

מטריה לכל מטרה – נספח מס' 623

תנאים כלליים לביטוח למקרה מוות, מחלות קשות וסיעוד צמוד למדד

איילון חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") מתחייבת בזה, על יסוד ההודעות שנמסרו לחברה בכתב על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטחים, ובהתאם לתנאים הכלליים והמיוחדים המפורטים בפוליסה זו על נספחיה – לשלם למוטב את סכום הביטוח שנקבע בפוליסה, ובמקרי הביטוח המפורטים בנספחים המצורפים לפוליסה זו. בכל מקום בפוליסה זו ו/או בנספחיה, בו קיים שימוש בלשון זכר ו/או יחיד, תהיה המשמעות בהתאמה, גם לנקבה ו/או לרבים.

1.	הגדרות
	<p>בפוליסה זו יתפרשו המונחים הבאים להלן:</p> <p>ביטוח יסודי: בעל הפוליסה: דף פרטי הביטוח: ההסדר התחיקתי: חברה: חוק חוזה הביטוח: חוק הפיקוח: כיסויים ביטוחיים: מבוטח: מדד: מדד יסודי: מוטב: מפקח: מצב רפואי קודם: מקרה הביטוח: סכום הביטוח: פוליסה: פרמיה: תקופת הביטוח:</p>
	<p>ביטוח למקרה מוות מכל סיבה שהיא, בכפוף לאמור בתנאים הכלליים.</p> <p>האדם, חבר בני האדם או התאגיד, המתקשרים עם החברה בפוליסה, ואשר שמו/ם נקוב בדף פרטי הביטוח כבעל הפוליסה.</p> <p>נספח המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל בין השאר את מספר הפוליסה, הכיסויים הביטוחיים, בעל הפוליסה, והפרטים העיקריים של הביטוח על פי פוליסה זו.</p> <p>כל החוקים, התקנות, הצווים והוראות המפקח, לרבות החוקים המוזכרים, אשר יסדירו את התנאים החלים על בעל הפוליסה, המבוטח והחברה, כפי שיחולו מעת לעת.</p> <p>איילון – חברה לביטוח בע"מ.</p> <p>חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.</p> <p>חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981.</p> <p>נספחי הכיסויים הביטוחיים המצורפים לפוליסה, כמפורט בדף פרטי הביטוח.</p> <p>האדם שחייבוטחו לפי הפוליסה, כמפורט בדף פרטי הביטוח.</p> <p>מדד המחירים הידוע היום בשם "מדד המחירים לצרכן" (מדד יוקר המחיה הכולל פירות וירקות), המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ולמחקר כלכלי, או על ידי כל גוף או מוסד רשמי אחר, לפי המקרה, או מדד אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה מבוסס על אותם הנתונים ובין אם לאו. במקרה שיבוא מדד אחר כאמור, ייקבע היחס בינו לבין המדד המוחלף על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.</p> <p>המדד האחרון הידוע ב-1 בחודש של תחילת הביטוח. המדד היסודי מותאם למדד חודש ינואר 1959 (100 נקודות).</p> <p>הזכאי לתגמולי הביטוח כמפורט בסעיף 5 להלן.</p> <p>המפקח על הביטוח כהגדרתו בחוק הפיקוח.</p> <p>מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה: לענין זה, "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.</p> <p>מקרה מוות ו/או מחלה קשה ו/או סיעוד כמפורט בפרקים א, ב, ג, ו, להלן.</p> <p>הסכום שישולם על ידי החברה בקרות מקרה הביטוח, כמפורט בדף פרטי הביטוח.</p> <p>חוזה ביטוח זה, וכן ההצעה וכל נספח ותוספת המצורפים לו.</p> <p>דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם לחברה לפי תנאי הפוליסה.</p> <p>התקופה הנקובה בדף פרטי הביטוח.</p>
2.	חבות החברה
2.1	חבות החברה נקבעת בהתאם לאמור בפוליסה בנספחי הכיסויים הביטוחיים ובהסדר התחיקתי.
2.2	הפוליסה תיכנס לתוקפה החל מתחילת הביטוח, כמצוין בדף פרטי הביטוח, ובכפוף לקבלת תשלום הפרמיה הראשונה, או אמצעי תשלום ממנו ניתן לגבות את הפרמיה.
2.3	נתקבלה הצעת הביטוח וגבתה החברה כספים מחשבונו של המועמד לביטוח לפני שהסכימה לקבלו לביטוח יחול האמור להלן:
2.3.1	לא הודיעה החברה, תוך 3 חודשים מיום קבלת הכספים על דחיית הצעת הביטוח, או לא חזרה למבוטח בהצעה נגדית, או בבקשה להשלמת פרטים – יחול הכיסוי הביטוח, בהתאם לקבוע בהצעת הביטוח, מיום קבלת הכספים.
2.3.2	פנתה החברה, במהלך שלושת החודשים כאמור בסעיף 1.2.3 לעיל, להשלמת פרטים, ולא הודיעה תוך 6 חודשים מיום קבלת הכספים, על דחיית הצעת הביטוח או על הצעה נגדית – יחול הכיסוי הביטוחי בהתאם לקבוע בהצעת הביטוח, מיום קבלת הכספים.
2.3.3	במידה והחברה הודיעה למבוטח על דחיית ההצעה לביטוח, כאמור בסעיפים 1.2.3.1 ו-2.3.2 לעיל, תבוטל ההצעה והכספים שנגבו יוחזרו.
2.3.4	במידה והחברה חזרה למבוטח, בתוך המועדים האמורים בסעיפים 1.2.3.1 ו-2.3.2 לעיל, בהצעת

- ביטוח נגדית – והמבוטח לא אישר את ההצעה הנגדית בתוך 90 יום מהיום בו הועברה אליו – תבוטל ההצעה ולא ייגבו בגינה כספים נוספים.
- במידה והמבוטח אישר את ההצעה הנגדית בתוך 90 הימים כאמור – תנאי הכיסוי הביטוחי יהיו בהתאם לתנאי ההצעה הנגדית, מיום אישור ההצעה.
- 2.3.5 קרה מקרה הביטוח בתוך המועדים המפורטים בסעיפים 2.3.1 או 2.3.2 והחברה הייתה מודיעה למבוטח על קבלתו לביטוח לפי הוראות החיתום הרפואי ו/או המקצועי או בגין תחביבים, לרבות החרגות, הקיימות אצל החברה לגבי מבוטחים בעלי מאפיינים דומים, תשלם החברה למוטב את סכום הביטוח בהתאמה לפרמיה ששולמה.**

3.		חובת הגילוי
3.1	הפוליסה מבוססת על תשובות מלאות וכנות, אשר ניתנו לשאלות שנשאלו בטופסי הצעת הביטוח, השאלון הרפואי וההצהרות בכתב, שנמסרו לחברה על ידי המבוטח ו/או בעל הפוליסה, ונכונותן מהווה תנאי עיקרי לקיומו של הביטוח.	
3.2	הציגה החברה למבוטח ו/או לבעל הפוליסה לפני כריתת חוזה הביטוח (הפוליסה), אם בטופס הצעת הביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל, או לכרותו בתנאים שבו (להלן: "עניין מהותי") – על המבוטח ו/או על בעל הפוליסה להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה. שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים ללא הבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה. הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח, של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.	
3.3	ניתנה לשאלה בעניין מהותי, תשובה שלא הייתה מלאה וכנה – רשאית החברה, תוך 30 ימים מהיום שנודע לה על כך, וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח ולבעל הפוליסה. ביטלה החברה מכח סעיף זה, תחזיר החברה את הפרמיות ששולמו בעד התקופה שלאחר הביטוח, בניכוי הוצאות החברה, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.	
3.4	קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל החוזה מכוח סעיף זה – אין החברה חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין הפרמיה שהייתה משתלמת כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו, לבין הפרמיה המוסכמת על פי הפוליסה, והיא פטורה כליל בכל אחת מאלה:	
3.4.1	התשובה ניתנה בכוונת מרמה.	
3.4.2	מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה זה, תחזיר החברה את הפרמיות ששולמו בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות החברה.	
3.5	החברה אינה זכאית לתרופות האמורות בסעיף זה בכל אחד מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:	
3.5.1	החברה ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה, או שהיא גרמה לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.	
3.5.2	העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או לא השפיעה על המקרה, על חבות החברה או על היקפה.	
3.6	לגבי כיסוי הביטוח למקרה מוות, החברה לא תהיה זכאית לתרופות האמורות בסעיפים 3.3 ו-3.4 לעיל, לאחר שעברו 3 שנים מכריתת החוזה זולת אם המבוטח פעל בכוונת מרמה.	
4.		הפרמיות
4.1	הפרמיה תהיה כנקוב בדף פרטי הביטוח.	
4.2	הפרמיה תשולם על ידי בעל הפוליסה, כמצוין בדף פרטי הביטוח.	
4.3	הפרמיות תשולמנה בזמני הפירעון הקבועים בפוליסה, ובאחת מדרכי התשלום המוצעות על ידי החברה, ושנבחרו על ידי בעל הפוליסה בהצעת הביטוח.	
4.4	במקרה של תשלום הפרמיות על ידי הוראת קבע לבנק או בתשלום קבוע באמצעות כרטיס אשראי, תראה החברה את זיכוי חשבונה בבנק או זיכוי חשבון החברה בחברת האשראי, לפי העניין, כתשלום הפרמיות. הסכמת החברה לקבלת פרמיה שלא כאמור לעיל במקרה מסוים, לא תחייבה לנהוג כן במקרים אחרים.	
4.5	לא שולמו הפרמיות, כולן או מקצתן, במועד, יתווספו לסכום שבפיגור וכחלק בלתי נפרד ממנו, הפרשי הצמדה, וכן ריבית בשיעור שלא יעלה על שיעור הריבית המרבי בהתאם לריבית הקבועה בהסדר התחיקתי. (להלן: "ריבית הפיגורים"). בכל מקרה, לא יעלה שיעור ריבית הפיגורים על שיעור הריבית בו חייבת החברה בעת איחור בתשלום כספים למבוטח, כאמור בסעיף 7.4 להלן.	
4.6	לא שולמו הפרמיה ו/או הסכום שבפיגור במועד, ולא שולמו גם תוך 15 ימים לאחר שהחברה דרשה בכתב לשלמם – רשאית החברה להודיע למבוטח בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן, והכל בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי.	
4.7	חובת תשלום הפרמיות נפסקת עם תשלום הפרמיה, שזמן פירעונה חל לאחרונה לפני מות המבוטח או לפני תום תקופת הביטוח. – המוקדם מבין מועדים אלה.	
4.8	הפרמיה תתעדכן מדי תקופה במועדים ובסכומים, כמפורט בדף פרטי הביטוח.	

5.	קביעת המוטב
5.1	במקרה של מות המבוטח לפני תום תקופת הביטוח, על פי פרק א' ישולם סכום הביטוח למקרה מוות למוטב שנרשם בטופס ההצעה או בהודעה האחרונה בכתב לשינוי המוטב שנתקבלה, אם נתקבלה, כאמור בסעיף 5.3 להלן.
5.2	במקרה של מחלה קשה ו/או סיעוד על פי פרקים ב ו/או ג' המוטב הינו המבוטח.
5.3	בטרם אירע מקרה הביטוח, המזכה מוטב בסכום הביטוח על-פי תנאי הפוליסה, רשאי בעל הפוליסה, בהסכמת המבוטח, לשנות את המוטב הרשום בפוליסה. השינוי יחייב את החברה רק לאחר שנמסרה לה הוראה בכתב על כך בחתימת המבוטח, והחברה אישרה את השינוי.
5.4	נפטר המוטב לפני המבוטח, ולא נקבע מוטב אחר במקומו לפני מות המבוטח, יהיו יורשיו החוקיים של המוטב למוטבים במקומו.
5.5	לא נקבעו מוטבים בפוליסה, יהיו המוטבים יורשיו החוקיים של המבוטח.
5.6	בשום מקרה לא יהיה בעל הפוליסה זכאי לקבוע מוטב בקביעה בלתי חוזרת ללא הסכמת החברה.
5.7	שילמה החברה את הסכום המגיע למוטב הרשום בפוליסה, בטרם נרשם בה אחר כמוטב במקומו, בין על-פי הוראה בכתב בחתימת המבוטח ובין על-פי צוואתו המאושרת על-ידי בית המשפט המורה על תשלום לאחר, תהא החברה משוחררת מכל חובות כלפי אותו אחר וכלפי המבוטח, עזבונו וכל מי שיבוא במקומו.
6.	תנאי הצמדה
6.1	כל התשלומים לחברה ועל ידי החברה יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן כמפורט להלן: "היום הקובע" הוא:
6.1.1	לגבי תשלום תגמולי הביטוח – יום תשלום סכום הביטוח על ידי החברה.
6.1.2	לגבי תשלום הפרמיה – יום תשלומה בפועל לחברה.
6.2	המונח "המדד הקובע" לגבי כל התשלומים הנזכרים בסעיף קטן 6.1 לעיל, הוא המדד האחרון שפורסם לפני היום הקובע.
6.3	כל התשלומים הנזכרים בסעיף קטן 6.1 לעיל יוצמדו לשיעור עליית המדד, מן המדד היסודי הנקוב בפוליסה ועד המדד הקובע.
7.	תביעות ותשלומי החברה
7.1	בקרות מקרה הביטוח על פי פרק א, על בעל הפוליסה או המוטב, להודיע לחברה על מקרה הביטוח ולציין את סיבותיו.
7.2	במות המבוטח, על בעל הפוליסה או המוטב, למסור לחברה בהקדם האפשרי את תעודת הפטירה הרשמית. הודעה של אחד מהם פוטרת את השני מחבותו.
7.3	בקרות מקרה הביטוח על פי פרקים ב' ו/או ג' על בעל הפוליסה או המבוטח להודיע לחברה על קרות מקרה הביטוח ולציין את סיבותיו. הודעה של אחד מהם פוטרת את השני מחבותו.
7.4	בעל הפוליסה, המוטב או המבוטח, לפי העניין, ימסור לחברה את המסמכים האחרים הדרושים לחברה בהתאם לבקשתה, לשם בירור החבות, ואם אינם ברשותו – עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם.
7.5	בתוך 30 ימים מיום שהומצאו לחברה כל המסמכים וההוכחות שנדרשו לה, באופן סביר, לצורך בירור חבותה, תשלם החברה למבוטח או למוטב, לפי העניין, את תגמולי הביטוח, בכפוף לתנאי הפוליסה ולנספחיה. לסכום שישולם באיחור תתווסף ריבית, כקבוע בסעיף 28 לחוק חוזה הביטוח.
7.6	מכל תשלומיה למבוטח או למוטב, תנכה החברה כל חוב המגיע לה על פי פוליסה זו.
8.	הודעות והצהרות
	כל ההודעות וההצהרות הנמסרות לחברה על ידי בעל הפוליסה, המבוטח, המוטב או כל אדם אחר, תימסרנה בכתב ותיחשבנה ככאלה שנמסרו לחברה, אך ורק ממועד הגעתן למשרדה הראשי של החברה או לסניפיה. כל שינוי בפוליסה או בתנאיה ייכנס לתוקפו רק אם החברה הסכימה לכך בכתב.
9.	פדיון הפוליסה והמרה למסולק
	לפוליסה זו אין ערך פדיון ואין ערך מסולק.
10.	שינוי כתובת
	כתובת החברה מעודכנת באתר החברה: www.ayalon-ins.co.il , בכל מקרה של שינוי כתובת, חייבים החברה, בעל הפוליסה, המבוטח או המוטב, לפי העניין, להודיע על כך בכתב, אולם הצדדים יצאו ידי חובתם במשלוח הודעותיהם לכתובת האחרונה הידועה להם. אין באמור לעיל כדי לגרוע מהוראות ההסדר התחיקתי בעניין מנותקי קשר.

11.	סתירות
	במקרה של סתירה בין התנאים הכלליים של הפוליסה ובין התנאים של נספח מסויים, יחולו תנאי הנספח על ההטבות הנובעות מנספח זה, ועל שאר חלקי הפוליסה יחולו התנאים הכלליים. במקרה של סתירה בין התנאים של נספחים שונים יחולו התנאים של כל נספח על ההטבות הנובעות מאותו נספח לפי העניין.
12.	מיסים והיטלים
	בעל הפוליסה, המבוטח או המוטב, הכול לפי העניין, יהיו חייבים לשלם לחברה מיד עם קבלת דרישתה – את המיסים הממשלתיים והאחרים, החלים על הפוליסה או המוטלים על הפרמיות, על הסכומים ועל כל התשלומים האחרים שהחברה מחויבת לשלמם לפי הפוליסה, בין אם מיסים אלה קיימים בתאריך הוצאת הפוליסה, ובין אם יוטלו בעתיד.
13.	מקום השיפוט
	התביעות הנובעות מתוך הפוליסה תוגשנה אך ורק לבית המשפט המוסמך בישראל.
14.	התיישנות
	תקופת ההתיישנות של תביעה על פי פוליסה זו, היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.
15.	כפיפות להוראות ההסדר התחיקתי
	על פוליסה זו ונספחיה חלות הוראות ההסדר התחיקתי, והיא כפופה להן. בכל מקרה של סתירה בין הוראות הפוליסה להוראות קוגנטיות בהסדר התחיקתי, יחולו הוראות ההסדר התחיקתי.
פרק א – ביטוח למקרה מוות	
	פרק זה מעניק במקרה מות המבוטח מכל סיבה שהיא, להלן מקרה הביטוח לפי פרק זה, את סכום הביטוח היסודי של הפוליסה בניכוי כל סכום ששולם על פי פרקים ב ו ג להלן.
1.	חבות החברה
	החברה תשלם למוטב, את סכום הביטוח המגיע לפי פרק זה בכפוף לאמור בתנאים הכלליים של הפוליסה.
2.	הגבלת אחריות החברה
	החברה תהיה פטורה מתשלום סכום הביטוח, אם מות המבוטח נגרם עקב התאבדותו (בין אם היה שפוי בדעתו ובין אם לאו), תוך שנה מיום כניסת הביטוח לתוקף, או מיום חידושו, לאחר שבוטל, המאוחר מביניהם.
פרק ב – ביטוח למחלות קשות	
	פרק זה כלול בפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו. פרק זה מעניק הרחבה לתשלום מוקדם של 25% מסכום הביטוח היסודי הנקוב בדף פרטי הביטוח, במקרה קרות מקרה הביטוח על פי פרק זה, כמפורט להלן. עם תשלום סכום הביטוח לפי נספח זה יקטן סכום הביטוח היסודי באותו שיעור.
1.	חבות החברה
1.1	מקרה ביטוח, כהגדרתו להלן, יזכה את המבוטח ב-25% מסכום הביטוח היסודי הרשום בדף פרטי הביטוח בכפוף לתנאי הפוליסה.
1.2	סכומי הביטוח ישולמו בתנאי שקיימת אבחנה רפואית חד משמעית של רופא מומחה בתחום הרלבנטי, הנתמכת בהוכחות מעבדתיות או אחרות כמפורט בסעיף ו לעיל. ואושרה ע"י רופא החברה.
1.3	עם תשלום סכום הביטוח לפי פרק זה יפוג תוקפו של פרק זה לחלוטין והחברה תהיה פטורה מכל התחייבות לפיו.
2.	מקרה הביטוח
	איבחון רפואי חד משמעי, של אחת המחלות המפורטות להלן, בין אם המבוטח היה מודע לה ובין אם לאו, או קיום אירוע רפואי מבין האירועים הרפואיים שמפורטים להלן.

- 2.1 **אוטם חריף בשריר הלב (Acute Myocardial infarction) –**
 נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או חסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה של אוטם חריף בשריר הלב חייבת להיתמך בבדיקה ביוכימית, לפיה היתה עליה באנזימי שריר הלב לרמה הנחשבת אבחנתית ו/או עליה בטרופונין לרמה של 1 NGML או רמה גבוהה יותר, או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות המבוצעות בבתי חולים ובלפחות אחד משני הקריטריונים הבאים:
 1. כאבי חזה אופייניים.
 2. שינויים בתרשימי אק"ג האופייניים לאוטם חריף בשריר הלב.
- 2.2 **הכיסוי אינו כולל תעוקת לב יציבה או לא יציבה או עליה ברמות אנזימי הלב או טרופונין בהיעדר מחלת לב איסכמית גלויה (כגון במקרה של דלקת שריר הלב, הרחבת חוד הלב, תסחיף ריאתי, רעילות תרופתית) ותעוקת חזה (אנגינה פקטוריסה).**
- 2.3 **ניתוח מעקפי לב (CABG) – ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי. למען הסר ספק, מובהר כי צינתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.**
- 2.4 **שבץ מוחי (CVA) – כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 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 אי ספיקה ורטרו-בזילרית I – TIA.**
- 2.4 **סרטן (Cancer) – נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. מקרה הביטוח אינו כולל:**
- 2.4.1 **גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כסרטן ממאירים.**
- 2.4.2 **מלנומה ממאירה בעובי של פחות מ-0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות).**
- 2.4.3 **מחלות עור מסוג:**
- 2.4.3.1 **Basal Cell Carcinoma – I Hyperkeratosis;**
- 2.4.3.2 **מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.**
- 2.4.4 **מחלות סרטניות בנוכחות מחלת ה-AIDS.**
- 2.4.5 **סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-T2 No Mo TNM Classification (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל).**
- 2.4.6 **לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L)**
- 2.4.7 **פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית.**
- 2.4.8 **סרטן בלוטת התריס במקרה שלא הוסרה כל הבלוטה.**
- 2.5 **אי ספיקת כליות סופנית (End Renal Failure) – חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייבת חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליות.**
- 2.6 **השתלת איברים (Organ Transplantation) – לב, ריאה, לב-ריאות, כליות, לבלב, כבד, מוח עצמות – קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר. מובהר בזאת כי התנאי לתשלום על פי הגדרה זו על ידי המבטח היא שהשתלת האיבר בוצעה על פי הוראות חוק השתלת איברים, תשס"ח 2008-, ובכלל זה כי נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשו על פי הדין החל באותה מדינה וכי מתקיימות הוראות חוק השתלת האיברים לעניין איסור סחר באיברים.**
- 2.7 **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.**
- 2.8 **ניוון שרירים – MUSCULAR DYSTROPHY**
 אבחנה של ניוון שרירים על ידי נוירולוג מומחה המבוססת על הממצאים הבאים במצטבר:
 1. הופעה קלינית בנוכחות נוזל שדרה תקין, ירידה קלה ברפלקסים גידיים והיעדר הפרעה תחושתית.
 2. תרשים אלקטרומיוגרם EMG אופייני.
 3. חשד קליני שאומת על ידי ביופסיית שריר.
- 2.9 **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis) –**
 דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות שישה חודשים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקות תעודה מגנטית (של מספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.
- 2.10 **עיוורון (Blindness) –**
 איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
- 2.11 **קרדיומיופטיה (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.
 התנאי לתשלום הוא שהמחלה נמשכת לפחות 6 חודשים ונתמכת בבדיקות הדמיה.

- 2.12 **ניתוח לב פתוח להחלפה או תיקון 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.
- 2.13 **ניתוח אבי העורקים (Aorta)** – ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן כולל מקרים בהם הפרוצדורה מבוצעת באמצעות צנתור אם קיימת מפרצת בגודל 5 ס"מ או יותר.

3. הגבלת אחריות החברה

- החברה לא תהיה אחראית לתשלום לפי סעיף 2 בפרק זה:
- 3.1 אם נתגלתה המחלה בתוך 90 יום מיום הצטרפות המבוטח לביטוח.
- 3.2 אם נפטר המבוטח תוך 30 יום מיום גילוי המחלה.
- 3.3 עקב פציעה עצמית מכוונת בין אם המבוטח היה שפוי בדעתו בין אם לא.
- 3.4 שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט שימוש לפי הוראות רופא.
- 3.5 מעשה פלילי בו השתתף המבוטח.
- 3.6 אם המחלה נגרמה באופן ישיר או עקיף ע"י מחלת ה-AIDS. חריג זה לא יחול על מחלת הסרטן כהגדרתה בסעיף 2.4 לעיל, בכפוף לאמור בסעיף 2.4.4 לעיל
- 3.7 החברה לא תהיה אחראית לכל תשלום לפי נספח זה, בשל מקרה ביטוח אשר הגורם הממשי לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה בה חל הסייג, סייג בשל מצב רפואי קודם יחול, לגבי מבוטח שהצטרף לביטוח בטרם הגיעו לגיל 65- בשנה הראשונה ממועד תחילת הביטוח, לגביו, ולגבי מבוטח שהצטרף לביטוח החל מגיל 65 – בחצי השנה הראשונה, ממועד תחילת הביטוח. על אף האמור לעיל, אם הצהיר המבוטח על מצב בריאותו הקודם והחברה לא סייגה במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים, לא יחול האמור לעיל, אלא אם הוחרג במפורש ע"י החברה, לתקופה שהוחרג.

פרק ג ביטוח למקרה סיעוד

פרק זה כולל בפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו.
פרק זה מעניק הרחבה לתשלום מוקדם של עד 25% מסכום הביטוח היסודי הנקוב בדף פרטי הביטוח, במקרה קרות מקרה הביטוח על פי פרק זה, כמפורט להלן. **עם תשלום סכום הבטוח לפי נספח זה יקטן סכום הביטוח היסודי באותו שיעור.**

1. הגדרות

1.1	מצב סיעודי / מצב מזכה	1.1.1
	מצב בריאות ותפקוד ירודים כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר , אשר בגינו המבוטח אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי(לפחות 50% מהפעולה) של שלוש או יותר מתוך שש הפעולות הבאות:	
	לקום ולשכב: יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ו/או לקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ו/או ממיטה.	1.1.1.1
	להתלבש ולהתפשט: יכולתו העצמאית של המבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.	1.1.1.2
	להתרחץ: יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת, או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.	1.1.1.3
	לאכול ולשתות: יכולתו העצמאית של המבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי, (כולל שתייה ולא אכילה, בעזרת קשית), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.	1.1.1.4
	לשלוט על הסוגרים: יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים ו/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.	1.1.1.5
	ניידות: יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת תוך היעדרות בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/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, יחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.	1.1.1.6
	מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח עקב "תשישות נפש" שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום. לעניין זה "תשישות נפש" – 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.	1.1.2

מקרה הביטוח: מערך עובדתי ונסיבתי כמתואר בסעיף 1.1 לעיל אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לקבל תגמולי ביטוח בכפוף לתנאים, לחריגים ולסייגים הקבועים בפרק זה ולתנאים הכלליים של הפוליסה.

.2 חבות החברה		.2
2.1	מתום 90 יום מקרות מקרה הביטוח, תשלם החברה למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה 12.5% מסכום הביטוח היסודי וסכום נוסף בגובה של 12.5% מתום 90 יום נוספים, אם המשיך המבוטח להיות מבוטח מטופל.	
2.2	עם תשלום סכום הביטוח לפי פרק זה יפוג תוקפו לחלוטין והחברה תהיהפטורה מכל התחייבות לפיו.	
.3 הגבלת אחריות החברה		.3
3.1	מוצהר ומובהר בזה, כי החברה לא תהיה אחראית לכל תשלום לפי ביטוח זה בשל מקרה ביטוח כמפורט בסעיף 2 לעיל, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם. ואשר אירע למבוטח בתקופה בה חל הסייג. סייג בשל מצב רפואי קודם יחול, לגבי מבוטח שהצטרף לביטוח בטרם הגיעו לגיל 65 – בשנה הראשונה ממועד תחילת תקופת הביטוח ולגבי מבוטח שהצטרף לביטוח החל מגיל 65 – בחצי השנה הראשונה ממועד תחילת הביטוח.	
3.2	על אף האמור לעיל, אם המבוטח הודיע על מצב בריאותו הקודם והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים, לא יחול האמור לעיל, אלא אם הוחרג במפורש ע"י החברה. מוצהר ומובהר בזה, כי החברה לא תהיה אחראית לכל תשלום לפי ביטוח זה אם מקרה הביטוח על פי סעיף 2 לעיל, נגרם במישרין או בעקיפין על ידי או עקב:	
3.2.1	מצב רפואי מסוים שהוחרג במפורש בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח.	
3.2.2	ניסיון להתאבדות או חבלה עצמית במתכוון או סיכון עצמי במתכוון או השתתפות המבוטח בביצוע פשע.	
3.2.3	שימוש בסמים, פרט למקרה של שימוש על פי הוראות רופא.	
3.2.4	מלחמה או סכסוך מזוין או פעולה של כוחות עוינים סדירים או השתתפות בפעולות מלחמתיות או בפעולות צבאיות.	
3.2.5	מבוטח בשירות הצבא, אם הוא זכאי לפיצוי מגורם ממשלתי.	
3.2.6	טיסת המבוטח בכלי טיס כאיש צוות.	
3.2.7	תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) על כל צורותיו, לרבות תוצאה חיובית בבדיקת H.I.V או מצבים הנובעים ממחלה זו (A.R.C).	