

פרק תנאים כלליים

1. הגדרות ופרשנות

בפוליסה זו תהא למונחים הבאים המשמעות המופיעה בצידם, אלא אם הקשר הדברים או הגיונם מחייבים פרשנות אחרת:

אח פרטי: אדם אשר הוסמך ואושר כדין לעסוק במתן שירותים כאח רפואי ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או במדינה בחו"ל בה הוא עוסק במתן שירותים כאח רפואי, באופן פרטי;

ביטוח משלים או תכנית הביטוח המשלים: תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות (שב"ן), שאושרה על פי חוק הבריאות ואשר מוצעת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או ע"י ישות משפטית שהוקמה לשם כך;

בית חולים: מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי;

בית חולים בחו"ל: בית חולים המצוי במדינה בה חבר המבוטח לעבור את הניתוח המוכר ע"י הרשויות המוסמכות באותה מדינה כבית חולים כללי;

בית חולים פרטי: בית חולים בישראל שאינו בבעלות המדינה או קופת חולים כלשהי, או שעל אף היותו בבעלות המדינה או בבעלות קופת חולים כלשהי ניתן במסגרתו שירות רפואי פרטי או שירות רפואי נוסף שאושר ע"י הרשויות המוסמכות, במסגרת ביטוח משלים;

בית חולים ציבורי: בית חולים שאינו בית חולים פרטי;

בית חולים שבהסכם: בית חולים הקשור בהסכם עם החברה, או

עם מי מטעמה, למתן שירותים רפואיים למבוטחיה בקרות מקרה ביטוח מתאים;

בעל הפוליסה: האדם או התאגיד, המתקשר עם החברה ע"פ פוליסה זו, ואשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח ובהצעה כבעל הפוליסה;
דולר: הדולר של ארה"ב;

דמי הביטוח או הפרמיה: הסכומים שעל המבוטח לשלם לחברה בגין הפוליסה, כמפורט בדף פרטי הביטוח, ובכפוף לסעיף 8 להלן;
דף פרטי הביטוח: דף הכלול את מספר הפוליסה ואת עיקר פרטי ההתקשרות בין החברה לבין בעל הפוליסה והמבוטח;
החברה: אי.י. די.איי. חברה לביטוח בע"מ;

הכיסויים הביטוחיים: כל אחד מהכיסויים הביטוחיים שהמבוטח יכול לרכוש במסגרת פוליסה זו ולקבל בקרות מקרה הביטוח הרלוונטי לכל כיסוי ביטוחי, בין שהכיסוי ניתן כנגד תשלום דמי הביטוח הרגילים המשולמים בגין הפוליסה ובין שהכיסוי הביטוחי מותנה בתשלום תוספת דמי ביטוח;

המבוטח: האדם ששמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמבוטח, וכן בן או בת זוגו ו/או ילדיהם עד גיל 18, ככל ששמותיהם מפורטים אף הם בדף פרטי הביטוח;

המדד: מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) המפורסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או כל מדד שיבוא במקומו;

המדד היסודי: לעניין דמי הביטוח - המדד שנקבע בדף פרטי הביטוח כמדד יסודי;

לעניין סכומים אחרים הנקובים בתנאי הפוליסה בערכים שקליים, מדד אוגוסט 2007, אלא אם נקבע בפוליסה מדד יסודי אחר לעניין מסוים;

המפקח: המפקח על הביטוח, כמשמעותו בחוק הפיקוח;
הפוליסה: חוזה ביטוח בריאות, הכולל את פרק תנאים כלליים זה, את פרקי הכיסויים הביטוחיים ואת יתר המסמכים המפורטים בסעיף 2 להלן;

הצעה: טופס ובו הצעת בעל הפוליסה והמבוטח להתקשרות בחוזה ביטוח, לרבות הצהרת בריאות וכל הצהרה או אישור אחר של המבוטח או של בעל הפוליסה הכלולים בה;

השתלה: כריתה כירורגית או הוצאת איבר מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב שביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח, או מגוף המבוטח עצמו. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסוינית בישראל. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

וועדת הליסינקי: וועדה כאמור בסעיף 2 לפרק א' להצהרת הליסינקי, הפועלת מכוח תקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א - 1980, והמוסמכת לאשר בין השאר טיפולים ניסיוניים בבני אדם;

חול": כל מקום מחוץ לישראל, למעט מדינה המוגדרת על-פי דין כמדינת אויב;

חוק הבריאות: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994;
חוק הפיקוח: חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981;

חוק חוזה הביטוח: חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981;

טיפול ניסיוני: טיפול רפואי אשר אינו נמנה על הטיפולים המאושרים בסל שירותי הבריאות ואשר אישור של וועדת הליסינקי דרוש לשם ביצועו;

טיפול רפואי אלקטיבי: טיפול רפואי שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצועו אינה נעשית באמצעות הפנייה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לקבלת הטיפול הרפואי על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים);

ישראל: מדינת ישראל כולל השטחים המוחזקים על ידה;
מנתח אחר: רופא מנתח שאינו מנתח הסכם;

מנתח הסכם: רופא מנתח הקשור בהסכם עם החברה לביצוע ניתוחים במבוטחיה בקרות מקרה ביטוח;

מצב חירום רפואי: נסיבות שבהן אדם מצוי בסכנה מיידית לחייו או שקיימת סכנה מיידית כי ייגרם לאדם נזק חמור ובלתי הפיך אם לא יינתן לו טיפול רפואי דחוף;

מקרה הביטוח: אירוע ו/או נסיבות שהוגדרו בכל אחד מפרקי הכיסויים הביטוחיים, שרכש המבוטח, ואשר בקרוטום זכאי המבוטח לקבל מהחברה תגמולי ביטוח, כמפורט באותו פרק כיסויים ביטוחיים, הכל בכפוף לתנאים, לחריגים ולסייגים שכלולים בתנאים כלליים אלה ו/או בפרק הכיסויים הביטוחיים הנוגע לעניין;

נותן שירות: ספק שירות רפואי אשר בינו לבין החברה או לבין מי מטעמה, קיים הסדר למתן שירות רפואי למבוטחי החברה;

ניתוח אלקטיבי: ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפנייה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים);
ניתוח חירום: ניתוח פתאומי ובלתי צפוי שבוצע מיידית במבוטח, לאחר שאושפז בהמשך לביקור בחדר מיון של בית חולים;

ניתוח: פעולה פולשנית-חיריתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;

סכום הביטוח המירבי: סכומים הקבועים, ככל שקבועים כאלה, בדף פרטי הביטוח ו/או פרק מפרקי הכיסויים הביטוחיים, כסכומים מירביים אשר החברה תשלם כתגמולי ביטוח בגין הפוליסה בכללותה ו/או בגין כל פרק מפרקי הכיסויים הביטוחיים ו/או בגין כל מקרה ביטוח, עניין או חבות ספציפיים הכלולים בו;

סל שירותי בריאות: מכלול השירותים הרפואיים, המוצעים ע"י קופות חולים לחבריהן, במסגרת ומכוח חוק הבריאות;

פעילות ספורטיבית מקצוענית: פעילות ספורט אשר שחר כספי בצידה;

פרקי הכיסויים הביטוחיים: פרקי הפוליסה המתייחסים לכיסויים הביטוחיים השונים, ככל שהם חלים על המבוטח בהתאם לדף פרטי הביטוח;

קופת חולים: כהגדרת מונח זה בחוק הבריאות;

רופא מומחה: רופא אשר הוסמך ואושר כדון כמומחה בתחום רפואי מסוים ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או במדינה בחו"ל בה הוא עוסק כרופא מומחה;

רופא מנתח: רופא אשר הוסמך ואושר כדון כמנתח מומחה ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או במדינה בחו"ל בה הוא עוסק כרופא מנתח;

רופא מרדים: רופא אשר הוסמך ואושר כדון לעסוק כרופא מרדים ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או במדינה בחו"ל בה הוא עוסק כרופא מרדים;

רופא: אדם אשר הוסמך ואושר כדון לעסוק ברפואה ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או במדינה בחו"ל בה הוא עוסק כרופא;

שנת ביטוח: כל תקופה בת 365 ימים במהלך תקופת הביטוח, כאשר הראשונה, תימנה מיום תחילת תקופת הביטוח, והאחרות תימננה מיום סיומה של התקופה שקדמה להן;

שתל: כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו') למטע תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל המושתל במהלך השתלה;

תגמולי ביטוח: התשלומים שתשלם החברה למבוטח, בהתאם לתנאים המפורטים בסעיף 13 להלן;

תחילת תקופת הביטוח: ביחס לכל אחד מיחיד המבוטח, התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כתאריך תחילת הביטוח, או תאריך קבלת אישור החברה לצירוף יחיד נוסף לגדר המבוטח, לפי העניין, בכפוף לתנאים הקבועים בסעיף 4.1 להלן;

תקופת אכשרה: פרק זמן רצוף של שלושה חודשים או פרק זמן רצוף אחר אם צוין כזה בדף פרטי הביטוח (בכלל או ביחס לכיסוי ביטוחי כלשהו), שתחילתו בתחילת תקופת הביטוח ביחס לכל אחד מיחיד המבוטח, כשלעצמו. תקופת אכשרה תחול פעם אחת לגבי כל אחד מיחיד המבוטח אך תמנה מחדש אם הופסקה פוליסה זו וחדשה לאחר מכן בהסכמת החברה;

תקופת הביטוח: התקופה שראשיתה בתחילת תקופת הביטוח והנמשכת במשך כל חיי המבוטח;

2. המסמכים המחייבים של הפוליסה

2.1 המסמכים המחייבים של הפוליסה הם אלה:

- 2.1.1 ההצעה (לעניין הצהרות ואישורי המבוטח ובעל הפוליסה);
- 2.1.2 דף פרטי הביטוח;
- 2.1.3 תנאים כלליים אלה, ופרקי הכיסויים הביטוחיים;
- 2.2 במקרה של סתירה בין הוראות התנאים הכלליים של הפוליסה ובין הוראות התנאים של פרק כיסוי ביטוחי כלשהו, יחולו ההוראות של אותו פרק.

3. חבות החברה על פי הפוליסה

תמורת תשלום דמי הביטוח, כמפורט בדף פרטי הביטוח, ובהסתמך על הצהרות המבוטח, ובכפיפות לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים בפוליסה בקרות מקרה ביטוח, תשפה ו/או תפצה החברה את המבוטח (לרבות על דרך תשלום ישירות לנותן השירות) בהתאם למחויבות החברה על פי פרק/י הכיסוי/ים הביטוחי/ים הרלוונטי/ים לאותו מקרה ביטוח ובלבד שתשלומי החברה כאמור לא יעלו על סכומי הביטוח המירביים.

4. תוקף הפוליסה

4.1 הפוליסה תיכנס לתוקפה החל מיום תחילת תקופת הביטוח, בכפוף להתקיימות כל התנאים שלהלן:

- 4.1.1 החברה אישרה את הצעת הביטוח; למען הסר ספק, אם שילם המבוטח כספים על חשבון דמי הביטוח לפני שהחברה אישרה את ההצעה, לא יחשב התשלום או קבלתו ע"י החברה, כאישור ההצעה;
- על אף האמור בסעיף זה לעיל, במקרה שהחברה קיבלה כספים על חשבון דמי הביטוח ולא דחתה את ההצעה או פנתה למבוטח בבקשה להשלמת נתונים או חזרה

למבוטח בהצעת ביטוח נגדית בתוך 90 ימים מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה ייחשב הדבר כקבלת הצעת הביטוח וכהסכמת החברה להוצאת הפוליסה בהתאם להצעת הביטוח. אם פנתה החברה למבוטח בבקשה להשלמת נתונים בתוך 90 ימים מן המועד בו קיבלה כספים על חשבון דמי הביטוח, ולא דחתה את הצעת הביטוח או חזרה למבוטח בהצעת ביטוח נגדית בתוך 90 ימים נוספים, ייחשב הדבר כקבלת הצעת הביטוח וכהסכמת החברה להוצאת הפוליסה בהתאם להצעת הביטוח בתוך 90 הימים הנוספים כאמור.

- 4.1.2 שולמו בפועל דמי הביטוח הראשונים;
- 4.1.3 מיום הבדיקה הרפואית או מיום חתימת המבוטח על הצהרת הבריאות ועד ליום אישור ההצעה ע"י החברה לא חל שינוי במצב בריאותו של המבוטח שהיה משפיע על אישור ההצעה אילו ידעה על כך החברה בעת אישור ההצעה.
- 4.2 למען הסר ספק, אין בכניסת הפוליסה לתוקפה כאמור לעיל, כדי לגרוע מהוראות הפוליסה הנוגעות לתקופת האכשרה.
- 4.3 חבות החברה על-פי הפוליסה (או כל חלק ממנה) תהיה בתוקף במהלך תקופת הביטוח, אלא אם כן, אירע אחד מאלה:
 - 4.3.1 הפוליסה (או כל חלק ממנה) בוטלה כדין, כמפורט בסעיף 10, להלן;
 - 4.3.2 ביחס לכל אחד מיחיד המבוטח באופן פרטני, פטירתו;
 - 4.3.3 ביחס לכל אחד מיחיד המבוטח באופן פרטני, הגיע המבוטח לגיל 18.
- 4.4 מובהר, למען הסר ספק, כי אין בפקיעת חבות החברה על-פי הפוליסה בהתאם לסעיף 4.3 לעיל כדי לגרוע מחבות החברה לגבי מקרה ביטוח שארע במהלך תקופת הביטוח, לפני פקיעת הפוליסה כאמור.

5. חובת הגילוי

על חובות הגילוי של המבוטח ועל הפרתן, יחולו הוראות חוק חוזה ביטוח.

6. חריגים כלליים לחבות החברה על-פי הפוליסה ומצב רפואי קודם

- 6.1 החריגים המפורטים בסעיף 6 זה, חלים ביחס לכל מקרי הביטוח, הנכללים במסגרת פרקי הכיסויים הביטוחיים, והם מתווספים לחריגים ספציפיים העשויים לחול ביחס למקרה ביטוח כלשהו על-פי הוראות פרק הכיסוי הביטוחי הנוגע אליו.
- 6.2 החברה תהיה פטורה מתשלום תגמולי הביטוח אם מקרה הביטוח אירע:
- 6.2.1 לפני תאריך תחילת הביטוח; או
 - 6.2.2 במהלך תקופת האכשרה; או
 - 6.2.3 לאחר תום תקופת הביטוח;
- 6.3 החברה תהיה פטורה מתשלום תגמולי הביטוח אם מקרה הביטוח אירע עקב וכתוצאה (ישירה או עקיפה) של האירועים או הנסיבות המתוארות באחד או יותר מהסעיפים הבאים:
- 6.3.1 אי שפיות, התאבדות או ניסיון לכך, פגיעה עצמית, אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט שימוש כאמור לפי הוראת רופא.
 - 6.3.2 פעילויות מסוכנות ו/או תחביבים מסוכנים לרבות גלישה אווירית, רכיפה, צניחה, סקי, צלילה לעומק שעולה על 30 מ"ר, סנפלינג, דאייה טיפוס הרים, בנג'י וצייד.
 - 6.3.3 טיסה בכלי טייס כלשהו למעט טיסה בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות להובלת נוסעים.
 - 6.3.4 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כולל מוטציות ו/או וריאציות ו/או תסמונת דומה אחרת .

6.3.5 סיבוכי הריון ו/או לידה, פריון ו/או עקרות.

6.3.6 ביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי או פעולה מלחמתית או צבאית או פעולת איבה או פעולת טרור או פיגוע חבלני.

6.3.7 השתתפות פעילה של המבוטח בהפיכה, מרד, פרעות ופעילות בלתי חוקית.

6.3.8 הפרעות נפש ו/או מחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים.

6.3.9 פעילות ספורטיבית מקצוענית במסגרת אגודות ספורטיביות מקצועיות במסגרת אגודות ספורט, השתתפות או אימון בכל צורה שהיא במרוץ, למעט מרוץ רגלי.

6.3.10 ניתוחים קוסמטיים או אסתטיים, ניתוחי עיניים לתיקון קוצר ראייה באמצעות לייזר, ניתוחי Gastroplasty (קיצור קיבה) אלא אם ניתוח קיצור קיבה נובע מצורך רפואי שנקבע על ידי רופא מומחה; ניתוחי ברית מילה, ניתוחי שיניים, ניתוחי חניכיים, ניתוחי השתלת שתלים דנטליים וכל ניתוח המבוצע ע"י רופא שיניים.

6.4 פוליסה זו לא תחול על מקרה ביטוח הנובע ממצב רפואי קודם, אם אירע מקרה הביטוח הנ"ל בתוך שנה מתחילת תקופת הביטוח, ובמבוטח שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח, 65 או יותר, אם אירע מקרה הביטוח הנ"ל בתוך חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

6.4.1 הוראת סעיף 6.4 לא תחול, אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם והחברה לא סייגה במפורש בדף פרטי הביטוח את חבותה לגבי המצב הרפואי הקודם המסוים שנכלל בהודעה.

6.4.2 לעניין סעיפים 6.4 ו- 6.4.1:

6.4.2.1 המונח "מצב רפואי קודם" משמעו - מערכת

נסיבות רפואיות, לרבות בשל מחלה או תאונה שאובחנו בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך אבחון רפואי מתועד שהתקיים במבוטח תוך ששה חודשים לפני מועד תחילת תקופת הביטוח;

6.4.2.2 המונח "מקרה ביטוח הנובע ממצב רפואי קודם" משמעו מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם;

6.4.3 למען הסר ספק, אין באמור לעיל כדי לגרוע מחובות הגילוי המוטלות על המבוטח על-פי הוראות חוק חוזה הביטוח.

6.4.4 למען הסר ספק, אין באמור לעיל, כדי לגרוע מזכותה של החברה לכלול, בדף פרטי הביטוח, סייג לחבותה של החברה או להיקף הכיסוי שלה לגבי אותו מצב רפואי מסוים, לתקופה שתצוין בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים, לגביו חל הסייג האמור. נקבע סייג כאמור, יחול הסייג לגבי התקופה הנקובה בדף פרטי הביטוח.

7. העדר אחריות של החברה לטיפול הרפואי

למען הסר ספק מובהר ומוסכם כי החברה לא תישא בכל אחריות ישירה או עקיפה בקשר עם כל נזק או הוצאה, מכל מין וסוג שהוא, שיגרם למבוטח כתוצאה מטיפול או שירות המכוסה על ידי פוליסה זו ואשר ניתן על ידי בתי החולים, הרופאים ונותני השירות האחרים הנוגעים בדבר, גם אם הטיפול היה רשלני או באיכות ירודה או אם היה ליקוי בכל אופן אחר, וכי האחריות הבלעדית לעניין זה חלה עליהם בלבד.

8. שינוי פרמיה

החברה רשאית - בכפוף לקבלת אישורו של המפקח להעלות או להוריד את גובה דמי הביטוח של פוליסה זו לאחר תום 3 שנים

מיום מתן ההיתר להפעלת הפוליסה או מיום מתן היתר העלאה קודם, ובלבד שכל שינוי כאמור יחול על כלל המבוטחים. החברה תודיע למבוטח בכתב, 60 ימים מראש, על כל עליה או ירידה שאושרה בדמי הביטוח. נערך שינוי כאמור, יחושבו דמי הביטוח לפי התעריף החדש הישים לכלל המבוטחים ללא התייחסות לשינוי במצב בריאותו של המבוטח באותה תקופה. כל שינוי כאמור יכנס לתוקפו לאחר חלוף 60 ימים מהיום שבו הודיעה החברה בכתב למבוטח על כך. הימנעות משינוי דמי הביטוח על פי סעיף זה במועד כלשהו לא תחשב כויתור של החברה על זכותה לשנות את שיעורי דמי הביטוח במועד מאוחר יותר.

9. התשלומים בהם חייב המבוטח

- 9.1 המבוטח ישלם לחברה את דמי הביטוח המגיעים בגין הפוליסה מידי חודש בחודשו בתחילת כל חודש או בהתאם למועדים אחרים אם נקבעו כאלה בדף פרטי הביטוח.
- 9.2 המבוטח יוכל לשלם לחברה את דמי הביטוח באמצעות הרשאת קבע או בדרכים מקובלות אחרות שיקבעו על ידי החברה.
- 9.3 לדמי ביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית בהתאם לחוק פסיקת ריבית והצמדה, תשכ"א - 1961 מיום היווצר הפיגור עד לפירעונם המלא בפועל.

10. ביטול הפוליסה

- 10.1 לא שולמו דמי הביטוח כולם או חלקם במועד, ולא שולמו גם תוך 15 ימים לאחר שהחברה דרשה בכתב מבטל הפוליסה ומהמבוטח לשלם, תבוטל הפוליסה.
- 10.2 הביטול ייכנס לתוקף 21 ימים מהמועד שבו תודיע על כך החברה, בכתב, אלא אם כן דמי הביטוח שולמו קודם לכן במלואם.

מותנה בחיתום רפואי ובקבלת ההצעה על ידי החברה.

13. תגמולי הביטוח

13.1 בקרות מקרה ביטוח, ולא יאוחר מ-30 ימים מהיום שהיו בידו החברה המידע והמסמכים הדרושים לביור חבותה, בכפוף למילוי התנאים המוגדרים בפוליסה ובפרק הכיסוי הביטוחי הרלוונטי ע"י המבוטח, תשלם החברה למבוטח או לנותן השירות, לפי העניין, את תגמולי הביטוח בניכוי כל סכום שהיא חייבת לנכותו על פי דין או רשאית לקזזו על פי הוראות הפוליסה.

13.2 החברה תהא רשאית ע"פ שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או כל חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלמם למבוטח כנגד הצגת קבלות מקוריות המעידות על ביצוע התשלום על ידי המבוטח. המבוטח זכאי לקבל מהחברה, במקרים המתאימים, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו לקבל שירות רפואי כמפורט בפרקי הכיסויים הביטוחיים, ובלבד שזכאותו ע"פ הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.

13.3 תגמולי ביטוח שמטרתם לממן טיפולים רפואיים המתבצעים בחו"ל, ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום, או בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הרלוונטי שייקבע ויהיה ידוע בבנק איתו עובדת החברה ביום הכנת התשלום ע"י החברה, לפי בחירת החברה.

13.4 נפטר המבוטח לאחר קרות מקרה הביטוח, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייבה החברה. לשלם, בגין טיפול רפואי שבוצע קודם לפטירת המבוטח, בהיעדר התחייבות כלפי נותן השירות או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על פי ההתחייבות האמורה, או אם

10.3 המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת ע"י מסירת הודעה בכתב לחברה.

10.4 בעל הפוליסה רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת ע"י מסירת הודעה בכתב לחברה.

10.5 בוטלה הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ייחשב הדבר כביטולה לגבי כל אחד ואחד מיחיד המבוטח, בכפוף לכך שבן/בת הזוג של בעל הפוליסה יהיה רשאי/ת להותיר את הפוליסה בתוקף, בנוגע אליו/אליה ולמבוטחים הקטינים, ובלבד שהודיע/ה על כך בכתב לחברה לא יאוחר מ-90 ימים מיום ההודעה על ביטול הפוליסה.

11. הצמדה למדד

תגמולי ביטוח, דמי ביטוח, וכל סכום אחר הנקוב בערכים שקליים, ישתנו בהתאם ליחס שבין המדד הידוע לבין המדד היסודי.

בסעיף זה תהיה למונח "המדד הידוע" המשמעות הבאה:

לגבי תשלום דמי הביטוח - המדד שפורסם לאחרונה לפני יום תשלום דמי הביטוח בפועל לחברה.

לגבי תשלום תגמולי הביטוח - המדד שפורסם לאחרונה לפני יום תשלום תגמולי הביטוח בפועל על ידי החברה.

לגבי סכומים אחרים - המדד שפורסם לאחרונה לפני מועד קרות מקרה הביטוח הרלוונטי.

12. הוספת תינוק לפוליסה

נולד למבוטח תינוק, יהא המבוטח זכאי, בכפוף לחיתום רפואי, כמפורט להלן, לצרפו לפוליסה לאחר חלוף 90 ימים מיום שחרורו מבית החולים לאחר הלידה, ובתנאי שהמבוטח הגיש הצעה לצירופו של התינוק לפוליסה, לרבות הצהרת בריאות בנוגע למצבו הרפואי של התינוק, למען הסר ספק, צירופו של התינוק לפוליסה

טרם שולמו תגמולי ביטוח, למבטוח, בגין אירוע ביטוח שארע קודם או בשל פטירתו, תשלם החברה יתרה זו ו/או תגמולי ביטוח אלה, לעזבונו של המבטוח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה, מקורי שיומצא לה ע"י הזכאים לתשלום.

13.5 שולמו תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו, והתברר בדיעבד כי לא הייתה על החברה חובה לשלם, יחזיר המבטוח את תגמולי הביטוח לחברה, בתוספת הפרשי הצמדה למדד וריבית בהתאם לחוק פסיקת ריבית והצמדה, ממועד דרישתה הראשונה של החברה ועד למועד בו יוחזרו לחברה בפועל.

13.6 המבטוח לא יחזיר תגמולי ביטוח נוספים מסוג שיפוי בשל פוליסות אחרות, דומות או זהות, אצל החברה, בשל אותו מקרה ביטוח. ערכה החברה למבטוח פוליסות נוספות כאמור, תחזיר לו את החלק היחסי של דמי הביטוח ששולמו עבור הפוליסות הנוספות, בגין שיפוי שהוא לא זכאי לקבלו על פי הוראות סעיף זה, מהמועד בו נערכו.

14. התקזות עם צד שלישי

14.1 הייתה למבטוח בשל מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, לרבות קופת חולים, שלא מכוח חוזה הביטוח, לרבות בהתאם לחוק הבריאות והתקנות שהותקנו מכוחו, תעבור זכות זו לחברה מיד לאחר ששילמה למבטוח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה בפועל. אין באמור לעיל כדי לפגוע בזכות המבטוח לגבות תחילה מהצד השלישי שיפוי אותו זכאי המבטוח לקבל מצד שלישי כאמור. קיבל המבטוח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע לחברה ע"פ סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. התפשר השלישי, ויתר או עשה פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. המבטוח מתחייב לשתף פעולה, עם החברה, ככל

שיידרש ממנו באופן סביר לשם מימוש זכותה של החברה כאמור.

14.2 בוטחו מקרי הביטוח כולם או מקצתם אצל יותר ממבטוח אחד לתקופות חופפות, על המבטוח להודיע על כך לחברה בכתב מיד לאחר שנעשה ביטוח הכפל או לאחר שנודע לו עליו. היה המבטוח זכאי לתגמולי ביטוח על פי ביטוח זה מאת מבטח/ים אחר/ים, תהא החברה אחראית ביחד ולחוד עם אותם מבטח/ים אחר/ים לגבי אותם תגמולי ביטוח. המבטוח ממחה לחברה את זכויותיו כלפי מבטח/ים אחר/ים כאמור ומסמיך בזאת את החברה לגבות מהם תגמולי ביטוח בגין הוצאות שהוצאו על ידי החברה בפועל, בשיעור העולה על שיעור חלקה היחסי של החברה.

15. תביעות

15.1 בקרות מקרה ביטוח בגינו מבקש המבטוח לממש את זכויותיו על פי הפוליסה, יודיע על כך המבטוח לחברה, מיד.

15.2 על אף האמור לעיל, בכיסיים ביטוחיים מסוג שיפוי, על המבטוח לקבל את אישור החברה מראש ובכתב לכל אחד מהכיסיים הביטוחיים הרלוונטיים לאותו מקרה ביטוח. קבלת אישור כאמור היא תנאי מהותי לאחריות החברה לכיסיים ביטוחיים מסוג שיפוי ע"פ פוליסה זו, אלא אם כן נקבע אחרת בפרקי הכיסיים הביטוחיים, לגבי מקרה ביטוח כלשהו.

15.3 מבטוח, שקיבל טיפול רפואי עקב מצב חירום רפואי שמנע ממנו להודיע לחברה מראש כאמור לעיל, יקבל החזר תגמולי הביטוח ע"פ תנאי הפוליסה.

15.4 להודעה יצורפו כל הפרטים אודות התביעה וימולא טופס תביעה שהחברה תשלח ויצורפו המסמכים הרפואיים וכן כל

הקבלות המקוריות, הנוגעות לתשלומים שבוצעו אם בוצעו. במקרי חירום רפואי התביעה תטופל ע"י פנייה טלפונית אל החברה, לרבות באמצעות מוקד החירום בשעות בהן משרדי החברה סגורים.

15.5 על המבוטח למסור לחברה, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך כתב ויתור על סודיות רפואית, וכן את המידע והמסמכים הדרושים לבירור החבות ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל להשיגם, וכן להיבדק, ע"פ דרישת החברה, בבדיקה רפואית סבירה, ע"י רופא או רופאים מומחים מטעם החברה ועל חשבון החברה.

16. תקופת התיישנות

תקופת התיישנות של התביעה לתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה היא שלוש שנים ממועד קרות מקרה הביטוח.

17. הודעות, כתובות הצדדים

החברה תשלח למבוטח, אחת לשנה, דו"ח מצב ביטוחים בהתאם לתקנות והוראות הפיקוח. ההודעות, ההוראות וההצהרות הנמסרות לחברה ע"י המבוטח צריכות להישלח בדואר או להימסר במשרדי החברה ברחוב אפעל 35, קריית אריה, פתח-תקווה 49511. כל הודעה שתישלח בדואר ע"י החברה למבוטח, לפי כתובתו הידועה לחברה, תחשב כהודעה שנתקבלה כדון ע"י הנמען, תוך 48 שעות מזמן הימסר המכתב הכולל את ההודעה בבית הדואר. הצדדים מתחייבים להודיע לצד השני בכל מקרה של שינוי כתובת.

18. מיסים ותשלומי חובה אחרים

בעל הפוליסה והמבוטח - לפי העניין - יישאו בתשלום המיסים ותשלומי החובה האחרים החלים על הפוליסה או המוטלים

על הפרמיות, על תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה מחויבת בתשלומם על פי הפוליסה (למעט מיסים ותשלומי חובה החלים על החברה בגין הכנסותיה), בין אם המיסים האלה קיימים ביום עריכת הפוליסה ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר. החברה תהיה רשאית לנכות במקור כל סכום שעליה לנכות על פי דין.

19. ערכי פדיון וסילוק

למען הסר ספק מובהר כי, לכיסויים הביטוחיים על-פי פוליסה זו אין ערכי פדיון או סילוק.

20. סמכות ומקום שיפוט

חילוקי דעות או תביעות עפ"י הפוליסה או בקשר אליה יתבררו בבתי המשפט המוסמכים לכך בישראל בלבד.

21. שונות

21.1 בכפוף להוראות סעיף 8 לעיל, החברה תהיה זכאית, בכפוף לקבלת אישור המפקח, לערוך בפוליסה שינויים בתנאי הפוליסה ובדמי הביטוח על פי שיקול דעתה, במקרה ויחולו שינויים בסל הבריאות לפי חוק הבריאות.

21.2 הוראות חוק חוזה הביטוח יחולו על פוליסה זאת אך ורק באשר לאותם עניינים שלא הוסדרו בפוליסה עצמה, ובלבד שהוראות הפוליסה יהיו כפופות להוראות חוק חוזה הביטוח, ככל שלא ניתן להתנות עליהן או ככל שלא ניתן להתנות עליהן אלא לטובת המבוטח.

