



תוכנית ביטוח 529 - תנאי פוליסה למבוטח בביטוח בריאות



חברה לביטוח בע"מ

אוקטובר 2017

כתובת אתר החברה www.ayalon-ins.co.il	כתובת הדוא"ל של החברה mailh@ayalon-ins.co.il	טלפון שירות לקוחות החברה: *6677 פקס: 03-7569586
--	--	--

"בשביל החוסן - סרטן" - תוכנית ביטוח לפיצוי בעת גילוי מחלת הסרטן

- תמורת תשלום פרמיה כאמור בדף פרטי הביטוח ישפה או יפצה המבטח את המבוטח, לפי העניין בגין מקרה ביטוח שארע לאחר תחילת תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה, בכפיפות לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים כמוגדר וכמפורט בגוף הפוליסה, ועל פי הנספחים הנלווים והמפורטים בדף פרטי הביטוח, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי הנקוב בדף פרטי הביטוח ו/או בכל נספח או סעיף בהם נקבע שיעור כזה.
- **התנאים וההחרגות הכלליים המופיעים ב"תנאים כלליים" של הפוליסה אינם חלים ותקפים לגבי נספח זה. כלל התנאים וההחרגות הרלוונטיים לכיסוי הביטוחי מופיעים בגוף נספח זה.**
- הכיסוי הביטוחי בתוכנית ביטוח זו יחול, על פי הוראותיו, רק בתנאי שמצוין במפורש בדף פרטי הביטוח כי המבוטח הינו מבוטח על פיו וכן בתנאי שתוכנית ביטוח זו הינה בתוקף לגבי אותו מבוטח בעת קרות מקרה הביטוח ובכפוף להצעה, להצהרות ולהודעות שאותן מסר המבוטח למבטחת המהוות חלק בלתי נפרד מתוכנית ביטוח זו.
- כל מקום בו קיים שימוש בלשון זכר ו/או יחיד, תהיה המשמעות, בהתאמה, גם לנקבה ו/או לרבים.

1. הגדרות

בפוליסה זו תהיה למונחים הבאים המשמעות המפורשת בצידם:

1.1	החברה או המבטח	איילון חברה לביטוח בע"מ
1.2	הפוליסה	חוזה ביטוח זה, לרבות הצעת הביטוח, דף פרטי הביטוח וכל נספח או תוספת המצורפים לו.
1.3	המבוטח	אדם ששמו נקוב בדף פרטי הביטוח כ"מבוטח".
1.4	המשלם	האדם או התאגיד, המתקשר עם החברה על פי פוליסה זו לצורך תשלום הפרמיה, ואשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח ובהצעה.
1.5	הפרמיה / דמי הביטוח	הסכום בגין פוליסה זו שעל המשלם ו/או על המבוטח לשלם לחברה, על פי תנאי הפוליסה, כמפורט בדף פרטי הביטוח.
1.6	הצעת/הצעות הביטוח	טופס ההצעה המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו כשהוא מלא על כל פרטיו וחתום על ידי המבוטח או על ידי אפוטרופוס חוקי. ההצעה תכלול גם את הצהרת הבריאות שמולאה ונחתמה על ידי המבוטח (או האפוטרופוס) וכן את פרטי אמצעי התשלום.
1.7	מקרה הביטוח	מערכת עובדות ונסיבות המתוארות בכל אחד מפרקי הפוליסה, אשר בהתקיימה, קמה למבוטח זכות לקבל תגמולי ביטוח בכפוף לתנאים, לחריגים ולסייגים הקבועים בפוליסה. ובלבד שהמבוטח לא נפטר במהלך 14 ימים ממועד קרות מקרה הביטוח.
1.8	סכום הביטוח	הסכום הנקוב בדף פרטי הביטוח, כפי שיעודכן על פי התנאים הכלליים של הפוליסה וסעיף 3 להלן.
1.9	תאריך תחילת הביטוח	התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כ"תאריך תחילת הביטוח".
1.10	תקופת הביטוח	כמפורט בסעיף 4 ובסעיף 9 להלן.
1.11	גיל המבוטח	גיל המבוטח נקבע לפי יום הולדתו הקרוב ביותר לתאריך התחלת הביטוח, זה שקדם לו או הבא אחרי או כפי שנקבע בדף פרטי הביטוח אם נקבע אחרת.
1.12	מוטב	הגורם אשר זכאי לקבל את תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח על פי קביעת המבוטח. המבוטח הוא גם המוטב אם לא נקבע מוטב זולתו. במקרה של פטירת המוטב, תהא הזכות לקבלת תגמולי הביטוח ליורשיו החוקיים של המוטב.
1.13	מדד / מדד המחירים לצרכן	מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד שמתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוחד לשירות בריאות.
1.14	דף פרטי הביטוח	דף המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל, בין היתר, את הפרטים האישיים של המבוטח ואת התנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח למבוטח. במקרה של סתירה בין תנאי הפוליסה לבין התנאים, יגברו התנאים בדף פרטי הביטוח.
1.15	גיל מירבי	המועד בו הגיע המבוטח לגיל 75 כאשר גיל המבוטח יחושב בהתאם לאמור בסעיף 4 להלן. הגיע המבוטח לגיל המרבי, תסתיים תקופת הביטוח, אלא אם הפוליסה בוטלה לפני כן, על פי הוראותיה או לפי הדין.

1.16	תקופת אכשרה	תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח ולגבי כל כיסוי ביטוחי כמפורט בפרק ו/או בנספח, במועד תחילת הביטוח הרלבנטי לכיסוי הביטוחי ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופת ביטוח רצופה, ותחול מחדש בכל פעם בה צורך המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רציפות. בתקופה זו לא יהיה המבטח אחראי לתשלום על פי תנאי הפוליסה בגין מקרה ביטוח אשר אירע בתקופה זו. יודגש כי מקרה ביטוח שאירע בתקופת האכשרה, דינו כמקרה ביטוח שאירע לפני תחילת הביטוח שאיננו מכוסה.
1.17	חוק הביטוח	חוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981.
1.18	תנאים כלליים	תנאים כלליים לתכנית ביטוח בריאות ומחלות קשות אליהם מצורפת תכנית זו.
1.19	תכנית בסיס	תכנית ביטוח שמבטח רשאי להנהיג בהתאם לסעיף 40 לחוק הפיקוח כתכנית בפני עצמה (ללא תלות ברכישת תכנית אחרת).
1.20	תכנית נוספת	תכנית ביטוח או כתב שירות שמבטח רשאי להנהיג בהתאם לסעיף 40 לחוק הפיקוח, רק כנלווים לתכנית בסיס.
1.21	תאונה	חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידי לקרות מקרה הביטוח. למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא יחשבו כ"תאונה".

2. תוקף הפוליסה

כניסתה של פוליסה זו לתוקף, מותנית בתשלום פרמיה ראשונה בפועל. תנאי זה לא יחול אם התקבל על ידי המבטח אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו את פרמיית הביטוח.
שולמו לחברה כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת החברה לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת החברה לעריכת הביטוח. במקרה זה תשלח החברה בתוך 90 ימים מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבוטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית.
לא שלחה החברה תוך 90 ימים מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח.
ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת החברה בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות בחברה לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, הייתה החברה מודיעה למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

3. סכום הביטוח

- 3.1 סכום הביטוח המרבי שעל החברה לשלם למבוטח אשר טרם הגיע לגיל 70 במועד קרות מקרה הביטוח, יהיה כמפורט בדף פרטי הביטוח.
- 3.2 סכום הביטוח המרבי שעל החברה לשלם בקרות מקרה הביטוח למבוטח אשר גילו 70 ומעלה במועד קרות מקרה הביטוח, יהיה מחצית מהסכום המפורט בדף פרטי הביטוח עבור תכנית זו. (היינו 50% מסכום הביטוח המצוין בדף פרטי הביטוח).

4. תקופת ביטוח וחידוש תקופת ביטוח

- 4.1 תקופת הביטוח בפוליסה הינה 24 חודשים.
- 4.2 אחת לשנתיים, בראשון לחודש יוני החל מיום 1 ביוני 2018 (להלן – "מועד החידוש"), הפוליסה תחודש מאליה (ללא צורך בקבלת הסכמת המבוטח) לכלל המבוטחים בה לתקופה של שנתיים נוספות, בין אם באותם תנאים או בין אם בתנאים שונים, ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה נוספת (להלן – "רצף ביטוח").
- 4.3 על אף האמור בסעיף 4.1 לעיל, ככל שמשך תקופת הביטוח ממועד צירופו לראשונה של המבוטח לביטוח ועד למועד החידוש הראשון שלאחר תאריך תחילת הביטוח של אותו המבוטח, קצר משנתיים – תהיה תקופת הביטוח של אותו מבוטח החל ממועד צירופו לראשונה לביטוח ועד למועד החידוש הקרוב של הפוליסה לכלל המבוטחים.
- 4.4 נדרש המבטח לבצע שינויים בתנאים בפוליסה במועד החידוש, והמבטח אינו ממשיך לשווק פוליסה זו למבוטחים חדשים, רשאי הוא במועד החידוש שלא לבצע את השינויים, ולחדש לכלל המבוטחים הקיימים בפוליסה את הפוליסה באותם תנאים שהיו בה ערב החידוש. יובהר כי במקרה זה לא יוכל המבטח לשווק פוליסה זו למבוטחים חדשים עד לביצוע השינויים האמורים אשר יחולו על כלל המבוטחים.
- 4.5 על אף האמור בסעיף 4.2 לעיל, לא תחודש מאליה פוליסה כאמור באותו סעיף לעיל ו/או חלקים ממנה, לפי העניין, במקרים הבאים:
 - 4.5.1 בפוליסה לביטוח מפני מחלות קשות, בה נקבע גיל ביטוח מרבי – אם המבוטח הגיע לגיל הביטוח המרבי שנקבע או אם המבוטח מיצה את כל תגמולי הביטוח שהוא זכאי להם על פי הפוליסה;
 - 4.5.2 פוליסה ששווקה על פי תכנית שהמפקח אישר לגביה מראש ובכתב כי פוליסות לפיה לא יחודשו מאליהן.
 - 4.5.3 בכתב שירות – אם נקבעו בו הוראות מפורשות לעניין אי חידוש כתב השירות על ידי המבטח.
- 4.6 על אף האמור בסעיף 4.2 לעיל, לא תחודש מאליה פוליסה ללא קבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח לחידוש, אם חלה עליה בדמי הביטוח החודשיים בתקופת הביטוח הבאה, של יותר מ-10 ש"ח או יותר מ-20% מדמי הביטוח, לפי הגבוה מביניהם, ביחס לדמי הביטוח החודשיים ששילם המבוטח ערב חידוש הפוליסה. יובהר, כי במקרה של חידוש פוליסה שנעשתה לפי מספר תכניות ביטוח בחבילה, תיבחן גם עליית דמי הביטוח ביחס לכל תכנית בחבילה.
לעניין זה –

"הסכמתו המפורשת של מבטח" – לגבי ילד עד גיל 21 של מבטח באותה תכנית או בן זוגו של מבטח כאמור, ההסכמה המפורשת יכולה להיות של המבטח עבור ילדו עד גיל 21 או עבור בן זוגו.

"עלייה בדמי הביטוח" – לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאת דמי הביטוח ולמעט שינוי הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או בשל מעבר בין קבוצות גיל או בשל סיום הנחה שניתנה לתקופה קצובה, כפי שפורטו בדף פרטי הביטוח.

4.7 על אף האמור בסעיף 4.6 לעיל, לא נדרשת הסכמתו המפורשת של מבטח בטרם חידוש פוליסה מאליה כאמור בסעיף 4.2 לעיל, במקרים המפורטים להלן:

4.7.1 אם המבטח פירט למבטח שהצטרף לראשונה לתכנית בתקופה של 120 ימים שקדמו למועד החידוש באופן מפורש את השינויים בתנאי הביטוח ודמי הביטוח שיחולו במועד החידוש הקרוב, והמבטח נתן את הסכמתו להם טרם ההצטרפות.

4.7.2 אם המפקח קבע מראש ובכתב כי לא נדרש לקבל את הסכמת המבטח לגבי שינוי מסוים שערך המבטח בתכנית.

4.8 במקרה שבו חודשה הפוליסה שלא על פי הסכמה מפורשת של המבטח כאמור בסעיפים 4.2 ו- 4.7 לעיל, המבטח רשאי להודיע למבטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הפוליסה, על ביטול הפוליסה והפוליסה תבוטל לגבינו במועד חידוש הביטוח ויושבו למבטח דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו, ככל שנגבו, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

5. מקרה הביטוח והכיסוי הביטוחי

5.1 מקרה הביטוח והתחייבות החברה

החברה תשלם למבטח או למוטב, לפי העניין, את סכום הביטוח הקבוע בדף פרטי הביטוח, בכפוף להגדרות, לתנאים ולסייגים שלהלן, בקרות אחד המקרים המפורטים בקבוצות שלהלן:

סרטן (Cancer) –

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן כוללת לוקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

מקרה הביטוח אינו כולל:

1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in-Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים;
2. מלנומה ממאירה בעובי של פחות מ-0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת למ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות);
3. מחלות עור מסוג:
 - 3.1 Basal Cell Carcinoma ו-Hyperkeratosis;
 - 3.2 מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma, אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים;
4. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושני בנוכחות מחלת האיידס (AIDS).
5. סרטן הערמונית מאובחן בהיסטולוגיה עד ל-T2 No Mo (כולל) על פי סיווג TNM, או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל);
6. C.L.L. (לויקמיה לימפוציטית כרונית) עם ספירה של פחות מ-10,000 B cell lymphocytes /ul ובלבד שהמבטח אינו מקבל טיפול תרופתי.
7. סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה.
8. גידולים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתת מקומית.
9. גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבטח אינו מקבל טיפול תרופתי.
10. T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל-T CELL LY.

והכול בכפוף לשני התנאים המפורטים להלן:

(א) קיימת אבחנה חד משמעית של רופא מומחה בתחום האונקולוגיה על קרות מקרה הביטוח.

(ב) המבטח חי תקופה העולה על 14 ימים לאחר קרות מקרה הביטוח ועקב אותו מקרה ביטוח.

5.2 מועד קרות מקרה הביטוח / גילוי מחלת הסרטן – מועד בו קיימת אבחנה חד משמעית של רופא מומחה שתחום התמחותו הוא התחום הרלוונטי למקרה הביטוח, מועד לקיחת דגימה לצורך בדיקה פתולוגית ו/או מועד של כל בדיקה אחרת המציינת אבחנת ממאירות, אשר על פיה נקבע קיומה של מחלת הסרטן במבטח, לפי המוקדם מבין המועדים האמורים.

5.2.1 מקרה ביטוח ראשון – מקרה ביטוח של גילוי מחלת סרטן, הראשון שארע למבטח, במהלך תקופת הביטוח, ולאחר תום תקופת האכשרה.

5.2.2 הרחבת תשלום למקרי סרטן – מקרה ביטוח של גילוי מחלת סרטן, השני שארע למבטח במהלך תקופת הביטוח.

5.2.3 מקרה ביטוח שני – כל מקרה ביטוח של גילוי מחלת סרטן שארע למבטח, לאחר קרות מקרה הביטוח הראשון, במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה.

5.3 התחייבויות המבטח

5.3.1 בקרות מקרה ביטוח ראשון כמפורט בסעיף 5.2.1 לעיל, לאחר תום תקופת האכשרה, יהיה המבטח זכאי לקבל תגמולי ביטוח, בשיעור של 100% מסכום הביטוח הנקוב בדף פרטי הביטוח, אם התקיימו לגבי כל התנאים המפורטים בסעיף 5.1 במצטבר.

5.3.2 בקרות מקרה ביטוח שני המבטח יהא זכאי לתבוע בגין מקרה ביטוח שני, כמפורט בסעיף 5.2.3 לעיל, אך ורק בכפוף להוראות, לתנאים ולסייגים המפורטים בסעיף 5.3.4 להלן.

עם תשלום סכום הביטוח הנוסף עבור הישנות מחלת הסרטן עפ"י סעיף זה ימצה המבטח את זכאותו בהתאם לתכנית זו והביטוח יגיע לסיומו.

5.3.3 בנוסף לאמור בסעיף 5.3.1 לעיל לפרק זה החברה תשלם למבוטח או למוטב, לפי העניין, אחוז מסכום הביטוח הקבוע בדף פרטי הביטוח, בכפוף להגדרות, לתנאים ולסייגים שלהלן, בקרות מקרי הביטוח המפורטים להלן:

5.3.3.1 **הרחבת תשלום למקרי סרטן המפורטים להלן בגובה 20% מסכום הביטוח** - בעת גילוי אחד ממקרי הסרטן המפורטים להלן, אשר אירע לראשונה בתקופה בה הביטוח בתוקף ולאחר תקופת האכשרה, יקבל המבוטח או המוטב, לפי העניין, 20% מסכום הביטוח המפורט בדף פרטי הביטוח בגין מקרה ביטוח על פי סעיף 5.1 לעיל לפרק זה, בגין מחלת הסרטן כמוגדר לעיל, אם התקיימו לגבי כל התנאים הבאים במצטבר.

יובהר כי הסכום שישולם בגין סעיף זה יופחת מסכום הביטוח המפורט בדף פרטי הביטוח בגין מקרה ביטוח של מחלת הסרטן כמוגדר בסעיף 5.1 לעיל לפרק זה, ואינו נוסף אליו. קרי סך סכום הביטוח לו יהיה זכאי המבוטח בגין מקרה ביטוח של מחלת הסרטן כהגדרתה בסעיף 5.1 לעיל לפרק זה, ומקרה ביטוח לפי סעיף זה ביחד, לא יעלה על 100% מסכום הביטוח הנקוב בדף פרטי הביטוח על פי סעיף 5.1. להלן מקרי הסרטן על פי סעיף זה אשר אחד מהם בלבד יזכה ב-20% מסכום הביטוח פעם אחת בלבד במהלך התקופה (כולל בתקופות ביטוח רצופות) בה ביטוח זה בתוקף:

נכחות גידול של תאים ממאירים במקרים להלן:

5.3.3.1.1 **גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של סרטן שד** CARCINOMA IN SITU ומאובחנים ע"י ביופסיה.

5.3.3.1.2 **גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של סרטן צוואר הרחם** CARCINOMA IN SITU STAGE 3 - בלבד (CIN3), דיספלזיה של צוואר הרחם, תאים שאובחנו ע"י בדיקה היסטולוגית כטרומ ממאירים (CIN1, ו-CIN2 מוחרגים).

5.3.3.1.3 **ביצוע ניתוח לטיפול בסרטן הערמונית**
ביצוע ניתוח במבוטח, הנדרש רפואית לצורך טיפול בגידול ממאיר בערמונית, אשר אובחן היסטולוגית ככזה, מסוג GLEASON SCORE עד ל-6 (כולל) בלבד.
בהגדרה זו, "ניתוח" הינו - פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלת המבוטח. מובהר כי ביופסיה ו/או ציסטוסקופיה ופעולות פולשניות-חודרניות נוספות לצורך אבחון, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר/הקרנות לא תיחשבנה כניתוח.
למען הסר ספק יובהר כי לא יינתן כיסוי בגין גידול שפיר של הערמונית.

5.3.4 **מקרה ביטוח שני תשלום נוסף של 100% מסכום הביטוח למקרה ביטוח נוסף לאחר 5 שנים של מחלת הסרטן** מבוטח שקיבל מתוקף פוליסה זו סכום ביטוח בגין מקרה ביטוח ראשון יהיה זכאי לקבל סכום ביטוח נוסף כמפורט בסעיף 5.2.3 בגובה 100% מסכום הביטוח שקיבל בגין מקרה ביטוח ראשון, בהתקיים כל התנאים הבאים במצטבר:

- 5.3.4.1 גילוי של מחלת סרטן כהגדרתה בסעיף 5.1 לעיל לפרק זה;
- 5.3.4.2 גילוי של מחלת סרטן, פעם נוספת או סוג אחר של סרטן, כהגדרתה בסעיף 5.1, בתקופה (כולל בתקופות ביטוח רצופות) בה ביטוח זה הנו בתוקף (להלן מקרה שני של מחלת הסרטן);
- 5.3.4.3 חלפו לפחות 5 שנים מהמועד האחרון בו נעלמו סימני מקרה הסרטן הראשון שבגינו שולמו תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו, ו/או מקרה הסרטן החוזר ו/או מקרה הסרטן החדש;
- 5.3.4.4 על פי חוות דעת רופא מומחה, חלפו לפחות 5 שנים מהמועד האחרון בו נדרש המבוטח לבצע טיפול רפואי למחלת סרטן כלשהי (למעט טיפול מונע);
- 5.3.4.5 בדיקות ההדמיה שביצע המבוטח במהלך 5 שנים ובתום 5 שנים כאמור בסעיף 5.3.4.3 לעיל, הינן תקינות וללא ממצא על הישנות המחלה ו/או מחלת סרטן כלשהי.

מודגש כי עם תשלום סכום הביטוח למקרה שני של מחלת הסרטן כאמור לעיל, תסתיים אחריות החברה על פי פוליסה זו, אלא אם בוטלה הפוליסה קודם לכן כקבוע בסעיף 9 לפוליסה זו.

5.4 הזכות לקבלת סכום ביטוח

5.4.1 קרות מקרה סרטן כאמור בסעיף 5.3.3 ו-5.3.4 לעיל אשר ארע בתוך התקופה (כולל בתקופות ביטוח רצופות) בה ביטוח זה בתוקף ולאחר תקופת האכשרה, יזכה את המבוטח או המוטב, לפי העניין, בסכום הביטוח כמפורט לעיל ובהתקיים כל התנאים המפורטים להלן:

- 5.4.1.1 קיימת אבחנה חד משמעית של רופא מומחה על קרות מקרה הביטוח.
- 5.4.1.2 המבוטח חי תקופה העולה על 14 ימים לאחר קרות מקרה הביטוח ועקב אותו מקרה ביטוח.

6. חובת הגילוי

- (א) **הציג המבוטח למבוטח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח 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 להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.**
- (ב) **שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה.**
- (ג) **הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.**
- 6.1 **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.**
- 6.2 **ביטלה החברה את הפוליסה מכוח סעיף זה, זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות החברה, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.**
- 6.3 **קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח סעיף זה, אין החברה חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים**

בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצל לפי המצב לאמתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והחברה פטורה כליל בכל אחת מאלה:

- 6.3.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
- 6.3.2 מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמתו; במקרה זה זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח בניכוי הוצאות החברה.
- 6.4 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:
 - 6.4.1 הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.
 - 6.4.2 העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

7. חריגים והגבלות לחבות החברה

החברה לא תהיה אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח על פי כל אחד מפרקי הפוליסה, בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או שנגרם במישרין ו/או בעקיפין כתוצאה מהמקרים הבאים:

- 7.1 שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.
- 7.2 התאבדות או ניסיון לכך, פגיעה עצמית.
- 7.3 מקרה ביטוח שנגרם עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי (כגון: אטומי, כימי, ביולוגי), או מטילים בליסטיים קונבנציונליים או זיהום רדיואקטיבי, קרינת רנטגן או קרינה מייננת, תחליפים גרעיניים ופסולת גרעינית.
- 7.4 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבוטח בכוונת הביטחון או מקרה ביטוח במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע.
- 7.5 מותו של המבוטח תוך 14 ימים מיום קרות מקרה הביטוח.
- 7.6 מקרה ביטוח שארע לפני מועד תחילת תקופת הביטוח, או לאחר תום תקופת הביטוח.
- 7.7 מקרה הביטוח ארע בתקופת האכשרה המוגדרת בכל אחד מפרקי הביטוח.
- 7.8 מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג, דהיינו - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" משמעו - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים ב-6 החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
 - 7.8.1 פחות מ-65 שנים: החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מיום תחילת תקופת הביטוח.
 - 7.8.2 65 שנים או יותר: החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מיום תחילת תקופת הביטוח.
- 7.9 על אף האמור לעיל, סייג לחבות החברה או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים. כאשר אין מצוינת התקופה לצד אותו מצב רפואי מסוים, יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.
- 7.10 על אף האמור לעיל, סייג בשל מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה לא סייגה במפורש בדף פרטי הביטוח את מצב הרפואי הקודם הנזכר בהודעת המבוטח, יהיה הביטוח ללא סייג או מגבלה לעניין מצב רפואי קודם.
- 7.11 אין באמור לעיל כדי לפטור את המבוטח מחובת גילוי לפי חוק הביטוח לגבי מצב רפואי קודם והוראות חוק הביטוח יחולו בעניין, זאת בנוסף להוראות בדבר חובת הגילוי כמפורט בסעיף 6 לעיל.

8. תשלום תביעות

- החברה תשלם למבוטח או למוטב את תגמולי הביטוח על פי פוליסה זאת אם התקיימו כל אלה:
- 8.1 המבוטח מסר לחברה מוקדם ככל האפשר הודעה בכתב והוכחות לשביעות רצונה של החברה על קרות מקרה הביטוח, וכן מסר לחברה את המסמכים הדרושים לשם בירור התביעה.
 - המבוטח רשאי להגיש העתק של המסמכים באופן דיגיטלי, ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון או בחשבון אישי מקוון של המבוטח בחברה.
 - 8.2 המבוטח חתם על כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר לחברה כל מידע רפואי הנמצא ברשותם והנוגע למבוטח לצורך בירור התביעה.
 - 8.3 החברה תנכה מהתשלומים את כל החובות המגיעים לה מהמבוטח בגין פוליסה זו בכפוף להוראות הדין.
 - 8.4 החברה תהא זכאית בכל עת לבדוק באופן סביר בכל דרך הנראית לה את מצבו הרפואי של המבוטח, לאחר שהוגשה תביעה.
 - 8.5 יובהר כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית משפט.

9. תום תקופת הביטוח וביטול הביטוח

- 9.1 המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הביטוח בהודעה בכתב לחברה, בכך תסתיים תקופת הביטוח או כמפורט בסעיף 9.5 להלן.
- 9.2 החברה זכאית לבטל את הביטוח אם לא שולמו הפרמיות במועדן כאמור בסעיף 10 להלן או בהתאם לזכויות הביטוח האחרות המוקנות לה על פי דין.
- 9.3 הכיסוי הביטוחי על פי פוליסה זו יבוטל ו/או ייפוג בכל אחד מהמקרים הבאים על פי המוקדם מביניהם:
 - 9.3.1 מות המבוטח.
 - 9.3.2 עם תשלום סכום ביטוח בגין מקרה שני של מחלת הסרטן כהגדרתו בסעיף 5.3.4 בפרק הכיסויים מודגש כי עם תשלום סכום הביטוח למקרה שני של מחלת הסרטן כאמור לעיל, תסתיים אחריות החברה על פי פוליסה זו, אלא אם בוטלה הפוליסה קודם לכן כקבוע בפוליסה.
 - 9.3.3 בהגיע המבוטח לגיל 75.

- 9.3.4 על פי בקשת המבוטח בכתב כמפורט בסעיף 4 לעיל וסעיף 9.4 להלן.
- 9.3.5 עקב אי תשלום פרמיות במועדן בכפוף לסעיף 10.3 להלן או בהתאם לזכויות הביטול האחרות המוקנות לה על פי דין.
- 9.3.6 במקרים הנקובים בסעיף 9.4 להלן ובסעיף 4 לעיל.
- 9.4 הבהרות נוספות לביטול הביטוח:
- 9.4.1 במקרה של אי קבלת הסכמה מפורשת של המבוטח לחידוש הביטוח עד למועד החידוש כאמור בסעיף 4.6 לעיל ובתנאי שלא התקיימו תנאי סעיף 4.7 לעיל, לא יחודש הכיסוי הביטוחי לפי תכנית ביטוח לגביה נדרשה הסכמה מפורשת לתקופה נוספת ויסתיים הביטוח על פיה.
- 9.4.2 יובהר, כי ככל שהתכנית לגביה נדרשת הסכמתו המפורשת של המבוטח הינה תכנית בסיס (כהגדרתה לעיל) ולא ניתנה ע"י המבוטח הסכמה כאמור, תבוטל תכנית הבסיס וכל התכניות הנוספות (כהגדרתן לעיל) הנלוות לה, למעט אם הן יכולות לשמש כתכניות נלוות לתכנית בסיס אחרת אשר נרכשה ע"י המבוטח במסגרת הפוליסה.
- 9.4.3 במקרה של ביטול כיסוי ע"פ תכנית ביטוח, לא תבוטל הנחה בתכנית אחרת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן למבוטח בשל כך שרכש מספר תכניות בסיס ושהמפקח לא התנגד לו.
- 9.4.4 על אף האמור בסעיף 9.1 לעיל, הותר למבטח שיווק של תכנית נוספת מסוימת רק יחד עם תכנית בסיס מסוימת, ובטולה ע"י המבוטח אותה תכנית בסיס - תבוטל גם התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עמה.
- 9.4.5 על אף האמור בסעיף 9.1 לעיל, בוטלו כל תכניות הבסיס ע"י המבוטח, תבוטלנה גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס כאמור.

10. תשלום פרמיות

- 10.1 הפרמיה הראשונה בגין כל מבוטח תיקבע על-פי גיל, מין והרגלי העישון של המבוטח ביום תחילת הביטוח ובכפוף לתנאי החיתום של המבוטח ותפורט בדף פרטי הביטוח.
- 10.2 שולמו תגמולי הביטוח על-פי פוליסה וטרם פג תוקפה של פוליסה זו כמפורט בסעיפים 4 ו-9 לעיל, ימשיך המבוטח לשלם בגין התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח את אותה הפרמיה לו לא קרה מקרה הביטוח.
- 10.3 במקרה שבו לא שולמה הפרמיה במועד הקבוע בפוליסה:
- 10.3.1 תהא החברה זכאית לבטל את הפוליסה בהתאם להוראות חוק הביטוח.
- 10.3.2 לא שולמה פרמיה כלשהי, או חלק ממנה במועדה, יתווספו לסכום שבפיגור – כחלק בלתי נפרד ממנו – הפרשי הצמדה וריבית על פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א 1961 מהמועד שנקבע לתשלום הפרמיות ועד לפירעון בפועל של הפרמיות אצל החברה.

11. שינוי תנאי פוליסה ו/או דמי ביטוח

- 11.1 דמי הביטוח על פי פוליסה זו יקבעו בהתאם לגיל של המבוטח, במועד הצטרפותו לביטוח וכן בהתאם למינו ולרגלי העישון שלו. דמי הביטוח ישתנו כל שנה ממועד ההצטרפות של המבוטח לביטוח ויופיעו בטבלת דמי הביטוח המצורפת לפוליסה זו.
- 11.2 החברה תהא רשאית לשנות את טבלת הפרמיות וכפועל יוצא מכך את דמי הביטוח הנגבים ושיגבו מן המבוטח ואת התנאים של פוליסה זו, לכלל המבוטחים בפוליסה זו, במועדי החידוש ובהתאם להוראות סעיף 4 לעיל ו/או באישור המפקח על הביטוח.
- 11.3 גיל המבוטח לצורך קביעת זכויותיו בתכנית בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע על פי תאריך הלידה של המבוטח.

12. תנאי הצמדה

- 12.1 כל הסכומים הנקובים בפוליסה זו, לרבות סכומי הביטוח הקובעים, הפרמיות וגובה ההשתתפות העצמית (אם קיימת), שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי החברה ו/או המבוטח לפי העניין, הינם צמודים למדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל.
- 12.2 חישוב ההצמדה יחא היחס שבין המדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל על ידי החברה, או על ידי המבוטח, לבין המדד הידוע בראשון לחודש במועד תחילת הביטוח כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.

13. מיסים והיטלים

- המבוטח ו/או המוטב ו/או המשלם או המבוטח, לפי העניין, חייבים בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים, החלים על פוליסה זו, או המוטלים על הפרמיות ועל תגמולי הביטוח, שהמבטח חייב לשלם על פי הפוליסה, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הפוליסה לתוקף, ובין אם יוטלו במועד אחר מאוחר יותר.

14. התיישנות

- תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו, היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. אם עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

15. שינוי כתובת

- על המבוטח ו/או המשלם להודיע לחברה על כל שינוי בכתובת המבוטח. הודעה שתשלח על ידי החברה לכתובת האחרונה של המבוטח הידועה לה תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.

16. תקופת אכשרה

- תקופת אכשרה למקרה ביטוח כמוגדר בסעיף 5.2.1 ו-5.2.3 בפרק זה הינה בת 90 ימים.
- תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח שני (מחלת סרטן חוזרת) – תהא בת 5 שנים מהמועד האחרון בו נעלמו סימני מקרה הביטוח הקודם בו חלה המבוטח.