבוטח שהצטרפותו נקבעה כהצטרפות אוטומטית וללא קבלת הסכמה מראש.

28.4 סעיפים 28.2 ו-28.3 לא יחולו על פוליסה לביטוח סיעוד קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

28.4.1 הפוליסה הקבוצתית היתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

28.4.2 חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש

ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.

28.5 מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות הממונה, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיוזרה עליהם הממונה.

28.6 על אף האמור בסעיף 28.5 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין -

28.6.1 כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;

28.6.2 את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;

28.6.3 את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

28.7 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי. נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

28.8 חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

28.9 הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויצוין בה את זכות ההמשכיות של היחיד וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

28.10 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 28.3 לעיל, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

- 28.11 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף זה ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.
- 28.12 פוליסה לביטוח סיעוד קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים שעל פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.
- 28.13 המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח סיעוד אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.
- 28.14 בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

הנחיות להגשת תביעה

מבוטח/ת יקר/ה,
לצורך הגשת תביעת סיעוד יש לשלוח את טפסי התביעה המלאים למנורה מבטחים.
ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה לקבלת תגמולי סיעוד עומדת לרשותך באתר מנורה
מבטחים בכתובת: www.menoramivt.co.il באתר לאומית www.leumit.co.il או באמצעות
מוקד לאומית סיעוד בטלפון *5565.

תשומת ליבך - באפשרותך לתבוע תגמולי ביטוח בגין תקופה הקודמת למועד הגשת התביעה,
בכפוף להוכחת זכאות בהתאם לתנאי הפוליסה ולהתיישנות. אנא צרף כל מסמך רפואי תומך.
לידיעתך, בחברתנו מופעל שירות המאפשר להגיש תביעה באמצעות האתר בכתובת
www.menoramivt.co.il. בנוסף השירות מאפשר קבלת הודעות באמצעות sms/מייל בכל
אחד משלבי התביעה, צפייה בסטטוס הטיפול בה, העלאת מסמכים חסרים ועוד.
על מנת שנוכל לעדכן אותך בכל שלבי הטיפול בתביעה, נבקשך למלא את כתובת הדואר
האלקטרוני ומספר טלפון נייד שלך או של איש הקשר מטעמך המטפל בתביעה.
את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים אנא שלח באחת מן הדרכים הבאות:

במייל לכתובת: leumit-claims@menora.co.il

בפקס שמספרו: 03-7608032

בדואר לכתובת: ת.ד. 927, תל-אביב 6100802

באמצעות אתר האינטרנט: www.menoramivt.co.il

לאחר קבלת מסמכי התביעה, חברת הביטוח תבדוק את הכיסוי הביטוחי על פי תנאי הפוליסה.
ייתכן ונבקש לבצע הערכה תפקודית באמצעות רופא, אחות או מומחה בתחום מטעמנו.
הבדיקה תתואם מראש והיא תיערך במקום מגורי המבוטח או במוסד הסיעודי בו הוא שוהה.

במקרים בהם יהיה צורך בהבהרות, תפנה אליכם חברת הביטוח בבקשה להמציא חומר נוסף.
במקרים מסוימים תזמין חברת הביטוח את התיק הרפואי של המבוטח ישירות ממוסדות
הבריאות.

לאחר קבלת תוצאות הבדיקה וכל המסמכים שנדרשו, נודיעך בכתב את החלטתנו באשר
לתביעתך לקבלת תגמולי ביטוח בהתאם להוראות הפוליסה.

למען הסר ספק, התנאים הקובעים והמחייבים הינם תנאי הפוליסה.

מוקד המידע והתביעות עומד לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון שמספרו: *5565

כבוד רב,

מחלקת תביעות בריאות

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



לאומית סיעוד

למידע כללי, לטיפול בתביעות ולהצטרפות ללאומית סיעוד
יש לפנות למוקד לאומית סיעוד באמצעות מנורה מבטחים:
*5565

דרכי התקשרות:

דוא"ל: Leumit-ksl@menora.co.il

פקס: 03-7107788

ת"ד 723, תל אביב, 610070