

## קרן אור TOP

### פוליסה לביטוח מחלות קשות ואירועים רפואיים

#### 1. מבוא

1.1. פוליסה זו היא חוזה ביטוח בין מנורה מבטחים ביטוח בע"מ לבין בעל הפוליסה, ששמו מצוין בדף פרטי הביטוח, המצורף לפוליסה זו ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה.

1.2. הואיל ובעל הפוליסה פנה אל המבטחת בהצעת הביטוח, ובהסתמך על המידע שנמסר למבטחת בהצעת הביטוח ובמסמכים נלווים שהוגשו לה, לרבות הצהרת הבריאות, והמהווים חלק בלתי נפרד מפוליסה זו, בין אם צורפו להצעת הביטוח ובין אם הוגשו בנפרד, הסכימה המבטחת, תמורת דמי ביטוח, לשלם את הסכום המגיע לתשלום בגין מקרה הביטוח שאירע לאחר תחילת תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה. זאת, בכפיפות לתנאים, להוראות, לחריגים ולסייגים הכלולים בה או מצורפים לה או שיצורפו לה על ידי תוספת ו/או נספח.

#### 2. הגדרות

- 2.1. **בעל הפוליסה** - אדם המתקשר עם המבטחת בחוזה הביטוח ואשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח ו/או בהצעת הביטוח כבעל הפוליסה.
- 2.2. **גיל המבוטח** - גיל המבוטח נקבע לפי יום הולדתו הקרוב ביותר לתאריך תחילת הביטוח, זה שקדם לו או הבא אחריו, ויחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. שישה חודשים ויותר יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה. בתום כל שנה ממועד תחילת הביטוח ישתנה גיל המבוטח בשנה אחת.
- 2.3. **דמי ביטוח** - הפרמיה ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה לשלם למבטחת בהתאם לתנאי פוליסה זו, לרבות כל תוספת שתקבע על ידי המבטחת עקב מצב בריאותו ו/או סיכונים מיוחדים הקשורים במבוטח.
- 2.4. **דף פרטי הביטוח** - מסמך המצורף לפוליסה והמהווה חלק בלתי נפרד ממנה, וכולל את מספר הפוליסה, פרטים אישיים של בעל הפוליסה, המבוטח/ים, תקופת הביטוח, דמי הביטוח וכיו"ב. **דף פרטי ביטוח זה מהווה את הסכמת המבטחת בכתב לבטח את המבוטחים שפרטיהם רשומים בו בכיסויים הביטוחיים הרשומים על שמם, והכל בסייגים הרשומים בדף פרטי הביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.**
- 2.5. **המבטחת** - מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.
- 2.6. **המפקח** - המפקח על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.
- 2.7. **הסדר תחיקתי** - חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981, חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 וכן התקנות והצווים שהותקנו ו/או שיוקנו מכוח חוקים אלה וחקרי והוראות המפקח, אשר יסדירו את התנאים החלים על בעל הפוליסה, המבוטח והמבטחת בהקשר לפוליסה זו.
- 2.8. **הצעת הביטוח או ההצעה** - טופס ההצעה המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו, כשהוא מלא על כל פרטיו וחתום על ידי המבוטח ו/או על ידי בן/בת זוגו בשמו ובשם כל אחד מיחיד משפחתו. ההצעה תכלול גם את הצהרת הבריאות שמולאה ונחתמה ע"י המבוטח וכן את הוראת הקבע הבנקאית ו/או הוראת תשלום אחרת, כולל כרטיס/י אשראי, לתשלום דמי הביטוח.
- 2.9. **חוק חוזה הביטוח** - חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981, או כל חוק אחר שיחליפו.
- 2.10. **חוק פסיקת ריבית וצמדה** - חוק פסיקת ריבית וצמדה, התשכ"א - 1961, או כל חוק אחר שיחליפו.
- 2.11. **יום/מועד תחילת הביטוח** - התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כיום תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח. צורף לפוליסה נספח נוסף לאחר מועד תחילת הביטוח, יהיה מועד תחילת הביטוח של הנספח שהוסף כאמור, התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כיום תחילת הביטוח בגין אותו נספח שהוסף לפוליסה עבור המבוטח על פיו.
- 2.12. **ילד** - ילדו של המבוטח, לרבות ילדו החורג וילד מאומץ.
- 2.13. **ישראל** - מדינת ישראל לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 2.14. **מבוטח** - האדם, אשר שמו/ה רשום בדף פרטי הביטוח כמבוטח.
- 2.15. **מדד** - מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או גוף מוסכם אחר שיבוא במקומו, בין שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס שבינו למדד המוחלף. המדד מותאם למדד הבסיסי של 100.0 נקודות מחודש ינואר 1959, כשהוא מחולק ל - 1000.

- 2.16. **מדד יסודי** - המדד האחרון הידוע ב - 1 בחודש של תחילת הביטוח.
- 2.17. **מדד קובע** - המדד הידוע לאחרונה לפני יום תשלום דמי הביטוח למבטחת או תשלום סכום הביטוח למבוטח.
- 2.18. **מצב רפואי קודם** - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה.  
לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 2.19. **מקרה הביטוח** - גילוי אחת המחלות הקשות או קיום אירוע רפואי, בין מחלתי ובין תאונתי, כמפורט באחת הקבוצות בסעיף 7 להלן, שאירע בתקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה, בגינו זכאי המבוטח לסכום הביטוח, **בהתאם למפורט להלן, ובכפוף לתנאים, לחריגים ולסייגים בפוליסה.**
- 2.19.1. מקרה ביטוח ראשון, אשר אינו Carcinoma in Situ בשד (להלן: "**מקרה ביטוח ראשון**").
- 2.19.2. מקרה ביטוח שני, אשר אינו Carcinoma in Situ בשד (להלן: "**מקרה ביטוח שני**").
- 2.19.3. מקרה ביטוח של Carcinoma in Situ בשד (להלן: "**מקרה ביטוח של Carcinoma in Situ בשד**").
- 2.20. **סכום הביטוח** - הסכום המרבי הנקוב בדף פרטי הביטוח, שתשלם המבטחת למבוטח כתגמולי ביטוח בקרות לו מקרה הביטוח, כשהוא צמוד למדד לפי תנאי פוליסה זו ובכפוף למפורט להלן:
- 2.20.1. סכום הביטוח בקרות מקרה ביטוח ראשון (להלן: "**סכום הביטוח למקרה ביטוח ראשון**") או שני (להלן: "**סכום הביטוח למקרה ביטוח שני**") הינו בשיעור של 100% מהסכום הנקוב בדף פרטי הביטוח.
- 2.20.2. סכום הביטוח בקרות מקרה ביטוח של Carcinoma in Situ בשד הינו בשיעור של 20% מסכום הביטוח למקרה ביטוח ראשון או שני(להלן: "**סכום הביטוח למקרה ביטוח של Carcinoma in Situ בשד**").
- 2.21. **פוליסה** - חוזה הביטוח זה שבין בעל הפוליסה למבטחת, כל נספח לחוזה זה, לרבות הצעת הביטוח, הצהרת הבריאות, דף פרטי הביטוח, וכל נספח או תוספת המצורפים לו.
- 2.22. **פעולות ה-ADL (Activities of Daily Living)**
- 2.22.1. **לקום ולשכב**: יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ולקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים או ממיטה.
- 2.22.2. **להתלבש ולהתפשט**: יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ולפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר או להרכיב חגורה רפואית או גפה מלאכותית.
- 2.22.3. **להתרחץ**: יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.
- 2.22.4. **לאכול ולשתות**: יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה, בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.
- 2.22.5. **לשלוט על סוגרים**: יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.
- 2.22.6. **ניידות**: יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות בקביים או במקל או בהליכון או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המבוטח, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.
- 2.23. **תאונה** - חבלה גופנית, **שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד**, כתוצאה מאירוע פתאומי, חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין ע"י גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה, ללא תלות בכל סיבה אחרת, את הסיבה היחידה, הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח, ובלבד שהתאונה כהגדרתה לעיל קרתה במהלך תקופת הביטוח. **למען הסר ספק, מובהר בזאת כי פגיעה, שהינה תוצאה של אלימות מילולית /או לחץ נפשי /או כתוצאה מהשפעת אלימות מילולית /או פגיעה פסיכולוגית או אמוציונאלית /או כל לחץ אחר שאינו פיזי, /או הצטברות של פגיעות זעירות חזרות (מיקרו-טראומות) לאורך תקופה, הגורמות למקרה הביטוח, לא ייחשב כתאונה.**
- 2.24. **תקופת אכשרה** -

- 2.24.1 לגבי מקרה ביטוח ראשון בתקופת הביטוח: תקופה רצופה אשר תחילתה ביום תחילת תקופת הביטוח וסיומה בתום 90 יום, ואשר תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש בתקופות ביטוח לא רצופות.
- 2.24.2 לגבי מקרה ביטוח שני בתקופת הביטוח: תקופה רצופה אשר תחילתה ביום קרות מקרה הביטוח הראשון וסיומה בתום 180 יום, ואשר תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש בתקופות ביטוח לא רצופות.
- 2.24.3 לגבי מקרה ביטוח של Carcinoma in Situ בשד בתקופת הביטוח: תקופה רצופה אשר תחילתה ביום תחילת תקופת הביטוח וסיומה בתום 90 יום, ואשר תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש בתקופות ביטוח לא רצופות.
- 2.24.4 **מקרה ביטוח שאירע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שאירע לפני תחילת תקופת הביטוח, למעט מקרה ביטוח עקב תאונה. המבטחת לא תהיה אחראית לתשלום על פי תנאי הביטוח בגין מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה.**
- 2.25 **תקופת הביטוח - תקופה המתחילה במועד הנקוב בדף פרטי הביטוח, וסיומה בתום תקופת הביטוח הנקובה בדף פרטי הביטוח, או קודם לכן, ובכפוף לתנאי פוליסה זו.**
- 2.26 **תקופת המתנה - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בפוליסה. במהלך תקופת המתנה לא יהיה המבוטח זכאי לכיסוי הביטוחי הרלוונטי. זכאותו תחל בתום תקופת המתנה.**

### 3. תוקף הפוליסה

- 3.1 הפוליסה נכנסת לתוקפה לאחר הסכמת המבטחת בכתב, החל מיום תחילת תקופת הביטוח כמצוין בדף פרטי הביטוח, ובלבד שהמבוטח חי במועד זה.
- 3.2 חבות המבטחת תהיה בתוקף במשך תקופת הביטוח ועד לתום תקופת הביטוח, כמצוין בדף פרטי הביטוח.
- 3.3 דחיית הצעת הביטוח או חזרה למבוטח בהצעת ביטוח נגדית תיעשה לכל היותר שלושה חודשים מיום קבלתו לראשונה של תשלום בגין דמי הביטוח, או אם פנתה המבטחת למבוטח בבקשה להשלמת נתונים - שישה חודשים מיום קבלתו לראשונה של תשלום בגין דמי הביטוח. אם המבטחת לא דחתה את הצעת הביטוח ולא חזרה למבוטח בהצעת ביטוח נגדית, או אם לא הודיעה למבוטח על קבלתו לביטוח לפי תנאי הצעת הביטוח בתוך המועדים כאמור, לא תהא המבטחת רשאית לשנות את התנאים הקבועים בהצעת הביטוח עד תום תקופת הביטוח והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.
- 3.4 במידה ומקרה הביטוח אירע מיום קבלתו לראשונה של תשלום בגין דמי הביטוח ועד למועד בו היתה המבטחת אמורה להודיע למבוטח על קבלתו לביטוח לפי תנאי הצעת הביטוח תוך שלושה או שישה חודשים, לפי הענין, כמפורט בסעיף 3.3 לעיל, תשלם המבטחת למבוטח את תגמולי הביטוח בהתאם לכיסוי הביטוחי הכלול בפוליסה, בהתאם להוראות החיתום הרפואי הקיימות אצל המבטחת לגבי מבוטחים בעלי מאפיינים דומים, והכל בסייגים שהיו אמורים להירשם בדף פרטי הביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.

### 4. תום תקופת הביטוח

- תקופת הביטוח על פי פוליסה זו, לגבי כל מבוטח, תבוא לידי סיום, בכל אחד מהמועדים המפורטים להלן, לפי המועד המוקדם שביניהם:
- 4.1 בתום תקופת הביטוח על פי המפורט בדף פרטי הביטוח.
- 4.2 במועד תום הביטוח היסודי אליו צורפה פוליסה זו, אם צורפה אליו כאמור.
- 4.3 עם תשלום סכום הביטוח או סכומי הביטוח, בכפוף לתנאי פוליסה זו.
- 4.4 במועד פטירתו של המבוטח.
- 4.5 במועד ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח או על ידי המבטחת, כמפורט להלן:
- 4.5.1 **ביטול על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח**
- 4.5.1.1 בעל הפוליסה ו/או המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבטחת. הביטול ייכנס לתוקפו בתוך שלושה ימים מיום קבלת ההודעה על ידי המבטחת.
- 4.5.1.2 ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה פירושו ביטולה לגבי כל המבוטחים הרשומים בדף פרטי הביטוח, אלא אם כן נמסרה הודעת ביטול רק בקשר למבוטח מסוים שאינו בעל הפוליסה.

4.5.1.3. ביטול הפוליסה לגבי מבוטח מסיים משמעה ביטול הפוליסה וכל נספחיה, אלא אם כן נמסרה הודעת הביטול רק בקשר לנספח מסוים.

4.5.1.4. בוטלה הפוליסה על ידי בעל הפוליסה כאמור בסעיף 4.5.1.2 לעיל, יהיו שאר המבוטחים בפוליסה, רשאים להמשיך את הביטוח **בתנאי שהודיעו על כך למבטחת לא יאוחר מ- 90 ימים מיום הודעת המבטחת על ביטול הביטוח, ובכפוף לכך ששילמו את דמי הביטוח החסרים בגין התקופה והמציאו למבטחת התחייבות לתשלום דמי הביטוח השוטפים באחת מדרכי התשלום המוצעות על ידי המבטחת.**

#### 4.5.2. **ביטול על ידי המבטחת**

המבטחת תהיה רשאית לבטל את הפוליסה בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

4.5.2.1. אי תשלום דמי הביטוח בהתאם להוראות הפוליסה.

4.5.2.2. הפר המבוטח את חובתו כמפורט בסעיף 5 להלן, רשאית המבטחת לבטל את הפוליסה או לשלם תגמולי ביטוח מופחתים, בהתאם להוראות הפוליסה.

### 5. **חובת הגילוי**

5.1. **פוליסת הביטוח מבוססת על תשובות המבוטח שניתנו לשאלות שהוצגו בטופסי הצעת הביטוח, בשאלון הרפואי, ו/או בכל דרך אחרת בכתב, והמצורפות לפוליסה.**

5.2. **הציגה המבטחת למבוטח לפני כריתת הפוליסה, בטופס של הצעת הביטוח או בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את הפוליסה בכלל או לכרות אותה בתנאים שבה (להלן – "עניין מהותי"), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה. שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים ללא אבחנה ביניהם אינה מחייבת תשובה כאמור, אלא אם היתה סבירה בעת כריתת הפוליסה. הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.**

5.2.1. **ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאית המבטחת בתוך 30 ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח ולבעל הפוליסה. דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטחת, יושבו למשלם, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.**

5.2.2. **קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח האמור בסעיף 5.2.1 לעיל, אין המבטחת חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משולמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והיא פטורה כליל בהתקיים כל אחת מאלה:**

5.2.2.1. **התשובה ניתנה בכוונת מרמה.**

5.2.2.2. **מבטח סביר לא היה מתקשר על פי פוליסה זו אף בדמי ביטוח גבוהים יותר אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה זה, דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטחת – יושבו למשלם.**

5.3. **המבטחת אינה זכאית לתרופות שבסעיפים 5.2.1 ו- 5.2.2, אלא אם תשובת המבוטח כאמור שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה, בהתקיים כל אחד מאלה:**

5.3.1. **המבטחת ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהיא גרמה לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה.**

5.3.2. **העובדה שעל בסיסה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח או שלא השפיעה על מקרה הביטוח, על חבות המבטחת או על היקף החבות.**

5.4. **תאריך לידתו של המבוטח, כפי שמופיע במסמך רשמי, הוא ענין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בסעיף זה.**

### 6. **התחייבויות המבטחת**

6.1. **בקרות מקרה ביטוח ראשון בתקופת הביטוח, לאחר תום תקופת האכשרה הרלוונטית, יהיה המבוטח זכאי לקבל את סכום הביטוח למקרה ביטוח ראשון, אם התקיימו לגביו כל התנאים במצטבר:**

- 6.1.1. קיימת אבחנה חד משמעית של רופא, שאושרה על ידי המבטחת, לגבי גילוי מקרה הביטוח, ואבחנה זו נתמכת בהוכחות מעבדתיות או אחרות כנדרש בהגדרת המחלה הקשה ו/או האירוע הרפואי בסעיף 7.1 להלן.
- 6.1.2. המבוטח לא נפטר במשך 30 יום לאחר קרות מקרה הביטוח הראשון.
- 6.2. שולמו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח ראשון שהיה כלול בקבוצה הראשונה, כמפורט בסעיף 7.1 להלן, יפוג תוקף הפוליסה והיא תבוטל.
- 6.3. המבוטח זכאי לקבל תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שני, בתנאי שמקרה הביטוח הראשון לא היה כלול בקבוצה הראשונה המנויה בסעיף 7.1 להלן.
- 6.4. בקרות מקרה ביטוח שני בתקופת הביטוח, לאחר תקופת האכשרה הרלוונטית, יהיה המבוטח זכאי לקבל את סכום הביטוח למקרה ביטוח שני אם התקיימו לגביו כל התנאים במצטבר:
- 6.4.1. מקרה הביטוח השני בגינו תובע המבוטח אינו כלול באותה הקבוצה בגינה שולמו לו תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון.
- 6.4.1.1. התנאי בסעיף קטן 6.4.1 לא יחול, אם מקרה הביטוח הראשון כלול בקבוצה הרביעית, ומקרה הביטוח השני בגינו תובע המבוטח אף הוא כלול בקבוצה זו, והמבוטח הוכיח שאין קשר סיבתי בין מקרה הביטוח הראשון למקרה הביטוח השני.
- 6.4.2. קיימת אבחנה חד משמעית של רופא, שאושרה על ידי המבטחת, לגבי גילוי מקרה הביטוח, ואבחנה זו נתמכת בהוכחות מעבדתיות או אחרות כנדרש בהגדרת המחלה הקשה ו/או האירוע הרפואי בסעיף 7.1 להלן.
- 6.4.3. המבוטח לא נפטר במשך 30 יום לאחר קרות מקרה הביטוח השני.
- 6.5. אירע מקרה הביטוח השני, בתוך תקופת האכשרה הרלוונטית, תחזיר המבטחת לבעל הפוליסה את כל דמי הביטוח ששולמו על ידו ממועד קרות מקרה הביטוח הראשון, בתוספת הצמדה למדד בהתאם לסעיף תנאי הצמדה, והפוליסה תבוטל ותהיה חסרת תוקף.
- 6.6. שולמו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שני, יפוג תוקף הפוליסה והיא תבוטל.
- 6.7. על אף האמור בסעיפים 6.1, 6.3 ו-6.4 לעיל, בקרות מקרה ביטוח של Carcinoma in Situ בשד בתקופת הביטוח, לאחר תום תקופת האכשרה הרלוונטית, יהיה המבוטח זכאי לקבל, בנוסף ומבלי לגרוע מזכאותו לקבל תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח ראשון ומקרה ביטוח שני בהתאם לתנאי הפוליסה, גם את סכום הביטוח למקרה ביטוח של Carcinoma in Situ בשד, אשר ישולם באופן חד פעמי עבור כל מקרי הביטוח של Carcinoma in Situ בשד שיארעו במהלך תקופת הביטוח, אם התקיימו לגביו כל התנאים במצטבר:
- 6.7.1. קיימת אבחנה חד משמעית של רופא, שאושרה על ידי המבטחת, לגבי גילוי מקרה הביטוח, ואבחנה זו נתמכת בהוכחות מעבדתיות או אחרות כנדרש בהגדרת סרטן בסעיף 7 להלן.
- 6.7.2. המבוטח לא נפטר במשך 30 יום לאחר קרות מקרה הביטוח של Carcinoma in Situ בשד.
- 6.8. על אף האמור בסעיפים 6.1.2, 6.3 ו-6.7.2:
- 6.8.1. אם נפטר המבוטח במהלך 30 יום לאחר קרות מקרה הביטוח הראשון או השני או מקרה ביטוח של Carcinoma in Situ בשד עקב מקרה הביטוח, ישולמו תגמולי ביטוח בשיעור 25% מסכום הביטוח למקרה ביטוח ראשון או שני או למקרה ביטוח של Carcinoma in Situ בשד, לפי העניין, ולא יותר מ-30,000 ש"ח בתוספת הצמדה למדד בהתאם לסעיף תנאי הצמדה; בנוסף, יפוג תוקף הפוליסה והיא תבוטל.
- 6.8.2. אם נפטר המבוטח במהלך 30 יום לאחר קרות מקרה הביטוח הראשון או השני או מקרה ביטוח של Carcinoma in Situ בשד מכל סיבה אחרת, למעט התאבדות, ישולמו תגמולי ביטוח בשיעור 75% מסכום הביטוח למקרה ביטוח ראשון או שני או למקרה ביטוח של Carcinoma in Situ בשד, לפי העניין, ולא יותר מ-90,000 ש"ח בתוספת הצמדה למדד בהתאם לסעיף תנאי הצמדה; בנוסף, יפוג תוקף הפוליסה והיא תבוטל.
- 6.8.3. שרשרת אירועים, שהם תוצאה של מקרה ביטוח אחד, תיחשב כמקרה ביטוח אחד ותשולם אך ורק פעם אחת.

## 7. קבוצות המחלות הקשות/או האירועים הרפואיים המבוטחים בפוליסה:

- 7.1. **קבוצה ראשונה:** בכפוף להוראות הפוליסה, הגדרותיה וסייגיה, ייחשבו המקרים הבאים כמקרי ביטוח הכלולים בקבוצה הראשונה, ובלבד שהתגלו או אירעו, בהתאם לנדרש בתנאי הפוליסה, בתקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה הרלוונטית:
- 7.1.1. אי ספיקת כבד פולמינינטית (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:
- 7.1.1.1. הקטנה חדה בנפח הכבד;
- 7.1.1.2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
- 7.1.1.3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7;
- 7.1.1.4. צהבת, מעמיקה;
- 7.1.2. מחלת כבד סופנית (שחמת) (Terminal Liver Disease (Cirrhosis)) - מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:
- 7.1.2.1. צהבת;
- 7.1.2.2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;
- 7.1.2.3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;
- 7.1.2.4. אנצפלופטיה כבדית;
- 7.1.2.5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספלניזם.
- 7.1.3. השתלת איברים (Organ Transplantation) –
- 7.1.3.1. אחד מהאירועים הבאים, **המוקדם מביניהם:**
- 7.1.3.1.1. קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל בדבר הצורך בכריתה כירורגית או בהוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, ובהשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או איבר מלאכותי.
- 7.1.3.1.2. ביצוע הפרוצדורה הרפואית האמורה בסעיף 7.1.3.1.1 לעיל. במקרה בו יושלת איבר מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת איבר מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
- 7.1.3.2. פוליסה זו מקנה כיסוי ביטוחי רק אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, הכולל, בין היתר, את ההוראות הבאות **במצטבר:**
- 7.1.3.2.1. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה להתבצע.
- 7.1.3.2.2. מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לענין איסור סחר באיברים.
- 7.1.3.3. על אף האמור, הבחינה שבסעיף 7.1.3.2 לא תתקיים, אם הפיצוי הינו בעד ביצוע השתלת איברים, ששולם למבוטח בעקבות המצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלה, ובטרם בוצעה ההשתלה.
- 7.1.4. תרדמת (COMA) - מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ- 96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.
- 7.1.5. עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis) - מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף, והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.
- 7.1.6. מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) - מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:

7.1.6.1. נפח FEV1 של פחות מ – 1 ליטר או מתחת ל – 30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל – 50% או פחות מ – 35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך.

7.1.6.2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל – 55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.

7.2. קבוצה שנייה: בכפוף להוראות הפוליסה, הגדרותיה וסייגיה, ייחשבו המקרים הבאים כמקרי ביטוח הכלולים בקבוצה השנייה, ובלבד שהתגלו או אירעו, בהתאם לנדרש בתנאי הפוליסה, בתקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה הרלוונטית:

7.2.1. אוטם חריף בשריר הלב (Acute Myocardial Infarction) - נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיתמך ע"י שני הקריטריונים הבאים במצטבר:

7.2.1.1. בדיקה ביוכימית מראה, כי הייתה עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר. לחילופין, כל דרך אחרת, שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות, המבוצעות בבתי החולים, מעידה על עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין כאמור.

7.2.1.2. קיומה של אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

7.2.2. ניתוח מעקפי לב (CABG) - ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.

**למען הסר ספק, מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.**

7.2.3. ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב (Open Heart Surgery for Valve Replacement or Repair) - ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

7.2.4. ניתוח אבי העורקים (Aorta) - ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן לרבות ביצוע פרוצדורה רפואית באמצעות צינתור אם קיימת מפרצת בגודל 5 ס"מ או יותר

7.2.5. שבץ מוחי (CVA) - כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים למעלה מ 24 שעות, והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. **כל זאת, להוציא TIA.**

7.2.6. קרדיومیופטיה (Cardiomyopathy) - מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.

7.3. קבוצה שלישית: בכפוף להוראות הפוליסה, הגדרותיה וסייגיה, ייחשבו המקרים הבאים כמקרי ביטוח הכלולים בקבוצה השלישית, ובלבד שהתגלו או אירעו, בהתאם לנדרש בתנאי הפוליסה, בתקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה הרלוונטית:

7.3.1. סרטן (Cancer) - נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.

מקרה הביטוח יכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

**מקרה הביטוח אינו כולל:**

7.3.1.1. **גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ** (למעט Carcinoma in Situ

בשד), **כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה**

**כטרום ממאירים;**

7.3.1.2. מלנומה ממאירה בעובי פחות מ- 0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות);

7.3.1.3. מחלות עור מסוג:

7.3.1.3.1. **Basal Cell Carcinoma** ו- **Hyperkeratosis**

7.3.1.3.2. מחלות עור מסוג **Squamous Cell Carcinoma** אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.

7.3.1.4. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה- **AIDS**;

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

7.3.1.6. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ **ul/10,000 B cell lymphocytes** ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;

7.3.1.7. סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה;

7.3.1.8. פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית;

7.3.1.9. גמופתיה מוקדמת **MGUS** ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;

7.3.1.10. **T cell lymphoma** של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל- **T CELL LY**.

7.3.2. גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor) - תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על-ידי בדיקת **MRI** או **CT**.

**הכיסוי אינו כולל ציסטות גרנולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים והמטומות.**

7.3.3. השתלת מח עצמות (Bone Marrow Transplantation) –

7.3.3.1. אחד מהאירועים הבאים, המוקדם מביניהם:

7.3.3.1.1. קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל בדבר הצורך בהשתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח.

7.3.3.1.2. ביצוע הפרוצדורה הרפואית האמורה בסעיף 7.3.3.1.2 לעיל.

7.3.3.2. פוליסה זו מקנה כיסוי ביטוחי רק אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, הכולל, בין היתר, את ההוראות הבאות **במצטבר**:

7.3.3.2.1. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה להתבצע.

7.3.3.2.2. מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לענין איסור סחר באיברים.

7.3.3.3. על אף האמור, הבחינה שבסעיף 7.3.3.2 לא תתקיים, אם הפיצוי הינו בעד ביצוע השתלת מח עצמות, ששולם למבוטח בעקבות המצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלה, ובטרם בוצעה ההשתלה.

7.3.4. אנמיה אפלסטית חמורה (Severe Aplastic Anemia) - כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נוטרופניה וטרומבוציטופניה, המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

7.3.4.1. עירוי מוצרי דם;

7.3.4.2. מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;

7.3.4.3. מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);

7.3.4.4. השתלת מוח עצם.

7.4. **קבוצה רביעית:** בכפוף להוראות הפוליסה, הגדרותיה וסייגיה, ייחשבו המקרים הבאים כמקרה ביטוח הכלול בקבוצה הרביעית, ובלבד שהתגלו או אירעו, בהתאם לנדרש בתנאי הפוליסה, בתקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה הרלוונטית:

- 7.4.1. שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (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).
- 7.4.2. פוליו (שיתוק ילדים) (Poliomyelitis) - שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- 7.4.3. עיוורון (Blindness) - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
- 7.4.4. כוויות קשות (Severe Burns) - כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.
- 7.4.5. 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.
- 7.4.6. חירשות (Deafness) - אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.
- 7.4.7. 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.
- 7.4.8. דיסטרופיה שרירית (Muscular Dystrophy) - חולשת שרירים קבועה או מתקדמת, על רקע מחלת השריר, המאובחנת ע"י נוירולוג מומחה על סמך בדיקת EMG טיפוסית וביופסיה של השריר.
- 7.4.9. 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 נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש פעולות ה-ADL, או לחילופין שתיים מתוך שש פעולות ה-ADL ובלבד שאחת מהן הינה לשלוט על סוגרים.
- 7.4.10. צפדת (טטנוס) (Tetanus) - מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium Tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.
- 7.4.11. אי ספיקת כליות סופנית (End Stage Renal Failure) - חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייבת חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.
- 7.4.12. טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis) - דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי, הנמשך לפחות חודשיים. 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 נוירולוג מומחה.
- 7.4.13. ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) - עדות לפגיעה משולבת בניירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.
- 7.4.14. פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage By Accident) - פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר אירעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית, שאינה ניתנת לריפוי, ואשר אושרה על ידי רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).

7.4.15. דלקת מוח (Encephalitis) – דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש פעולות ה-ADL, או לחילופין שתיים מתוך שש פעולות ה-ADL ובלבד שאחת מהן הינה לשלוט על סוגרים.

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

7.4.16. יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension) - עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה, הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימיות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ"כ או לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

7.4.17. דלקת חיידיקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis) - דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך, ואשר בעקבותיהן המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש פעולות ה-ADL, או לחילופין שתיים מתוך שש פעולות ה-ADL ובלבד שאחת מהן הינה לשלוט על סוגרים.

מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.

**הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.**

7.4.18. איבוד גפיים (Loss of Limbs) - איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.

**8. חריגים לאחריות המבטחת**

**8.1. חריג מצב רפואי קדם**

8.1.1. המבטחת תהיה פטורה מתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה ועל פי כל אחד מנספחיה בשל מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קדם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג בדבר מצב רפואי קדם.

8.1.2. תוקף החריג בגין מצב רפואי קדם יהיה מוגבל בזמן בהתאם לגילו של המבוטח במועד תחילת הביטוח כדלקמן:

8.1.2.1. היה גיל המבוטח פחות מ-65 שנה עם הצטרפותו לביטוח- שנה אחת מיום תחילת הביטוח.

8.1.2.2. היה גיל המבוטח מעל ל-65 שנה עם הצטרפותו לביטוח - חצי שנה מיום תחילת הביטוח.

8.1.3. נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח על מצב בריאותו ונתן פרטים מלאים על מצב רפואי קדם, תסייג המבטחת את היקף חבותה בנוגע למצב רפואי קדם. סייג זה יפורט בדף פרטי הביטוח ויהיה תקף לתקופה שפורטה בו לצד אותו מצב רפואי קדם.

8.1.4. הודיע המבוטח על מצב רפואי קדם, והמבטחת לא סייגה במפורש את המצב הרפואי הקדם בדף פרטי הביטוח, יהיה הביטוח ללא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין מצב רפואי קדם.

8.1.5. אין באמור לעיל כדי לפטור את המבוטח מחובת גילוי לפי חוק חוזה הביטוח לגבי מצב רפואי קדם.

**8.2. חריגים נוספים**

בנוסף לאמור לעיל, המבטחת לא תהיה אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי פוליסה זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם:

8.2.1. מקרה ביטוח שאירע לפני תחילת תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה הרלוונטית או לאחר תום תקופת הביטוח.

8.2.2. מחלת האיידס (AIDS), תסמונת הכשל החיסוני הנרכש על כל צורותיה, או כל תסמונת דומה הנגרמת על-די מיקרואורגניזמים מסוג זה, לרבות מוטציות ווריאציות, למעט אם מקרה הביטוח הוא סרטן.

8.2.3. שימוש בסמים, למעט שימוש על-פי הוראת רופא.

8.2.4. אלכוהוליזם.

- 8.2.5. ניסיון להתאבדות או פציעה עצמית מכוונת, בין אם המבוטח שפוי בדעתו ובין אם לאו.
- 8.2.6. 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.
- 8.2.7. פגיעה בנושק בלתי קונבנציונלי (כגון: אטומי, ביולוגי, כימי) או מטילים בליסטיים קונבנציונליים.
- 8.2.8. השתתפות המבוטח בביצוע פשע או כל מעשה פלילי.
- 8.2.9. גלישה אווירית, רחיפה, צניחה, צלילה, סקי מים או שלג, טיפוס הרים, בנג'י.
- 8.2.10. השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, מהפיכה, מרד, פרעות, מהומות, מעשה חבלה.
- 8.2.11. המבטח לא תחוב על פי פוליסה זו בכל מקרה בו קיימת מניעה חוקית ביישומה על פי כל דין.

## 9. דמי הביטוח ותשלומם

- 9.1. מועד פירעון דמי הביטוח יהיה בראשית כל חודש בו נקבע תשלומם. דמי הביטוח ישולמו בזמני הפירעון הקבועים בדף פרטי הביטוח.
- 9.2. את דמי הביטוח יש לשלם במשרדי המבטח, כמצוין בפוליסה. ניתן לשלם את דמי הביטוח גם על ידי הוראת קבע לבנק לתשלום דמי ביטוח ישירות לחשבון המבטח, או בכרטיס אשראי אשר יימסר על ידי בעל הפוליסה למבטח בתחילת תקופת הביטוח. כמו כן, ניתן לשלם דמי ביטוח באמצעות בעל הרישיון הרשום בדף פרטי הביטוח, אך זאת אך ורק בהמחאות לפקודת המבטח. אם שולמו דמי הביטוח בהוראת קבע בנקאית או באמצעות כרטיס אשראי, כאמור, רק זיכוי חשבון המבטח בבנק או בחברת כרטיסי האשראי יהווה את תשלום דמי הביטוח.
- 9.3. הסכמת המבטח לקבל דמי ביטוח, שלא באחת הדרכים המפורטות בס"ק 9.2 דלעיל, או לאחר זמן פירעונם, במקרה מסוים, לא תתפרש כהסכמה לנהוג כן, גם במקרים אחרים כלשהם.
- 9.4. לא שולמו דמי הביטוח במועד, ולא שולמו גם תוך 15 יום לאחר שהמבטח דרשה לשלם, רשאית המבטח להודיע לבעל הפוליסה בכתב כי הפוליסה תתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן, ובכפוף להוראות ההסדר התחיקתי.

## 10. שינוי דמי הביטוח ותנאים

- 10.1. דמי הביטוח הראשוניים ייקבעו על פי סכום הביטוח, הגיל, המין, המקצוע, העיסוק והרגלי העישון של המבוטח ביום תחילת תקופת הביטוח, וכן על פי מצבו הרפואי במועד זה, ויפורטו בדף פרטי הביטוח.
- 10.2. דמי הביטוח המשולמים בגין ביטוח זה ישתנו כרשום בדף פרטי הביטוח בתוספת הצמדה למדד, בהתאם לסעיף תנאי הצמדה.
- 10.3. המבטח תהיה זכאית לשנות הן את דמי הביטוח והן את תנאי הפוליסה לכל המבוטחים בפוליסה. שינוי זה יהיה תקף בתנאי שהמפקח אישר את השינוי, אך לא לפני 1.8.2017, והוא ייכנס לתוקף 60 ימים לאחר שהמבטח שלחה לבעל הפוליסה הודעה בכתב, תוך מתן גילוי מלא לגבי השינויים בתעריף ו/או בתנאים ו/או בהיקף הכיסוי הביטוחי.
- 10.4. דמי הביטוח החדשים יחושבו על בסיס אותם נתונים רפואיים לפיהם חושבו דמי הביטוח ערב השינוי.

## 11. תנאי הצמדה וריבית

- 11.1. כל הסכומים הנקובים בש"ח בפוליסה ו/או בדף פרטי הביטוח, לרבות תגמולי הביטוח ודמי הביטוח על פי פוליסה זו, יהיו צמודים לשיעור עליית המדד הקובע לעומת המדד היסודי.
- 11.2. יום ביצוע התשלום בפועל יהיה המאוחר מבין אלה:
- 11.2.1. לגבי תשלום דמי הביטוח - המועד הנקוב בהמחאה או המועד בו הגיעה ההמחאה למשרדי המבטח או למשרדי בעל הרישיון. במקרה של תשלום על פי העברה בנקאית או בכרטיס אשראי לזכות חשבון המבטח, ייחשב יום זיכוי חשבון המבטח בבנק או בחברת כרטיסי האשראי כיום ביצוע התשלום בפועל.
- 11.2.2. לגבי תשלום תגמולי ביטוח - המועד הנקוב בהמחאה או המועד בו הגיעה ההמחאה לכתובתו של המבוטח. במקרה של תשלום על פי העברה בנקאית לזכות חשבון המבוטח, ייחשב יום זיכוי חשבון המבוטח בבנק כיום ביצוע התשלום בפועל.

- 11.3. דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית המדד הקובע ביום התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.
- 11.4. **לדמי ביטוח, שלא שולמו במועד, תיווסף במועד תשלומם, בנוסף להפרשי הצמדה, ריבית מירבית בהתאם לשיעור הנקוב בחוק פסיקת ריבית והצמדה, כשהיא מחושבת מיום היווצר הפיגור ועד למועד תשלומה בפועל.**
- 11.5. על תגמולי הביטוח יתווספו הפרשי הצמדה כמשמעותם בחוק פסיקת ריבית והצמדה, מיום קרות מקרה הביטוח, וריבית בשיעור של 4% לשנה מתום 30 ימים מיום מסירת התביעה.
- 11.6. חושבו תגמולי הביטוח, או חלקם, כערכם בתאריך שלאחר קרות מקרה הביטוח, יתווספו עליהם או על חלקם, לפי הענין, הפרשי הצמדה מאותו תאריך בלבד.
- 11.7. הוראות סעיף 11.4 לא יחולו על תגמולי ביטוח המשולמים במטבע חוץ או במטבע ישראלי המחושב לפי ערכו של מטבע חוץ, ואולם על תגמולים כאמור תיווסף ריבית בשיעור שנקבע לפי סעיף 4(א) לחוק פסיקת ריבית והצמדה, החל בתום 30 ימים מיום מסירת הדרישה למבטחת.
- 11.8. כל הסכומים והשיעורים המופיעים בסעיף זה כפופים לשינויים אשר יחולו בהוראות ההסדר התחיקתי ו/או בחוק פסיקת ריבית והצמדה.

## 12. הגשת תביעות ותגמולי ביטוח

- 12.1. הודעה על מקרה ביטוח תימסר למבטחת בכתב בזמן סביר, מהר ומוקדם ככל שניתן. להודעה יצורפו כל הפרטים אודות התביעה, לרבות:
- 12.1.1. טופס תביעה מלא של המבטחת, לרבות מסמכים רפואיים ואחרים כפי שנדרש לגבי כל אחד מנספחי הפוליסה.
- 12.1.2. כתב וויתור על סודיות רפואית, שישימש לצורך קבלת מידע ככל שהדבר דרוש לבירור זכויות וחובות על פי הפוליסה.
- 12.2. **במסגרת בירור החבות, תהיה למבטחת הזכות, להעמיד את המבוטח על חשבונה לבדיקת רופא או רופאים שיתמנו על ידה, בכל עת וכל אימת שתראה בכך צורך סביר המתקבל על הדעת.**
- 12.3. בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייבים למסור למבטחת תוך זמן סביר לאחר שנדרשו לעשות כן את המידע והמסמכים הנוספים הדרושים למבטחת לשם בירור חבותה, ואם אינם ברשותם עליהם לעזור למבטחת, ככל שיוכלו, להשיגם.
- 12.4. לאחר שאישרה המבטחת סופית תביעה בגין מקרה ביטוח שלאחריו מתבטלת הפוליסה, דהיינו מקרה ביטוח ראשון הכלול בקבוצה הראשונה כמפורט בסעיף 7.1, או מקרה ביטוח שני, תחזיר המבטחת למבוטח את דמי הביטוח ששולמו לה בגין התקופה שמיום הגשת התביעה האמורה עד למועד אישורה הסופי, בתוספת הפרשי הצמדה כאמור בסעיף תנאי הצמדה.
- 12.5. תשלום תגמולי הביטוח יבוצע בתוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים והתקיימות כל התנאים כאמור בסעיף 12 לעיל.
- 12.6. **המבטחת תהא זכאית לנכות מכל תשלום בגין הפוליסה, כל חוב דמי ביטוח המגיע לה מבעל הפוליסה ו/או מהמבוטח, והכל בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי.**

## 13. כפיפות להסדר התחיקתי

- 13.1. על פוליסה זו חלות הוראות ההסדר התחיקתי, והיא כפופה להן. בכל מקרה של סתירה בין הוראות הפוליסה להוראות קוגנטיות בהסדר התחיקתי, יחולו הוראות ההסדר התחיקתי.
- 13.2. היה ויחולו שינויים בסל שירותי הבריאות לפי חוק ביטוח בריאות יערכו בפוליסה השינויים המתבקשים מכך, בכפוף לקבלת אישורו של המפקח.

## 14. צירוף ילדו של המבוטח

- 14.1. מבוטח יהיה זכאי לצרף לפוליסה זו את ילדיו. במקרה כנ"ל תוגש על ידו הצעה והצהרת בריאות מתאימה, והילד יצורף לביטוח רק לאחר קבלת אישור בכתב מאת המבטחת. תחילת תקופת הביטוח ודמי הביטוח הנוספים עבורו יצוינו בדף פרטי הביטוח.
- 14.2. ילדו של המבוטח מבוטח בפוליסה זו כל עוד משולמים בגינו דמי הביטוח על ידי בעל הפוליסה, ללא מגבלת גיל.

## 15. מסים והיטלים

בעל הפוליסה ו/או המבוטח ו/או המוטב, לפי הענין, יהיה חייב לשלם למבטחת, מיד עם קבלת דרישתה, את המסים, ההיטלים הממשלתיים והאחרים החלים על הפוליסה או המוטלים על הסכומים ועל כל התשלומים האחרים שהמבטחת מחויבת לשלם לפי הפוליסה, לרבות הוצאות הקשורות בהמרה למטבע חוץ והעברתו לחו"ל, בין שמסים והיטלים אלה קיימים במועד תחילת הביטוח ובין שיוטלו בעתיד. המבטחת רשאית לשלם את המסים וההיטלים כאמור, כולם או חלקם, במקום בעל הפוליסה ו/או המבוטח ו/או המוטב, לפי העניין, ובמקרה זה הסכום ששולם כאמור יהווה חלק מתגמולי הביטוח.

## 16. הודעות והצהרות

- 16.1. כל ההודעות וההצהרות הנמסרות למבטחת על ידי בעל הפוליסה או המבוטח או כל אדם אחר צריכות להימסר בכתב על גבי הטפסים שיהיו מקובלים אצל המבטחת באותו מועד, במשרדי המבטחת, זולת הצעת ביטוח שנמסרה באמצעות הטלפון.
- 16.2. כל שינוי בתנאי הפוליסה, לפי בקשת המבוטח או בעל הפוליסה בהתאם לאמור בפוליסה זו ובכפוף להסדר התחיקתי, ייכנס לתוקפו רק אם המבטחת הסכימה לכך בכתב (במקרים שבהם דרושה הסכמתה לפי הפוליסה) ושלחה דף פרטי ביטוח מעודכן. אין באמור לעיל כדי להכשיר מתן הוראה או הודעה אשר אין בסמכותו של נותן ההודעה לתיתן.
- 16.3. בכל מקרה של שינוי כתובת, חייב בעל הפוליסה או המבוטח לפי העניין, להודיע על כך למבטחת בכתב. המבטחת תצא ידי חובתה במשלוח הודעותיה לכתובת האחרונה הידועה לה.
- 16.4. כל הודעה שתישלח בדואר על ידי המבטחת לבעל הפוליסה או למבוטח או על ידיהם למבטחת לפי הכתובת המעודכנת הידועה באותו מועד, תיחשב כהודעה שנתקבלה כדין על ידי הנמען בתוך 72 שעות מזמן הימסר המכתב בדואר ישראל, הכולל את ההודעה.
- 16.5. כל הודעה שתישלח לבעל הפוליסה תיחשב כאילו נמסרה לידי כל מבוטח, ובעל הפוליסה מצהיר כי הוא שלוחו/אפוטרופסו של מבוטח לצורך משלוח הודעה כאמור.

## 17. התיישנות

תקופת ההתיישנות של תביעה על פי הפוליסה היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

## 18. ברירת דין

- 18.1. פרשנות הפוליסה וכל חילוקי דעות או תביעות על פיה או בקשר אליה, יתבררו אך ורק על פי דיני ישראל ובבתי משפט בישראל ו/או ברשויות המוסמכות בישראל בלבד.
- 18.2. למען הסר ספק, מובהר בזאת, כי אכיפת פסק דין זר לא תחשב כפרשנות הפוליסה לפי דיני ישראל ולא כפסק דין שניתן בבית משפט ישראלי.

**גילוי נאות - קרן אור TOP**  
**פוליסה לביטוח מחלות קשות ואירועים רפואיים**

**חלק א' – ריכוז פרטים עיקריים על הפוליסה ותנאיה**

נושא	סעיף	תנאים
כללי	1. שם הפוליסה	קרן אור TOP
	2. הכיסויים	<ul style="list-style-type: none"> <li>- פיצוי במקרה של גילוי מחלה קשה או קיום אירוע רפואי (מקרה ביטוח ראשון)</li> <li>- פיצוי נוסף במקרה של גילוי מחלה קשה אחרת או קיום אירוע רפואי אחר (מקרה ביטוח שני)</li> <li>- פיצוי חד פעמי במקרה של גילוי Carcinoma in Situ בשד לעניין השתלת איברים והשתלת מח עצמות: פוליסה זו מקנה כיסוי ביטוחי רק אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, הכולל, בין היתר, את ההוראות הבאות במצטבר: <ul style="list-style-type: none"> <li>- נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה להתבצע.</li> <li>- מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לענין איסור סחר באיברים.</li> </ul> </li> </ul> <p>על אף האמור, הבחינה הנ"ל לא תתקיים, אם הפיצוי הינו בעד ביצוע השתלת איברים ו/או ביצוע השתלת מח עצמות, ששולם למבוטח בעקבות המצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלה, ובטרם בוצעה ההשתלה.</p>
	3. משך תקופת הביטוח	עד תום תקופת הביטוח הנקובה בדף פרטי הביטוח, או במועד תום הביטוח היסודי אליו צורפה פוליסה זו (אם צורפה אליו כאמור), או עם תשלום סכום הביטוח או סכומי הביטוח, או במועד פטירת המבוטח, או במועד ביטול הפוליסה - המוקדם מביניהם.
	4. תנאים לחידוש אוטומטי	אין.
	5. תקופת אכשרה	<p>לגבי מקרה ביטוח ראשון - 90 יום.</p> <p>לגבי מקרה ביטוח שני - 180 יום.</p> <p>לגבי מקרה ביטוח של Carcinoma in Situ בשד - 90 יום.</p> <p>מקרה ביטוח שאירע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שאירע לפני תחילת תקופת הביטוח, למעט מקרה ביטוח עקב תאונה.</p>
	6. תקופת המתנה	<p>קיימת, למחלות / האירועים הרפואיים הבאים:</p> <p>תרדמת (COMA) - 96 שעות</p> <p>שבץ מוחי (CVA) - 8 שבועות</p> <p>אילמות אובדן דיבור (Loss of Speech) - 6 חודשים</p> <p>תשישות נפש (Dementia) - 3 חודשים</p> <p>טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis) - חודשיים</p> <p>ניוון שרירים מסוג (Amyotrophic Lateral Sclerosis) ALS - 3 חודשים</p> <p>דלקת מוח (Encephalitis) - 3 חודשים</p> <p>דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis) - 3 חודשים</p>
	7. השתתפות עצמית	אין.
שינוי	8. שינוי תנאי	באישור מראש של המפקח על הביטוח, אך לא לפני 1.8.2017. שינוי זה יכנס

נושא	סעיף	תנאים
<b>תנאים</b>	הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	לתוקף בתום 60 יום לאחר שהמבטחת שלחה לבעל הפוליסה הודעה בכתב על כך.
<b>דמי ביטוח</b>	9. גובה דמי הביטוח	דמי הביטוח מפורטים בדף פרטי הביטוח. טבלה כללית של השתנות דמי הביטוח החודשיים לפי גיל לכל סכום ביטוח של 10,000 ש"ח, ללא התחשבות במצב הבריאות ו/או סיכונים מיוחדים הקשורים במבוטח מסוים מצורפת לפוליסה זו.
	10. מבנה דמי הביטוח	דמי ביטוח משתנים – דמי הביטוח נקבעים על פי גיל המבוטח ומצבו הבריאותי במועד תחילת הביטוח והם משתנים בהתאם לגיל המבוטח.
<b>תנאי ביטול</b>	11. שינוי דמי הביטוח במהלך תקופת הביטוח	באישור מראש של המפקח על הביטוח, אך לא לפני 1.8.2017. שינוי זה יכנס לתוקף בתום 60 יום לאחר שהמבטחת שלחה לבעל הפוליסה הודעה בכתב על כך.
	12. תנאי ביטול הפוליסה על-ידי בעל הפוליסה/המבוטח	בכל עת בהודעה בכתב למבטחת. אין החזר דמי ביטוח בגין התקופה שבה היתה פוליסה זו בתוקף.
<b>חריגים</b>	13. תנאי ביטול הפוליסה על-ידי המבטחת	א. במקרה של אי תשלום דמי הביטוח בהתאם להוראות הפוליסה. ב. הפר המבוטח את חובתו כמפורט בסעיף 5, רשאית המבטחת לבטל את הפוליסה או לשלם תגמולי ביטוח מופחתים, בהתאם להוראות הפוליסה. כמפורט בסעיף 8.1. ובנוסף, אם וכאשר הדבר צוין בדף פרטי הביטוח.
	14. החרגה בגין מצב רפואי קודם	החריגים מפורטים בסעיפים הבאים: סעיפים 2.23, 2.24.4, 2.26, 7.2.2, 7.2.5, 7.3.1, 7.3.2, 7.4.15, 7.4.17, 8.1.1, 8.2.
<b>מידע לגבי תגמולי ביטוח</b>	15. סייגים לחבות מנורה מבטחים	קיימת אפשרות על פי דרישת המבוטח, לברר את זכויותיו בשל מקרה ביטוח מסוים ולקבל את פירוט תגמולי הביטוח הנכללים בפוליסת הביטוח שברשותו באמצעות מוקד השירות של המבטחת וכן באתר האינטרנט של המבטחת שכתובתו <a href="http://www.menoramivt.co.il">www.menoramivt.co.il</a> .
	16. תגמולי ביטוח	

**חלק ב' - ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם**

	דברי הסבר	פירוט הכיסויים בפוליסה
<p><b>סכומי הפיצוי:</b> <u>למקרה ביטוח ראשון:</u> כמפורט בדף פרטי הביטוח. <u>למקרה ביטוח שני:</u> כמפורט בדף פרטי הביטוח. <u>למקרה ביטוח שהינו</u> Carcinoma in Situ בשד: 20% מסכום הביטוח המפורט בדף פרטי הביטוח. סכום הביטוח ישולם באופן חד פעמי עבור כל מקרי הביטוח של Carcinoma in Situ בשד שיארעו במהלך תקופת הביטוח.</p>	<p><b>תשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח ראשון הכלול בקבוצה זו, מביא לביטול הפוליסה. בנוסף, לא ישולמו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שני הכלול בקבוצה זו.</b></p>	<p><b>קבוצה ראשונה:</b> אי ספיקת כבד פולמינגטית, מחלת כבד סופנית (שחמת), השתלת איברים, תרדמת, עמילואידוזיס ראשונית, מחלת ריאות חסימתית כרונית.</p>
	<p><b>תשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח ראשון הכלול בקבוצה זו, מזכה את המבוטח בהמשך הפוליסה למקרה ביטוח שני. מקרה ביטוח שני ישולם בתנאי שאינו כלול באותה קבוצה בגינה שולמו לו תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון.</b></p>	<p><b>קבוצה שנייה:</b> אוטם חריף בשריר הלב, ניתוח מעקפי לב, ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, שבץ מוחי, קרדיומיופטיה.</p>
	<p><b>תשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח ראשון הכלול בקבוצה זו, מזכה את המבוטח בהמשך הפוליסה למקרה ביטוח שני. תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שני ישולמו בתנאי שמקרה הביטוח השני כאמור אינו כלול באותה קבוצה בגינה שולמו לו תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון.</b></p>	<p><b>קבוצה שלישית:</b> סרטן, גידול שפיר של המוח, השתלת מוח עצמות, אנמיה אפלסטית חמורה.</p>
	<p><b>תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח של Carcinoma in Situ בשד שאירע במהלך תקופת הביטוח ישולמו באופן חד פעמי, בנוסף לתגמולי ביטוח למקרה ביטוח ראשון או שני, בהתאם לתנאי הפוליסה.</b></p>	
	<p><b>תשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח ראשון הכלול בקבוצה זו, מזכה את המבוטח בהמשך הפוליסה למקרה ביטוח שני. מקרה ביטוח שני ישולם בתנאי שאינו כלול באותה קבוצה בגינה שולמו לו תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון, או אם מקרי הביטוח הראשון והשני כלולים בקבוצה</b></p>	<p><b>קבוצה רביעית:</b> שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה), פוליו, עיוורון, כוויות קשות, אילמות, אבדן דיבור, חירשות, תשישות נפש, דיסטרופיה שרירית, פרקינסון, צפדת (טטנוס), אי ספיקת כליות סופנית, טרשת נפוצה, ניוון שרירים מסוג ALS, פגיעה מוחית</p>

דברי הסבר		פירוט הכיסויים בפוליסה
	<b>הרביעית, והמבוטח הוכיח שאין קשר סיבתי ביניהם.</b>	מתאונה, דלקת מוח, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, דלקת חיידקית של קרום המוח, איבוד גפיים.
<p>במקרה פטירת המבוטח במהלך 30 יום לאחר קרות מקרה הביטוח ועקב מקרה הביטוח, ישולמו תגמולי ביטוח בשיעור 25% מסכום הביטוח לאותו מקרה ביטוח ולא יותר מ- 30,000 ש"ח.</p> <p>במקרה פטירת המבוטח במהלך 30 יום לאחר קרות מקרה הביטוח מכל סיבה אחרת, למעט התאבדות, ישולמו תגמולי ביטוח בשיעור 75% מסכום הביטוח לאותו מקרה ביטוח ולא יותר מ- 90,000 ש"ח.</p>		<b>מגבלה לגבי פטירה לאחר מועד גילוי המחלה</b>

**כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים**

**קָרָן אֹרֶן TOP**  
פרמיה חודשית לכל 100,000 ש"ח סכום ביטוח

אישה		גבר		גיל
מעשנת	לא מעשנת	מעשן	לא מעשן	
10.22	10.22	10.22	10.22	1-19
14.91	13.06	13.69	11.98	20
15.79	13.51	14.43	12.34	21
16.85	14.10	15.16	12.68	22
18.03	14.77	15.87	13.00	23
19.27	15.47	16.59	13.32	24
20.55	16.17	17.36	13.65	25
22.03	17.07	18.14	14.04	26
23.82	18.26	18.98	14.54	27
26.16	19.65	20.26	15.21	28
28.67	21.19	21.72	16.04	29
31.52	22.91	23.38	16.97	30
34.45	24.47	25.14	17.83	31
38.24	26.54	27.65	19.16	32
42.98	29.12	30.95	20.92	33
48.63	32.14	35.16	23.17	34
55.29	35.65	40.23	25.84	35
62.20	38.78	46.38	28.79	36
67.94	41.27	53.77	31.64	37
70.99	42.52	68.16	39.12	38
81.46	47.61	82.74	46.71	39
92.13	52.90	97.59	54.49	40
103.05	58.43	112.78	62.49	41
114.30	64.27	128.38	70.77	42
125.91	70.45	144.48	79.42	43
137.86	76.96	161.19	88.53	44
150.16	83.79	178.66	98.20	45
162.80	90.94	197.10	108.60	46
175.76	98.38	216.77	119.93	47
189.04	106.13	238.05	132.43	48
202.68	114.24	261.32	146.38	49
216.98	122.73	287.02	162.07	50
231.51	131.61	315.52	179.76	51
246.52	140.98	347.11	199.66	52
262.13	151.00	381.97	221.91	53
278.36	161.66	420.09	246.56	54
295.23	172.97	461.32	273.53	55
312.78	184.97	505.37	302.68	56
331.07	197.72	551.80	333.76	57
350.18	211.29	600.12	366.45	58
370.07	225.64	649.73	400.38	59
390.74	240.77	700.05	435.17	60
412.08	256.56	750.57	470.45	61

אישה		גבר		גיל
מעשנת	לא מעשנת	מעשן	לא מעשן	
434.09	272.99	800.87	505.90	62
456.59	289.90	850.70	541.28	63
479.62	307.27	899.98	576.48	64
503.12	325.05	948.83	611.51	65
527.00	343.17	997.45	646.44	66
551.22	361.59	1045.97	681.34	67
575.68	380.23	1094.49	716.25	68
600.33	399.04	1143.03	751.18	69
625.04	417.91	1191.59	786.13	70
725.63	483.62	1271.91	846.89	71
803.66	540.06	1371.90	921.15	72
883.86	598.97	1479.03	1001.56	73
969.56	663.12	1579.58	1079.65	74