

ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה

(על פי תקנות "גילוי נאות")

נושא	סעיף	תנאים
כללי	שם הפוליסה	פוליסה לביטוח סיעוד קבוצתי לחברי ארגון נכי צה"ל, עובדיו ובני משפחותיהם.
	שם בעל הפוליסה	ארגון נכי צה"ל.
	הכיסויים בפוליסה	כיסוי סיעודי.
	משך תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.01.2018 ועד ליום 31.12.2022.
	המשכיות	<p>1. זכות ההמשכיות בשל גריעת מבוטח מהביטוח:</p> <p>מבוטח אשר הפסיק להיות מבוטח בביטוח הסיעודי במסגרת הפוליסה עקב ביטול זכאותו לביטוח הסיעודי, ואשר היה מבוטח בפוליסה לביטוח סיעודי של הארגון במשך שנה ברציפות לפחות בטרם הביטול ולא מימש את מלוא זכויותיו לפי הפוליסה יהיה זכאי לעבור לפוליסת המשך, לפי המועדים המפורטים בסעיפים 20.6 ו-20.8 לפוליסה שאלה תנאיה:</p> <p>סכום הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח בפוליסת ההמשך לא יפחתו מאלה הקבועים למבוטח בפוליסה (בהתאם לרבדים שבהם הוא מבוטח ובקיזוז התקופות במהלכן קיבל המבוטח תגמול סיעודי, בין אם על פי פוליסה זו ובין אם על פי הפוליסות הקודמות), אלא אם ביקש המבוטח להפחית את סכום הביטוח כאמור.</p> <p>ואולם אם יהיה קיים למבוטח במועד המעבר לפוליסת ההמשך כיסוי בסל שירותי הבריאות הדומה לכיסוי בפוליסה על פי קביעת רשות שוק ההון הביטוח והחיסכון, לא תחול על המבטחת החובה לכלול את הכיסוי הדומה בפוליסת ההמשך; לעניין זה, "סל שירותי הבריאות" – כאמור בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 ובצו לפי סעיף 8(ז) לחוק האמור.</p> <p>פוליסת ההמשך תהיה על פי בחירת המבוטח מבין פוליסות ביטוח הסיעוד שיהיו קיימות אצל המבטחת, בתעריפים שיהיו קיימים אצל המבטחת לרוכשי פוליסת פרט בגילו של המבוטח ביום רכישת פוליסת ההמשך (בניכוי הנחה כאמור בסעיף 20.3 בפוליסה), והזכויות הביטוחיות שיוענקו יהיו דומות ככל הניתן לזכויות בפוליסה קבוצתית, והכל ברצף ביטוחי מלא, ללא חיתום רפואי וללא תקופת אכשרה.</p> <p>ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.</p>
	<p>2. זכות ההמשכיות בעת ביטול הפוליסה לכלל הקבוצה או חלקה:</p> <p>הופסק הביטוח הסיעודי, כולו או חלקו, עקב אי חידוש הפוליסה לכלל המבוטחים או לחלקם, בין אצל המבטחת ובין אצל מבטחת חדשה,</p>	

נושא	סעיף	תנאים
כללי	המשכיות	<p>יהיה זכאי לעבור לפוליסת המשך כמפורט להלן, כל מי שהיה מבוטח ברציפות בפוליסה לביטוח סיעודי של הארגון במשך תקופה של שנה לפחות, ולגבי הרובד הבסיסי - כל מי שהיה מבוטח למשך כל תקופה שהיא, במועד הפסקת הביטוח הסיעודי, ובלבד שהמבטוח לא מימש את מלוא זכויותיו לפי הפוליסה. מובהר כי האמור בסעיף זה יחול רק לגבי מי שהופסק לגביו הביטוח כאמור ורק לגבי חלק הביטוח שהופסק; מבוטח כאמור יהיה זכאי לעבור לפוליסת המשך, לפי המועדים המפורטים בסעיפים 20.6 ו-20.8 לפוליסה, שאלה תנאיה:</p> <p>סכום הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח בפוליסת ההמשך לא יפחתו מאלה הקבועים למבטוח בפוליסה (בהתאם לרבדים שבהם הוא מבוטח ובקיזוז התקופות במהלכן קיבל המבטוח תגמול סיעודי, בין אם על פי פוליסה זו ובין אם על פי הפוליסות הקודמות), אלא אם ביקש המבטוח להפחית את סכום הביטוח כאמור. ואולם אם יהיה קיים למבטוח במועד המעבר לפוליסת ההמשך כיסוי בסל שירותי הבריאות הדומה לכיסוי בפוליסה על פי קביעת רשות שוק ההון הביטוח והחיסכון, לא תחול על המבטוח החובה לכלול את הכיסוי הדומה בפוליסת ההמשך; לעניין זה, "סל שירותי הבריאות" – כאמור בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 ובצו לפי סעיף 8(ז) לחוק האמור.</p> <p>פוליסת ההמשך תהיה על פי בחירת המבטוח מבין פוליסות ביטוח הסיעוד שיהיו קיימות אצל המבטוח, בתעריפים שלא יעלו על התעריפים שיהיו קיימים אצל המבטוח לרוכשי פוליסת פרט, על פי גילו של המבטוח ביום רכישת פוליסת ההמשך. הזכויות הביטוחיות שיוענקו בפוליסת ההמשך יהיו דומות ככל הניתן לזכויות בפוליסה קבוצתית, והכל ברצף ביטוחי, ללא חיתום רפואי וללא תקופת אכשרה.</p> <p>ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבטוח.</p>
	תנאים לחידוש אוטומטי	אין חידוש אוטומטי.
	תקופת אכשרה	אין.
	תקופת המתנה	90 יום.
	השתתפות עצמית	אין.
שינוי	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	הפוליסה תהיה ניתנת לשינוי במקרה הצורך, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטוח, ובכפוף לאישור הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון, ככל שנדרש.

נושא	סעיף	תנאים																																																																						
פרמיות גובה הפרמיה		<p>הרובד הבסיסי: עבור כל חבר ארגון - 100 ש"ח לחודש. מתוך סכום זה 62.5 ש"ח ישולם על ידי כל חבר ארגון, אחת לחודש, בגין החודש שחלף, באמצעות ניכוי הסכום מתגמול הנכה על ידי משרד הביטחון. חלקו של משרד הביטחון בפרמיה הבסיסית, ישולם למבטחת בהתאם להוראות ההסכם שבין בעל הפוליסה למבטחת.</p> <p>לעובד ארגון - 100 ש"ח לחודש שישולמו על ידי כל עובד ארגון אחת לחודש בגין החודש שחלף וזאת באמצעות גביה על ידי הארגון ממשכורות העובדים ובהתאם להוראות ההסכם שבין בעל הפוליסה למבטחת.</p> <p>הפרמיה שתשולם בגין הרובד הבסיסי תהיה צמודה למדד הקובע כמוגדר בפוליסה, והכל בהתאם לתקנות הנכים (הסכום המקסימאלי שניתן לנכות מתגמוליו של נכה), התשמ"א-1981.</p> <p>רובד יחידות הברירה: הפרמיה בגין רובד יחידות הברירה תשולם באופן פרטני, על ידי כל מבטח, אחת לחודש, באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע, בהתאם לנהוג אצל המבטחת ותהיה כמפורט בטבלה להלן, בהתאמה לגילו של המבטח במועדי תשלום הפרמיה, במהלך תקופת הביטוח ובהתאמה למספר יחידות הברירה שנרכשו על ידו.</p>																																																																						
		<p>טבלת דמי ביטוח (רובד יחידות הברירה) - פרמיה חודשית בש"ח לכל יחידת ברירה (1,100 ש"ח)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>קבוצת גיל</th> <th>שנה 1</th> <th>שנה 2</th> <th>שנה 3</th> <th>שנה 4</th> <th>שנה 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3-24</td> <td>1.47</td> <td>1.58</td> <td>1.69</td> <td>1.82</td> <td>1.95</td> </tr> <tr> <td>25-29</td> <td>5.46</td> <td>5.46</td> <td>5.46</td> <td>5.46</td> <td>5.46</td> </tr> <tr> <td>30-34</td> <td>9.55</td> <td>9.55</td> <td>9.55</td> <td>9.55</td> <td>9.55</td> </tr> <tr> <td>35-39</td> <td>9.55</td> <td>10.21</td> <td>10.92</td> <td>11.68</td> <td>12.50</td> </tr> <tr> <td>40-44</td> <td>12.49</td> <td>12.87</td> <td>13.25</td> <td>13.65</td> <td>14.06</td> </tr> <tr> <td>45-49</td> <td>12.49</td> <td>13.41</td> <td>14.40</td> <td>15.46</td> <td>16.61</td> </tr> <tr> <td>50-54</td> <td>14.69</td> <td>17.28</td> <td>20.32</td> <td>23.90</td> <td>28.12</td> </tr> <tr> <td>55-59</td> <td>17.00</td> <td>20.82</td> <td>25.51</td> <td>31.24</td> <td>38.27</td> </tr> <tr> <td>60-64</td> <td>20.00</td> <td>25.05</td> <td>31.37</td> <td>39.29</td> <td>49.20</td> </tr> <tr> <td>65-69</td> <td>49.21</td> <td>52.07</td> <td>55.10</td> <td>58.31</td> <td>61.70</td> </tr> <tr> <td>70 ואילך</td> <td>49.21</td> <td>53.80</td> <td>58.81</td> <td>64.30</td> <td>70.29</td> </tr> </tbody> </table> <p>הפרמיה (הן בגין רובד הבסיסי והן בגין יחידות הברירה) - תהיה צמודה למדד הקובע כמוגדר בפוליסה.</p> <p>הפרמיות בגין רובד יחידות הברירה ישתנו בכל ינואר של כל שנה וכן על פי גיל המבטח במועד תשלום הפרמיה, והכל כמפורט בטבלה לעיל.</p> <p>סכום הביטוח ברובד הבסיסי ו/או הפרמיה ברובד יחידות הברירה ניתנים לשינוי במהלך תקופת הביטוח לכלל המבוטחים בהתקיים הנסיבות המפורטות בהוראות ההסכם.</p> <p>הפרמיה צמודה למדד, כאשר מדד הבסיסי הוא המדד הידוע ביום הקובע.</p>	קבוצת גיל	שנה 1	שנה 2	שנה 3	שנה 4	שנה 5	3-24	1.47	1.58	1.69	1.82	1.95	25-29	5.46	5.46	5.46	5.46	5.46	30-34	9.55	9.55	9.55	9.55	9.55	35-39	9.55	10.21	10.92	11.68	12.50	40-44	12.49	12.87	13.25	13.65	14.06	45-49	12.49	13.41	14.40	15.46	16.61	50-54	14.69	17.28	20.32	23.90	28.12	55-59	17.00	20.82	25.51	31.24	38.27	60-64	20.00	25.05	31.37	39.29	49.20	65-69	49.21	52.07	55.10	58.31	61.70	70 ואילך	49.21	53.80	58.81
קבוצת גיל	שנה 1	שנה 2	שנה 3	שנה 4	שנה 5																																																																			
3-24	1.47	1.58	1.69	1.82	1.95																																																																			
25-29	5.46	5.46	5.46	5.46	5.46																																																																			
30-34	9.55	9.55	9.55	9.55	9.55																																																																			
35-39	9.55	10.21	10.92	11.68	12.50																																																																			
40-44	12.49	12.87	13.25	13.65	14.06																																																																			
45-49	12.49	13.41	14.40	15.46	16.61																																																																			
50-54	14.69	17.28	20.32	23.90	28.12																																																																			
55-59	17.00	20.82	25.51	31.24	38.27																																																																			
60-64	20.00	25.05	31.37	39.29	49.20																																																																			
65-69	49.21	52.07	55.10	58.31	61.70																																																																			
70 ואילך	49.21	53.80	58.81	64.30	70.29																																																																			

נושא	סעיף	תנאים
פרמיות	מבנה הפרמיה	לרובד הבסיסי - פרמיה קבועה; לרובד יחידות הברירה - פרמיה משתנה, והכל כמפורט בסעיף גובה הפרמיות המצוין לעיל.
	שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	הפרמיות בגין רובד יחידות הברירה, ישתנו בכל ינואר של כל שנה וכן על פי גיל המבוטח במועד תשלום הפרמיה, והכל כמפורט בטבלה לעיל. סכום הביטוח ברובד הבסיסי ו/או הפרמיה ברובד יחידות הברירה ניתנים לשינוי במהלך תקופת הביטוח לכלל המבוטחים בהתקיים הנסיבות המפורטות בהוראות ההסכם. הפרמיה צמודה למדד, מדד הבסיס הוא המדד הידוע ביום הקובע.
תנאי ביטול	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	(א) מבוטח יהיה רשאי לבטל את כל הביטוח הסיעודי בו הוא מבוטח או את רובד יחידות הברירה שבו הוא מבוטח, כולו או חלקו, בכל עת. (ב) ביטל המבוטח את הביטוח הסיעודי ברובד הבסיסי כאמור בסעיף זה, לא יהיה זכאי לחזור ולהצטרף לביטוח ברובד הבסיסי בעתיד. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4(ב) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009 (להלן: "התקנות"), והודיע המבוטח למבטחת או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.
	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	1. הפוליסה תבוטל בכל מקרה שבו ההסכם בין בעל הפוליסה למבטחת יגיע לסיומו. 2. ביטול פוליסה בהתאם לחוק חוזה הביטוח, תשמ"א-1981 (לרבות אי תשלום הפרמיה כסדרה או העלמת עובדה מהותית מהמבטחת שידיעתה היתה גורמת שלא לקבלו לביטוח).

נושא	סעיף	תנאים
חריגים	החריגה בגין מצב רפואי קיים	<p>בסעיף 14.1.7.4 בפוליסה נקבע כי סייג מצב רפואי לא יחול בפוליסה זו אלא במקרה שבו לא השלימה המבטחת חיתום לגבי הרובד הבסיסי למבוטח חדש שהוא חבר הארגון בתוך 60 ימים ממועד הצירוף לרובד הבסיסי, מכל סיבה שהיא, שאז יהיה הכיסוי הביטוחי עבורו כפוף לחריג מצב רפואי קודם, אלא אם הושלם החיתום בתוך 60 ימים נוספים שאז הכיסוי הביטוחי לא יהיה כפוף לחריג מצב רפואי קודם כאמור ויהיה בהתאם להחלטת החיתום בהתאם למצבו הרפואי במועד הצירוף לרובד הבסיסי.</p> <p>סייג בשל מצב רפואי קודם יהיה תקף לעניין המבוטחים במקרים ולתקופות המפורטים להלן ובנסיבות האמורות בסעיף 14.1.7.4 לפוליסה:</p> <p>א. גילו של המבוטח ביום הקובע הוא פחות מ-65 שנים - לתקופה שלא תעלה על שנה ממועד ההצטרפות המקורי.</p> <p>ב. גילו של המבוטח ביום הקובע הוא 65 שנים או יותר - לתקופה שלא תעלה על חצי שנה ממועד ההצטרפות המקורי.</p> <p>על אף האמור לעיל, סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, אם נקבע, יהיה תקף לתקופה שנקבעה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.</p> <p>סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהצהרת המבוטח.</p>
	סייגים לחבות המבטחת	חריגים כלליים כמוגדר בפוליסת הביטוח - סעיף 14.
תוספת לביטוח סיעוד	הגדרת מקרה ביטוח	<p>אירוע א -</p> <p>מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות כהגדרתן להלן:</p> <ol style="list-style-type: none"> לקום ולשכב - יכולת עצמאית של מבוטח לעבור ממצב שכיבה לשיבה ולקום מכיסא לרבות מכיסא גלגלים או מיטה; להתלבש ולהתפשט - יכולת עצמאית של מבוטח ללבוש פריטי לבוש מכל סוג ופשיטתם לרבות חיבור או הרכבת חגורה רפואית או גפה מלאכותית; להתרחץ - יכולת עצמאית של מבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת אחרת, לרבות כניסה לאמבטיה או למקלחת ויציאה מהן; לאכול ולשתות - יכולת עצמאית של מבוטח להזין את עצמו בכל דרך או אמצעי למעט אכילה למעט באמצעות קשית, ולרבות שתיה באמצעות קשית, לאחר שהמזון הוכן בשבילו והוגש לו;

נושא	סעיף	תנאים
תוספת לביטוח סיעוד	הגדרת מקרה ביטוח	5. לשלוט על הסוגרים - יכולת עצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים או פעולת השתן; אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה, למשל שימוש קבוע בסטומה, בקטטר בשלפוחית השתן, בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים;
		6. ניידות - יכולת עצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום, בלא עזרת הזולת; היעזרות בקביים, במקל, בהליכון או בכל אבזר אחר לרבות אבזר מכני, מוטורי או אלקטרוני, שמאפשר למבוטח לנוע באופן עצמאי לא תיחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע; יודגש כי אי-יכולתו של מבוטח לנוע בלא כיסא גלגלים תיחשב כאי-יכולתו לנוע באופן עצמאי; ואולם היה מבוטח בלא יכולת לנוע בלא כיסא גלגלים ואולם בעל יכולת עצמאית לנוע עם כיסא הגלגלים ממקום למקום בתקופת הביטוח בפוליסה הקודמת, ובמהלך תקופת הביטוח הנוכחית השתנתה יכולתו העצמאית כך שאינו יכול לנוע באופן עצמאי עם כיסא הגלגלים, יראו בו כמבוטח שאינו יכול לנוע באופן עצמאי החל במועד שבו השתנתה יכולתו העצמאית כאמור. או: אירוע ב - 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.
משך תקופת תשלום תגמולי הביטוח		עד תקופה מצטברת של 60 חודשים, למבוטח הנמצא במצב מזכה לפי תנאי הפוליסה וכל עוד הוא נמצא במצב המזכה.
סוג תגמולי הביטוח		פיצוי.
סכום הביטוח		בגין הרובד הבסיסי - פיצוי חודשי של 4,000 ₪. סכום הביטוח ברובד הבסיסי ו/או הפרמיה ברובד יחידות הברירה ניתנים לשינוי במהלך תקופת הביטוח לכלל המבוטחים בהתקיים הנסיבות המפורטות בהוראות ההסכם. בגין כל יחידת ברירה - פיצוי חודשי של 1,100 ₪. סכומי הביטוח בגין הרובד הבסיסי ובגין רובד יחידות הברירה יהיו צמודים למדד לפי שיעור השינוי בין מדד הבסיס למדד הקובע, כהגדרתם בפוליסה.
תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית		אין הפרדה - אין שינוי בסכום הפיצוי במקרה של טיפול בבית.

נושא	סעיף	תנאים
תוספת לביטוח סיעוד	שחרור מתשלום פרמיה	במהלך תקופת זכאותו של מבוטח לקבלת תגמול סיעודי ולאחר תקופת המתנה.
	סקאלת הפרמיה	כמפורט בסעיף "גובה הפרמיה" לעיל.
	זכויות המבוטח בגין העלאת פרמיה	כמפורט בהסכם.
	ערך מסולק	אין.
	תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח	אין.
	קיצוז תגמולים מביטוחים אחרים	אין קיצוז עם ביטוחים סיעודיים אחרים כגון: ביטוח לאומי, ביטוחים משלימים של קופ"ח וביטוחים מסחריים אחרים.

פוליסה לביטוח סיעוד קבוצתי

לחברי ארגון נכי צה"ל, עובדיו ובני משפחותיהם

1. כללי

- 1.1 פוליסה זו כפופה לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981, ולכל הסדר תחיקתי כהגדרתו להלן, שעניינו ביטוח קבוצתי בכלל ו/או ביטוח סיעודי בפרט.
- 1.2 תמורת תשלום פרמיה, תפצה המבטחת את המבוטח בגין מקרה הביטוח שארע בתקופת הביטוח, אם אירע, לאחר תום תקופת ההמתנה ולמשך תקופת תשלום התגמול הסיעודי, כהגדרתם להלן, בגבולות אחריות המבטחת ובכפוף לחרושים ולסייגים המפורטים להלן, הכל בהתאם לאמור בפוליסה ובתנאיה.

2. הגדרות כלליות

- בפוליסה זו ובכל נספח המצורף אליה תהיה למונחים הבאים המשמעות שבצדם.
- האמור בפוליסה זו בלשון יחיד - אף לשון רבים במשמע, וכן להיפך.
- האמור בפוליסה זו בלשון זכר - אף לשון נקבה במשמע, וכן להיפך.
- כותרות הסעיפים הינן לנוחות בלבד ולא יהיה בהן כדי לשמש לפרשנות הפוליסה ו/או להשפיע עליה.
- יובהר כי ההגדרות שלהלן מופיעות בסדר יורד בהתאם לאותיות הא'-ב' ועל פי העניין, ואין לייחס לסדר כל משמעות שהיא, מעבר לאמור.
- 2.1 **"בא כוח" / "בא כוחו של המבוטח"** - אפטרופוס, בן משפחה, מייצג רשמי או עורך דין בעל ייפוי כוח מטעמם או כל גורם אחר המוסמך לייצג את המבוטח על פי דין ו/או בהתאם לנהלי המבטחת.
 - 2.2 **"ביטוח סיעודי"** - ביטוח מפני מצב גופני או נפשי ירוד שלקה בו מבוטח כמפורט בהגדרת מקרה הביטוח בסעיף 3 לפוליסה זו.
 - 2.3 **"בן משפחה"** - מי שבמועד הצטרפותו לביטוח הינו בן/בת זוג של חבר הארגון או של עובד הארגון (נשואים או ידועים בציבור), או בן/בת של חבר הארגון או של עובד הארגון ו/או של בן/בת זוג של מי מהם.
 - 2.4 **"בעל הפוליסה"/ "הארגון"** - ארגון נכי צה"ל.
 - 2.5 **"גיל המבוטח"** - גיל המבוטח ייקבע על-פי ה-1 לחודש שבו חל יום הולדתו של המבוטח. כך, ולשם הדוגמא: מבוטח שנולד בתאריך ה-10 לחודש ספטמבר רואים אותם כאילו נולד ביום ה-1 לחודש ספטמבר.
 - 2.6 **"דף פרטי הביטוח"** - מסמך מטעמה של המבטחת אשר יישלח לכל מבוטח בסמוך ליום הקובע ובסמוך למועד הצטרפותו של כל מבוטח לרובדי הביטוח השונים, במהלך תקופת הביטוח, הכולל את הפרטים האישיים של המבוטח, מועד תחילת הביטוח, תקופת הביטוח, פירוט רובדי הביטוח בהם כלול המבוטח, לרבות: תקופת התגמול החודשי, סכום הביטוח, תקופת ההמתנה, המדד הבסיסי והפרמיה הנקובה בגין כל אחד מהם.
 - 2.7 **"ההסכם"** - הסכם לעריכת ביטוח סיעודי קבוצתי שבין בעל הפוליסה והמבטחת מיום 12.11.2017.
 - 2.8 **"היום הקובע"** - 1 בינואר 2018.
- למען הסר ספק יובהר כי פוליסה זו הינה ברצף ביטוחי מלא לפוליסה הקודמת כהגדרתה להלן.
- 2.9 **"המבוטחים"** - המבוטחים הקיימים והמבוטחים החדשים.

- 2.10. **"המבטחת" ו/או "החברה"** - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 2.11. **"המדד"** - מדד המחירים לצרכן הכולל ירקות ופירות, כפי שמפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, כעדכנו מעת לעת, או בהיעדר פרסום שכזה, מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומה.
- 2.12. **"המדד הקובע"** - המדד הידוע במועד בו ישולמו תגמולי הביטוח ו/או הפרמיה לפי העניין, ולענין הפרמיה הבסיסית בהתאם למועדים הקבועים בתקנות הנכים (הסכום המקסימאלי שניתן לנכות מתגמוליו של נכה), התשמ"א-1981 ("תקנות הנכים") ובכפוף להוראות הדין.
- 2.13. **"הממונה"** - הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון כמשמעותו בחוק הפיקוח וכל גורם מוסמך מטעמו.
- 2.14. **"הסדר תחיקתי"** - כל החוקים, התקנות, ההוראות והצווים הממשלתיים וחוזרי הפיקוח של הממונה, הקובעים מדי פעם בפעם את התנאים לתוכניות ביטוח סיעודי ולהפעלתן ואת אופן פעולתן של חברות ביטוח, כפי שיהיו מפעם לפעם, ולרבות מבלי לגרוע, חוק הפיקוח, תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט-2009; תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (הון עצמי מינימלי הנדרש ממבטח), התשנ"ח-1998, תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (כללי השקעה החלים על גופים מוסדיים), התשע"ב-2012, תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (דרכי הפרדת חשבונות ונכסים של מבטח בביטוח חיים), התשמ"ד-1984, חוזר גופים מוסדיים 2016-9-22 בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור, עמדת הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון שה.2776-2015 הגדרת מקרה הביטוח בביטוח סיעודי; וכן כל ההוראות שיינתנו על ידי הממונה ולרבות הוראות פרטניות שיינתנו מעת לעת למבטחת או לבעל הפוליסה על ידי הממונה בענין הביטוח הסיעודי הקבוצתי של בעל הפוליסה.
- 2.15. **"הפוליסה הקודמת"** - שתי הפוליסות (בחלוקה לשתי קבוצות גיל) לפי הסכם לביטוח סיעודי קבוצתי שנחתם ביום 2 במאי 2004 בין הארגון למבטחת (על כל נספחיהן ותוספותיהן), לחברי הארגון, עובדיו ובני משפחותיהם, אשר תוקפן הוארך עד ליום 31.12.17.
- 2.16. **"הפרמיה/דמי ביטוח"** - דמי הביטוח שיש לשלם בגין הכיסוי הביטוחי לפי תנאי הפוליסה בהתאמה לרבדי הביטוח שנרכשו עבור המבוטח.
- 2.17. **"הצהרת הבריאות"** - טופס שאלון רפואי, המיועד למילוי על ידי המועמד לביטוח, כחלק בלתי נפרד מבקשתו להצטרף לכל אחד מרובדי הביטוח.
- 2.18. **"חבר הארגון"** - נכה צה"ל, שאינו בעל דרגת נכות של $\geq 100\%$ (מאה אחוזים פלוס), הזכאי על פי ההגדרות הקיימות ו/או שיהיו קיימות בתקנון הארגון להיות חבר בארגון, אשר משלם דמי חבר בארגון באופן סדיר, ונכלל ברשימות חברי הארגון, הכל על פי שיקול דעתו הבלעדי של הארגון.
- 2.19. **"חוק הפיקוח"** - חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981.
- 2.20. **"חוק הנכים"** - חוק הנכים (תגמולים ושיקום), התשי"ט-1959.
- 2.21. **"חיתום רפואי"** - תהליך, המבוצע על ידי המבטחת, לבדיקת מצבו הרפואי של מועמד לביטוח, בהתאם להצהרת הבריאות של המועמד לביטוח, כהגדרתה לעיל, בהתאמה לכל אחד מרובדי הביטוח, אליהם מבקש המועמד לביטוח להצטרף. החיתום הרפואי יקבע את קבלתו או דחייתו של המבוטח לרובד הביטוח המבוקש על ידו.
- 2.22. **"מבוטח חדש"** - חבר ארגון, עובד ארגון או בן משפחה שיצטרפו כמבוטחים בביטוח סיעודי במסגרת הפוליסה אצל המבטחת מהיום הקובע ואילך, לרבות נכה צה"ל שאינו חבר הארגון אשר הודיע על רצונו להמשיך להיות מבוטח בביטוח הקבוצתי הסיעודי לחברי ארגון נכי צה"ל באמצעות משרד הביטחון לפי הוראות סעיף 17 להלן.

- 2.23. **"מבוטח קיים"** - כל מי שנכון ליום 31 בדצמבר 2017 בחצות היה מבוטח במסגרת הפוליסה הקודמת ואינו מבוטח נשאר.
- 2.24. **"מבוטח נשאר"** - מי שהגיש תביעה במסגרת הפוליסה הקודמת ותביעתו התקבלה ו/או נתקבל, וכל עוד יהיה במצב סיעודי בהתאם להוראות הפוליסה הקודמת, וכן מי שנקבע לגביו לפי הוראות סעיף 6 להלן כי מקרה הביטוח ארע לו בתקופת הפוליסה הקודמת.
- 2.25. **"מדד הבסיס"** - המדד הידוע ביום הקובע.
- 2.26. **"מועד ההצטרפות"** - כהגדרת מועד זה בסעיפים 7.1.1.1 ו-7.2 לפוליסה זו.
- 2.27. **"מועד ההצטרפות המקורי"** - המועד בו הצטרף המבוטח לראשונה לרובד מרובדי הפוליסה, או לרובד מרובדי הפוליסה הקודמת, לפי המוקדם מביניהם.
- 2.28. **"מועמד לביטוח"** - חבר ארגון, עובד ארגון או בן משפחה המבקש להצטרף לביטוח סיעודי במסגרת הפוליסה כמבוטח חדש, או מבוטח (חדש או קיים) המבקש להצטרף לרובד יחידות הברירה בפוליסה או להגדילו.
- 2.29. **"סוכנות הביטוח" או "הסוכנות"** - סוכנות ביטוח כהגדרתה בחוק הפיקוח, אשר תבחר מעת לעת על ידי הארגון במועד חתימת הסכם זה, סוכנות הביטוח היא מבטח סימון סוכנויות לביטוח בע"מ. הארגון יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו הבלעדי, להחליף את סוכנות הביטוח.
- 2.30. **"סכום הביטוח"/"תגמול סיעודי"** - סכום כספי חודשי קבוע, בהתאם לרובדי הביטוח בהם מבוטח המבוטח, המשולם על בסיס פיצוי (ללא צורך בהוכחת הוצאה בפועל ו/או המצאת חשבוניות/קבלות), שהמבטחת תשלם בגין מקרה ביטוח, כמצוין בפוליסה זו, ולתקופה המצוינת בפוליסה זו.
- 2.31. **"עובד הארגון"** - עובד קבוע של הארגון אשר קיבל אישור זכאות בכתב להצטרפות לביטוח הסיעודי, מן הארגון, על פי קריטריונים שיקבעו על ידי הארגון מעת לעת ושנתן הסכמתו לארגון לצרפו לביטוח הסיעודי, טרם צירופו לביטוח.
- 2.32. **"קרן המבוטחים"** - הכספים והנכסים אשר יצברו על ידי המבטחת בקרן נפרדת כמפורט בסעיף 11 להלן, ויוחזקו על ידה בנאמנות עבור המבוטחים בהתאם להוראות ההסכם של בעל הפוליסה עם המבטחת.
- 2.33. **"רובד ביטוח"** - כל אחד משני רובדי הביטוח בפוליסה (הרובד הבסיסי ו/או רובד יחידות הברירה) כמפורט בסעיף 5 להלן.
- 2.34. **"רשימת המבוטחים"** - הרשימה של כל המבוטחים, בחלוקה לפי רובדי הביטוח השונים, שתוכן ותעודכן מעת לעת.
- 2.35. **"תקופת המתנה"** - תקופה, המנויה בימים או בחודשים, בהתאמה לרובד הביטוח בו מבוטח המבוטח, המתחילה במועד שבו אירע מקרה ביטוח לראשונה ואשר בסיומה זכאי המבוטח לתגמול סיעודי חודשי, מטעם המבטחת, בתנאי שבמהלך כל התקופה מתקיים לגביו מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי תקופת המתנה תכלול את ימי האשפוז בבית חולים.
- 2.36. **"תקופת תשלום התגמול הסיעודי"** - תקופה, המנויה בחודשים, במהלכה זכאי מבוטח לקבלת התגמול הסיעודי החודשי, מתום תקופת המתנה, בהתאמה לרובד הביטוח בו מבוטח המבוטח ובתנאי שבמהלך כל התקופה מתקיים לגבי המבוטח מקרה ביטוח, כמפורט להלן:
- הרובד הבסיסי - 60 חודשים;
 - רובד יחידות הברירה - 60 חודשים.
- 2.37. **"תקנות הפיקוח על הביטוח" או "התקנות"** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), התשנ"ט-2009.

3. הגדרת מקרה הביטוח

מקרה ביטוח הוא קרות אחד או יותר מהמקרים האלה:

- 3.1. תשישות נפש שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום; לעניין זה, "תשישות נפש" - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, 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.
- 3.2. מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בשלו הוא לא מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (50% לפחות מהפעולה), של 3 פעולות לפחות מתוך פעולות אלה:
 - 3.2.1. **לקום ולשכב** - יכולת עצמאית של מבוטח לעבור ממצב שכיבה לשיבה ולקום מכיסא לרבות מכיסא גלגלים או מיטה;
 - 3.2.2. **להתלבש ולהתפשט** - יכולת עצמאית של מבוטח ללבוש פריטי לבוש מכל סוג ופשיטתם לרבות חיבור או הרכבת חגורה רפואית או גפה מלאכותית;
 - 3.2.3. **רחצה** - יכולת עצמאית של מבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת אחרת, לרבות כניסה לאמבטיה או למקלחת ויציאה מהן;
 - 3.2.4. **אכילה ושתייה** - יכולת עצמאית של מבוטח להזין את עצמו בכל דרך או אמצעי למעט אכילה למעט באמצעות קשית, ולרבות שתיה באמצעות קשית, לאחר שהמזון הוכן בשבילו והוגש לו;
 - 3.2.5. **שליטה בסוגרים** - יכולת עצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים או פעולת השתן; אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה, למשל שימוש קבוע בסטומה, בקטטר בשלפוחית השתן, בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ויחשבו כאי שליטה על סוגרים;
 - 3.2.6. **ניידות** - יכולת עצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום, בלא עזרת הזולת; היעזרות בקביים, במקל, בהליכון או בכל אבזר אחר לרבות אבזר מכני, מוטורי או אלקטרוני, שמאפשר למבוטח לנוע באופן עצמאי לא תיחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע; יודגש כי אי-יכולתו של מבוטח לנוע בלא כיסא גלגלים תיחשב כאי-יכולתו לנוע באופן עצמאי; ואולם היה מבוטח בלא יכולת לנוע בלא כיסא גלגלים ואולם בעל יכולת עצמאית לנוע עם כיסא הגלגלים ממקום למקום בתקופת הביטוח בפוליסה הקודמת, ובמהלך תקופת הביטוח הנוכחית השתנתה יכולתו העצמאית כך שאינו יכול לנוע באופן עצמאי עם כיסא הגלגלים, יראו בו כמבוטח שאינו יכול לנוע באופן עצמאי החל במועד שבו השתנתה יכולתו העצמאית כאמור.

4. תקופת הביטוח

- 4.1. תקופת הביטוח הינה 60 חודשים מיום 1 בינואר 2018 (היום הקובע).
- 4.2. בעל הפוליסה יהיה זכאי, לפי שיקול דעתו הבלעדי, להודיע למבטחת על רצונו להאריך את תקופת הביטוח לתקופה נוספת שלא תעלה על 5 (חמש) שנים, בתנאים שיוסכמו בין בעל הפוליסה למבטחת, ככל שיוסכמו, ובאישור הממונה.
- 4.3. הפוליסה לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה, עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

5. רובדי הביטוח בפוליסה

- 5.1 הפוליסה כוללת שני (2) רובדי ביטוח שונים כמפורט להלן:
- 5.1.1 "רובד בסיסי" - ביטוח סיעודי לפי פוליסה זו המקנה למבוטחים שהינם חברי הארגון ועובדיו (מבוטחים קיימים או חדשים) שעמדו בדרישות החיתום הרפואי לרובד הבסיסי, זכות לתגמול סיעודי חודשי בסכום הקבוע בסעיף 9 להלן כנגד תשלום הפרמיה עבור הרובד הבסיסי לתקופת תשלום תגמול סיעודי שאינה עולה על 60 חודשים, בתום תקופת המתנה בת 90 ימים.
- 5.1.2 "רובד יחידות הברירה" - ביטוח סיעודי לפי פוליסה זו המקנה למבוטחים (קיימים או חדשים) שעמדו בדרישות החיתום הרפואי לרובד יחידות הברירה זכות לתגמול סיעודי חודשי כנגד תשלום הפרמיה עבור יחידת הברירה, בהתאם למכפלת מספר יחידות ברירה שרכש המבוטח, לתקופת תשלום תגמול סיעודי שאינה עולה על 60 חודשים, בתום תקופת המתנה בת 90 ימים. יחידת ברירה אחת מקנה זכות לתגמול סיעודי חודשי בסך הקבוע בסעיף 9 להלן.
- 5.2 הזכאות להצטרף לכל אחד מרובדי הביטוח כאמור לעיל ואופן ההצטרפות יהיו כמפורט בסעיף 7 להלן.

6. הוראות בקשר למבוטחים קיימים ומבוטחים נשאים

- 6.1 מבוטחים קיימים יבוטחו בהתאם לתנאי הפוליסה החל מהיום הקובע ואילו מבוטחים נשאים, בין אם היה ידוע כי הם מבוטחים נשאים ביום הקובע ובין אם התברר כך לאחר מכן, ימשיכו לקבל תגמולי ביטוח ו/או יהיו זכאים לקבל תגמולי ביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה הקודמת.
- 6.2 מובהר ומוסכם, כי המבוטחים הקיימים עוברים למבטחת ברצף ביטוחי מלא וללא בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם. מובהר כי אין באמור כדי לגרוע מהוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התש"ד-2004, לרבות הוראות תקנה 6 לתקנות האמורות.
- 6.3 מבוטח שהגיש תביעה במסגרת הפוליסה הקודמת (כלומר לפני היום הקובע) וביום הקובע טרם התקבלה החלטה בתביעתו, ייחשב מבוטח קיים ויבוטח במסגרת הפוליסה. על אף האמור, ככל שהחלטה בתביעה שהגיש (אשר תתקבל לאחר היום הקובע) תהיה שמקרה הביטוח שאירע למבוטח קרה לו לראשונה לפני היום הקובע, יחשב כמבוטח נשאר ויחולו לגביו הוראות סעיף 6.4 להלן.
- 6.4 נקבע כי מקרה הביטוח שאירע למבוטח קרה לו לראשונה לפני היום הקובע, יחשב כמבוטח נשאר (בין אם התביעה שהגיש המבוטח הוגשה לפני היום הקובע ובין אם הוגשה לאחר היום הקובע) ויהיה זכאי לתגמולי ביטוח על פי תנאי הפוליסה הקודמת. במקרה כזה, הפוליסה שהנפיקה המבטחת לאותו מבוטח, תבוטל באופן רטרואקטיבי ויושב למבוטח דמי הביטוח ששילם למבטחת עבור הפוליסה שבוטלה, בתוספת ריבית והצמדה בהתאם לאמור בחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981, החל מהיום הקובע ואילך.
- 6.5 מבוטח נשאר שפסקה זכאותו לקבלת תגמולי ביטוח עקב שיפור במצבו, וטרם מיצה את מלוא תקופת תשלום התגמול הסיעודי על פי הפוליסה הקודמת, יועבר לפוליסה ללא צורך בחיתום רפואי, וייחשב כמבוטח קיים החל מיום המעבר בפועל. תקופת תשלום התגמול הסיעודי שקיבל מבוטח לפי הפוליסה הקודמת תקוזז מסך תקופת תשלום התגמול הסיעודי המרבית לה הוא זכאי על פי פוליסה זו.

7. צירוף מבוטחים חדשים והצטרפות לרובדי ביטוח נוספים

7.1. צירוף מבוטחים חדשים לפוליסה והצטרפות מבוטחים לרובדי ביטוח נוספים, במהלך תקופת הביטוח, יבוצעו בהתאם לאופן ולתנאים כמפורט להלן:

7.1.1. חברי ארגון

7.1.1.1. חבר ארגון חדש יצורף לרובד הבסיסי החל ממועד הצטרפותו לארגון, בכפוף לעמידתו בתנאי החיתום הרפואי לרובד הבסיסי כמפורט בסעיף 8 להלן ובהתאם למועדים ולתנאים הקבועים בסעיף האמור.

7.1.1.2. חבר ארגון המבוטח ברובד הבסיסי ושבחר בכך יהיה זכאי לרכוש בין 2 ל-8 יחידות ברירה (בכפוף להוראות נספח ב' לעניין הגבלת הזכאות לרכישת 2-4 יחידות ברירה בשל מענה חיובי על שאלת חיתום, כמפורט בנספח ב'), ובלבד שעמד בתנאי החיתום הרפואי לרובד יחידות הברירה כמפורט בסעיף 8 להלן

7.1.2. עובדי ארגון

7.1.2.1. עובד ארגון שבחר בכך יצורף לרובד הבסיסי בכפוף לעמידתו בתנאי החיתום הרפואי לרובד הבסיסי כמפורט בסעיף 8 להלן.

7.1.2.2. עובד ארגון המבוטח ברובד הבסיסי ושבחר בכך יהיה זכאי לרכוש בין 2 ל-8 יחידות ברירה, ובלבד שבוטח ברובד הבסיסי ועמד בתנאי החיתום הרפואי עבור יחידות הברירה כמפורט בסעיף 8 להלן.

7.1.3. בני משפחה

בן משפחה שבחר בכך יהיה זכאי לרכוש בין 2 ל-12 יחידות ברירה, ובלבד שעמד בתנאי החיתום הרפואי עבור רובד יחידות הברירה כמפורט בסעיף 8 להלן.

7.2. מועד ההצטרפות לביטוח

7.2.1. מועד הצטרפותו של חבר ארגון לרובד הבסיסי יהיה כאמור בסעיף 7.1.1.1 לעיל ("מועד הצירוף לרובד הבסיסי").

7.2.2. מועד ההצטרפות לביטוח בכל הרבדים (למעט מועד הצטרפותו של חבר ארגון לרובד הבסיסי שיחול ממועד הצטרפותו לארגון) ייקבע, בכפוף לביצוע חיתום על ידי המבטחת ואישורה לקבלתו לביטוח, בהתאם למועד החלטתה לקבלו לביטוח, כאשר אם התקבלה החלטתה לקבלו לביטוח עד ל-15 בחודש קלנדר, יחול הכיסוי הביטוחי מה-1 באותו חודש קלנדר, ואם התקבלה החלטתה לקבלו לביטוח ב-16 לחודש ואילך, יחול הכיסוי הביטוחי ב-1 בחודש הקלנדר העוקב.

8. חיתום רפואי

מועמד לביטוח יצורף לפוליסה (לרובד הבסיסי ו/או ליחידות הברירה) אצל המבטחת בכפוף לביצוע חיתום כמפורט להלן:

8.1. לגבי הרובד הבסיסי (לחבר ארגון)

8.1.1. לחבר ארגון יבוצע החיתום הרפואי בתקופה של עד 60 ימים ממועד הצירוף לרובד הבסיסי (היינו מועד הצטרפותו לארגון), בדרך של פניה ומענה לשאלות הקבועות בהצהרת הבריאות; החיתום יבוצע ביחס למצבו הרפואי של חבר הארגון במועד הצירוף לרובד הבסיסי בהתאם להוראות החיתום הרפואי. מובהר כי הכיסוי הביטוחי לחבר ארגון שעבר חיתום יחול ממועד הצירוף לרובד הבסיסי (ולא ממועד החיתום).

8.1.2. אם המבטחת לא השלימה חיתום לגבי הרובד הבסיסי למבטח חדש שהוא חבר הארגון בתוך 60 ימים ממועד הצירוף לרובד הבסיסי, מכל סיבה שהיא, יהיה הכיסוי הביטוחי עבורו כפוף לחריג מצב רפואי קודם בהתאם לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004, אלא אם הושלם החיתום בתוך 60 ימים נוספים שאז הכיסוי הביטוחי לא יהיה כפוף לחריג מצב רפואי קודם כאמור ויהיה בהתאם להחלטת החיתום בהתאם למצבו הרפואי במועד הצירוף לרובד הבסיסי.

8.1.3. על אף האמור בסעיף 8.1.2 לעיל אם נקבע שלמועמד לביטוח שהוא חבר הארגון קרה מקרה הביטוח לפני השלמת החיתום על ידי המבטחת וטרם חלפו 60 ימים ממועד הצירוף לרובד הבסיסי, זכאותו לגבי הרובד הבסיסי תבחן בהתאם למצבו הרפואי כפי שהיה ביום הצירוף לרובד הבסיסי ואם לפי הוראות החיתום הרפואי הקיימות במבטחת לגבי מועמדים לביטוח בפוליסה בעלי מאפיינים דומים, המבטחת הייתה 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.

8.2. לגבי הרובד הבסיסי (לעובד ארגון) -

לעובד הארגון יבוצע הליך החיתום הרפואי טרם ההצטרפות לביטוח בדרך של פניה ומענה על השאלות הקבועות בטופס הצהרת הבריאות; החיתום יבוצע ביחס למצבו הרפואי של המועמד במועד מילוי טופס הצהרת הבריאות.

8.3. לגבי יחידות הבריירה (לחברי הארגון עובדי הארגון ובני משפחה) -

יבוצע הליך חיתום טרם ההצטרפות לרובד יחידות הבריירה, בדרך של פניה ומענה על השאלות הקבועות בטופס הצהרת הבריאות; החיתום יבוצע ביחס למצבו הרפואי של המועמד במועד מילוי טופס הצהרת הבריאות.

8.4. קרות מקרה הביטוח לפני השלמת הצירוף לביטוח ברובד יחידות הבריירה או ברובד הבסיסי לעובד הארגון -

מוסכם כי אם נקבע שלמועמד לביטוח קרה מקרה הביטוח לפני השלמת ביצוע החיתום על ידי המבטחת, זכאותו לגבי רובד יחידות הבריירה ורובד הבסיס לגבי עובד ארגון תבחן בהתאם למצבו הרפואי כפי שהיה במועד מילוי טופס ההצטרפות לרובד יחידות הבריירה ורובד הבסיס לגבי עובד ארגון, ואם לפי הוראות החיתום הרפואי הקיימות במבטחת לגבי מועמדים לביטוח בפוליסה בעלי מאפיינים דומים, הייתה המבטחת 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. הוראות סעיף זה לא יחולו במקרה שבו הליך החיתום לא הושלם מסיבות התלויות במועמד לביטוח, כגון העדר מענה על הצהרת הבריאות, אי השלמת מידע נדרש, אי ביצוע בדיקות תפקודיות/הערכה קוגניטיבית וכו'.

9. סכום הביטוח

9.1. סכומי הביטוח שישולמו על ידי המבטחת בגין מקרה ביטוח יהיו על בסיס פיצוי כדלקמן:

9.1.1. בגין הרובד הבסיסי - סכום חודשי של ארבעת אלפים (4,000) ₪ (לעיל ולהלן: "**סכום הביטוח הבסיסי**"), לתקופה שאינה עולה על 60 חודשים (לאחר תקופת המתנה בת 90 ימים ממועד קרות מקרה הביטוח).

מובהר כי סכום הביטוח הבסיסי ניתן לשינוי בכל עת כך שבהתקיים הנסיבות המפורטות בהוראות ההסכם, ככל שיתקיימו, לעניין סכום קרן המבטחים ולעניין המודל האקטוארי ניתן יהיה להפחיתו לסכום הנמוך מ-4,000 ₪.

9.1.2. בגין כל יחידת ברירה - סכום חודשי של אלף ומאה (1,100) ₪ לתקופה שאינה עולה על 60 חודשים (לאחר תקופת המתנה בת 90 ימים ממועד קרות מקרה הביטוח).

9.2. סכומי הביטוח יהיו צמודים למדד לפי שיעור השינוי בין מדד הבסיס למדד הקובע.

10. הפרמיות ("דמי הביטוח") וגבייתן

הפרמיה עבור כל מבוטח הינה כמסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטחת, בהתאמה לזהות המבוטח, גיל המבוטח ולרובדי הביטוח בהם מבוטח המבוטח:

10.1. הפרמיה בגין רובד הבסיס

10.1.1. הפרמיה שתשולם בגין הרובד הבסיסי לחברי הארגון ועובדי הארגון תעמוד על סך של 100 ₪ (מאה שקלים חדשים) לחודש למבוטח (לעיל ולהלן: "הפרמיה הבסיסית"), נכון ליום הקובע והיא תהיה צמודה למדד הקובע, והכל בהתאם לתקנות הנכים.

10.1.2. הפרמיה הבסיסית, עבור חברי הארגון, תשולם למבטחת כדלקמן:

סך העומד נכון ליום הקובע על 62.5 ₪ ישולם על ידי כל מבוטח שהוא חבר ארגון אחת לחודש בגין החודש שחלף וזאת באמצעות משרד הביטחון על דרך של ניכוי הסכום מתגמול הנכה. חלקו של משרד הביטחון בפרמיה הבסיסית (סך העומד נכון ליום הקובע על 37.5 ₪), ישולם למבטחת בהתאם להוראות ההסכם שבין בעל הפוליסה למבטחת.

10.1.3. הפרמיה הבסיסית עבור עובדי הארגון תשולם למבטחת באמצעות בעל הפוליסה, על דרך של ניכוי הסכום ממשכורות העובדים המבוטחים.

10.2. הפרמיה בגין רובד יחידות הברירה-

10.2.1. הפרמיה בגין רובד יחידות הברירה תשולם, באופן פרטני, על ידי כל מבוטח, אחת לחודש, באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע, בהתאם לנהוג אצל המבטחת.

10.2.2. הפרמיה בגין רובד יחידות הברירה תהיה כמפורט בטבלה להלן, בהתאמה לגילו של המבוטח במועדי תשלום הפרמיה, במהלך תקופת הביטוח ובהתאמה למספר יחידות הברירה שנרכשו על ידו:

טבלת דמי ביטוח (רובד יחידות הברירה) - פרמיה חודשית בש"ח לכל יחידת ברירה (1,100 ₪)*					
קבוצת גיל	שנה 1	שנה 2	שנה 3	שנה 4	שנה 5
3-24	1.47	1.58	1.69	1.82	1.95
25-29	5.46	5.46	5.46	5.46	5.46
30-34	9.55	9.55	9.55	9.55	9.55
35-39	9.55	10.21	10.92	11.68	12.50
40-44	12.49	12.87	13.25	13.65	14.06
45-49	12.49	13.41	14.40	15.46	16.61
50-54	14.69	17.28	20.32	23.90	28.12
55-59	17.00	20.82	25.51	31.24	38.27
60-64	20.00	25.05	31.37	39.29	49.20
65-69	49.21	52.07	55.10	58.31	61.70
70 ואילך	49.21	53.80	58.81	64.30	70.29

10.2.3. פרמיות רובד יחידות הברירה יהיו צמודות למדד הקובע.

10.2.4. פרמיות רובד יחידות הברירה ייגבו ישירות מהמבוטחים ללא מעורבות בעל הפוליסה ובלא שבעל הפוליסה יישא בכל אחריות לגביהן כאמור.

- 10.2.5. פרמיות רובד יחידות הברירה, ישתנו בכל ינואר של כל שנה וכן על פי גיל המבוטח במועד תשלום הפרמיה, והכל כמפורט בטבלה לעיל.
- 10.2.6. בנוסף לאמור, פרמיות יחידות הברירה ניתנות לשינוי בכל עת בהתקיים הנסיבות המפורטות בהוראות ההסכם, ככל שיתקיימו, לענין סכום קרן המבוטחים וניתן יהיה להגדילן לעומת הסכומים האמורים בסעיף 10.2.2 לעיל (וזאת בנוסף לשינויים בפרמיות כאמור בסעיף 10.2.5 לעיל).
- 10.3. **שחרור מתשלום פרמיה -**
- 10.3.1. לאחר תקופת ההמתנה ובמהלך תקופת זכאותו של מבוטח לתגמול סיעודי, תיפסק החובה לתשלום הפרמיה בגין המבוטח הזכאי לתגמול הסיעודי.
- 10.3.2. שולמה למבטחת הפרמיה בגין מבוטח שלא חב בתשלומי הפרמיה עקב היותו במצב סיעודי, תחזיר המבטחת את הפרמיה ששולמה לה, בנוסף לתגמול הסיעודי לו זכאי המבוטח בגין אותו חודש.
- 10.3.3. הפסיקה המבטחת לשלם למבוטח תגמול סיעודי לפי פוליסה זו עקב שיפור במצבו הבריאותי ויציאתו ממצב סיעודי, וזאת טרם שנשתיימה תקופת התשלום של התגמול הסיעודי, יהא המבוטח חייב בתשלום הפרמיה במלואה וכסדרה ממועד יציאתו מהמצב הסיעודי.

11. ערכי סילוק ופדיון וקרן מבוטחים

- 11.1. לא יצטברו לזכותו של מבוטח בפוליסה זו עודפים לצורך קבלת ערכי סילוק או פדיון.
- 11.2. על אף האמור בסעיף 11.1 לעיל, חלק מהפרמיות ששולמו בעד כלל המבוטחים לביטוח סיעודי קבוצתי, עתידים להיצבר בקרן המבוטחים ולשמש לכיסוי ההתחייבויות ארוכות הטווח, בעד המבוטחים כאמור, בניכוי ו/או בתוספות כפי שיוורה הממונה.
- 11.3. המבטחת תשמש נאמן על קרן המבוטחים לטובת המבוטחים בפוליסה. המבטחת וכל העוסק מטעמה בניהול קרן מבוטחים, יפעלו באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, לא יעדיפו כל עניין וכל שיקול על פני טובת קבוצת המבוטחים, ינהגו בזהירות וברמת מיומנות כפי שנאמן מיומן היה נוהג בנסיבות דומות וינקטו בכל האמצעים הסבירים לשם שמירה על קרן המבוטחים.

12. חבות המבטחת - טיפול בתביעות

- 12.1. בהתקיים מקרה הביטוח, ובתנאי כי ארע החל מהיום הקובע ואילך, תפצה המבטחת את המבוטח, החל מתום תקופת ההמתנה, וכל עוד המבוטח נמצא במצב סיעודי לתקופה מרבית של 60 חודשים.
- 12.2. המבוטח או בא כוחו של המבוטח, יודיע למבטחת, בפנייה לסוכנות או ישירות למבטחת, על קרות מקרה הביטוח, באמצעות הגשת תביעה לקבלת התגמול הסיעודי (להלן: "טופס התביעה").
- 12.3. בעל הפוליסה לא יוכל להגיש תביעה בשם מבוטח והחובה להגשת התביעה ו/או לביסוסה תחול על המבוטח או בא כוחו של המבוטח בלבד.
- 12.4. במסגרת טופס התביעה, ובמועדים נוספים, בהתאם לבקשת המבטחת, ימציא למבטחת, המבוטח או בא כוחו, את המסמכים הרפואיים והמסמכים האחרים הדרושים למבטחת, בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי, לשם ברור תביעתו והנוגעים לביסוס מקרה הביטוח וכן מסמכים אחרים ו/או נוספים שהמבטחת תדרוש, בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי, והמיועדים לברור חבותה על פי פוליסה זו.
- 12.5. בהתאם לדרישת המבטחת, המבוטח או בא כוחו יחתום ויגיש, במצורף לטופס התביעה, כתב וויתור סודיות רפואית, אשר יאפשר למבטחת לקבל מידע רפואי ומידע תפקודי אודות המבוטח. מובהר, כי השימוש בויתור על סודיות רפואית ייעשה ככל שהדבר דרוש לצורך ברור זכויות וחובות המוקנות על פי הפוליסה בלבד.

12.6. הערכה תפקודית -

- 12.6.1. המבטחת תהיה רשאית לבצע על חשבונה, באופן סביר ובפרק זמן סביר, שלא יעלה על 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הרפואיים הנדרשים למבטחת, כל בדיקה ו/או חקירה ולהעמיד את המבוטח לבדיקה על ידי רופא מטעמה לשם ביצוע בדיקה רפואית ו/או הערכה תפקודית, לפי שיקול דעתה הבלעדי.
 - 12.6.2. על המבוטח לשתף פעולה עם הבדיקה ו/או החקירה כאמור לפני אישור התביעה ובמהלך תקופת תשלום התגמול הסיעודי.
 - 12.6.3. ההערכה התפקודית למבוטח תעשה לאחר תיאום מראש עם המבוטח או בא כוחו של המבוטח, שבעה (7) ימים לכל הפחות טרם ביצועה בפועל. לא הצליחה המבטחת לתאם את הביקור כאמור, תשלח הודעה בכתב על מועד הביקור תוך בקשת תיאום ואישור טלפוני לביצוע הביקור. למרות האמור יוכל מבוטח לבקש לקיים הבדיקה במועד מוקדם מ-7 ימים כאמור.
 - 12.6.4. ההערכה התפקודית למבוטח תבוצע בנוכחות אדם נוסף מבני משפחת המבוטח ו/או נציג מטעם המבוטח, אלא אם ויתר על כך המבוטח מראש ובכתב, טרם מועד ביצוע ההערכה התפקודית. האמור לעיל לא יחול בעת ביצוע הערכה תפקודית למבוטחים תשושי נפש, לגביהם תהיה קיימת חובת נוכחות של בן משפחה או של נציג מטעם המבוטח. המבוטח, בני משפחת המבוטח או נציגו יהיו רשאים לתעד את ביצוע בדיקת ההערכה התפקודית בכל דרך שימצאו לנכון ובלבד שאין בתיעוד כאמור משום הפרעה המונעת את קיום הבדיקה באופן סביר.
 - 12.6.5. המבטחת לא תהיה רשאית לבצע במבוטח, שהוכר כסיעודי, יותר משתי בדיקות הערכה תפקודית, במהלך כל 12 חודשי זכאות לתגמולי סיעוד למעט במקרה בו קיימת חוות דעת רפואית לצפי שיקומו (דהיינו, יציאה מהמצב הסיעודי) של המבוטח, שאז תהא רשאית המבטחת לבצע בדיקה נוספת מעבר לשתי הבדיקות כאמור.
- 12.7. נדחתה תביעתו של מבוטח להכרה בו כסיעודי ולקבלת התגמול הסיעודי, כולו או חלקו, תמסור המבטחת למבוטח הודעה מנומקת על סיבות הדחייה, בה יפורטו תנאי הפוליסה או הוראות הדין, אשר בשלם נדחית התביעה, ככל שהדחייה נסמכת עליהם ואלה יצורף דוח ההערכה התפקודית. העתק מהודעת המבטחת למבוטח יישלח לסוכנות אלא אם ביקש המבוטח שלא לעדכן את הסוכנות לגבי תביעתו.
- 12.8. במקרה של דחיית התביעה, המבטחת תודיע למבוטח על זכאותו להגיש ערעור על ההחלטה לוועדת ערר, לרבות זכותו להגיש חוות דעת של מומחה מטעמו, כחלק בלתי נפרד מהודעת הדחייה המפורטת והמנומקת וכן על זכותו להביא השגתו בפני הממונה על פניות הציבור אצל המבטחת, תוך ציון פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו וכן על זכותו להשיג על החלטת המבטחת בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה.

13. חבות המבוטח - תשלום התגמול הסיעודי

- 13.1. אושרה תביעתו של המבוטח להכרה במצבו הסיעודי, ישולם לו התגמול הסיעודי כפיצוי, בתשלומים חודשיים עוקבים, אחת לחודש ועד ליום ה-10 בכל חודש קלנדר. התגמול הסיעודי, הכלול בכל אחד מרובדי הביטוח השונים, ישולם כסכום פיצוי קבוע וללא תלות בהוצאות שהוצאו בפועל על ידי המבוטח או בגינו.
- 13.2. מובהר, כי החל ממועד תשלום התגמול הסיעודי, בסיומה של תקופת ההמתנה, יהיה המבוטח פטור מתשלום הפרמיה, הכל כמפורט בסעיף 10.3 לעיל.
- 13.3. בכל מקרה של זכאות המבוטח לקבלת התגמול הסיעודי החודשי בגין חלק מחודש, תעמוד תקרת התגמול הסיעודי החודשי על החלק היחסי, כיחס אותו חלק של החודש.

- 13.4. תקופת תשלום התגמול הסיעודי שקיבל מבוטח מהפוליסה הקודמת תקוזה מסך תקופת תשלום התגמול הסיעודי המרבית, לה הוא זכאי על פי פוליסה זו.
- 13.5. במקרה שלא שולמו תגמולי הביטוח במועדם יתווספו לתגמולי הביטוח שבפיגור, הפרשי הצמדה למדד וריבית בהתאם לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 מהיום בו היו אמורים להשתלם התגמולים ועד למועד התשלום בפועל.
- 13.6. במקרה של הפסקת הזכאות לתגמול סיעודי על פי פוליסה זו, על המבוטח או בא כוחו להודיע על כך באופן מיידי למבטחת ולא יאוחר מתום 30 (שלושים) יום ממועד הפסקת הזכאות לתגמול הסיעודי.
- 13.7. המבטחת תפסיק לשלם את התגמול הסיעודי במועד בו חדל המבוטח להיות במצב סיעודי או במועד מותו של המבוטח או בתום תקופת תשלום התגמול הסיעודי, המוקדם מביניהם.

13.8. מצב סיעודי חוזר

נפסקה זכאותו של המבוטח לקבלת תגמולי סיעוד, עקב שיפור במצבו ויציאתו מהמצב הסיעודי, ולאחר מכן חזר להיות במצב סיעודי, המזכה אותו בתגמולי סיעוד על פי פוליסה זו, יהיה המבוטח זכאי לתגמולי סיעוד, החל ממועד הכרתו המחודשת במצב סיעודי, ללא תקופת המתנה נוספת, אם טרם חלפו 12 חודשים ממועד הפסקת תשלומי תגמולי הסיעוד. אם חלפו למעלה מ-12 חודשים מהמועד שבו נפסקה זכאותו לקבלת תגמולי סיעוד על פי הפוליסה, המבטחת תשלם את תגמולי הסיעוד, בגין הזכאות החדשה לתגמולי הסיעוד, לאחר תקופת המתנה נוספת בת 90 ימים.

13.9. מקרה פטירה

13.9.1. נפטר המבוטח במהלך התקופה בה היה זכאי לתגמולי ביטוח, תפסק זכאותו לתגמולי ביטוח מיום מותו, ותסתיים אחריות המבטח על פי פוליסה זו כלפי אותו מבוטח ממועד זה.

13.9.2. נפטר מבוטח ולא צוין מוטב אחר, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח אשר לא שולמו לפני מועד הפטירה ליורשיו על פי צו ירושה או צו קיום צוואה.

13.10. בטלות הפוליסה לאחר מיצוי תקופת תשלום התגמול הסיעודי

עם סיומה של תקופת תשלום התגמול הסיעודי במלואה, תבטל הפוליסה לגבי המבוטח, אשר לא יהיה זכאי לכל סכום נוסף על פי פוליסה זו.

14. חריגים לכיסוי

14.1. פוליסה זו לא כוללת כיסוי במקרים אלה:

- 14.1.1. מקרה ביטוח שארע לפני תחילת תקופת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, בכפוף לאמור בסעיף 6 לעיל;
- 14.1.2. מקרה ביטוח שארע עקב השתתפות בהפיכה, מרד, פרעות, שביתה בלתי חוקית או כל נזק שנגרם במישרין או בעקיפין עקב ביצוע פשע, עוון, סחר בסמים, פעילות ללא רישיון תקף מתאים לאותה פעילות ככל שנדרש בארץ האירוע או התנגדות למעצר. מובהר כי החריג לפי סעיף קטן זה לא יחול על תאונות דרכים ו/או תאונות עבודה;
- 14.1.3. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי;
- 14.1.4. מקרה ביטוח שארע עקב שימוש בסמים לא חוקיים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראת רופא, שלא לצורך גמילה;
- 14.1.5. טיסת המבוטח בכלי טיס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים שלא כאיש צוות;

- 14.1.6. מקרה ביטוח שארע לראשונה ב-36 החודשים הראשונים לחייו של מבטוח;
14.1.7. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004, בהתקיים הנסיבות האמורות להלן בסעיף 14.1.7.4 בלבד.

הגדרות מיוחדות לעניין סעיף 14.1.7:

- 14.1.7.1. "מצב רפואי קודם" - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו לפני מועד הצטרפותו של מבטוח לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה, לעניין זה "אובחנו" בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות המקורי לעניין מצב רפואי קיים, כהגדרתו לעיל.
14.1.7.2. "סייג בשל מצב רפואי קודם" - סייג כללי בחוזה ביטוח הפוטר את המבטוח מחבותו, או המפחית את חבות המבטוח או את היקף הכסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קיים, ואשר ארע למוטב או למבטוח בתקופה שבה חל הסייג.

14.1.7.3. סייג בשל מצב רפואי קודם

- סייג בשל מצב רפואי קודם יהיה תקף לעניין המבטוחים במקרים ולתקופות המפורטים להלן ובנסיבות האמורות בסעיף 14.1.7.4 להלן:
14.1.7.3.1. גילו של המבטוח ביום הקובע הוא פחות מ-65 שנים - לתקופה שלא תעלה על שנה ממועד ההצטרפות המקורי.
14.1.7.3.2. גילו של המבטוח ביום הקובע הוא 65 שנים או יותר - לתקופה שלא תעלה על חצי שנה ממועד ההצטרפות המקורי.

על אף האמור לעיל, סייג לחבות המבטוח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבטוח מסוים, אם נקבע, יהיה תקף לתקופה שנקבעה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.

סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבטוח הודיע למבטוח על מצב בריאותו הקודם והמבטוח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהצהרת המבטוח.

- 14.1.7.4. סייג מצב רפואי קודם בפוליסה זו, לא יחול אלא במקרה שבו לא השלימה המבטחת חיתום לגבי הרובד הבסיסי למבטוח חדש שהוא חבר הארגון בתוך 60 ימים ממועד הצירוף לרובד הבסיסי, מכל סיבה שהיא, שאז יהיה הכיסוי הביטוחי עבורו כפוף לחריג מצב רפואי קודם, אלא אם הושלם החיתום בתוך 60 ימים נוספים שאז הכיסוי הביטוחי לא יהיה כפוף לחריג מצב רפואי קודם כאמור ויהיה בהתאם להחלטת החיתום בהתאם למצבו הרפואי במועד הצירוף לרובד הבסיסי.

15. חבות המבטחת מחוץ לגבולות מדינת ישראל

- 15.1. המבטחת תהיה אחראית לתשלום התגמול הסיעודי על פי פוליסה זו גם בעת שהיית המבטוח מחוץ לגבולות מדינת ישראל במועד קרות מקרה הביטוח ו/או במהלך תקופת תשלום תגמולי הביטוח.

15.2. לגבי מבוטח המתגורר מחוץ לישראל המבטחת תהיה רשאית לבצע בדיקה תפקודית למבוטח במקום מגוריו בלבד והיא לא תהיה רשאית להתנות את אישור התביעה ו/או תשלום תגמולי הביטוח בביצוע בדיקה תפקודית בישראל ו/או במקום אחר שאינו מקום מגוריו של המבוטח.

16. ועדת הערר

- 16.1. מבוטח או מועמד לביטוח יהיו זכאים להגיש ערר לדיון בוועדת הערר בכל אחד מן המקרים המפורטים להלן:
- 16.1.1. נדחתה בקשתו של מועמד לביטוח להצטרפות לביטוח ו/או נקבע על ידי המבטחת כי מקרה הביטוח אירע למבוטח קיים קודם ליום הקובע;
- 16.1.2. נדחתה על ידי המבטחת באופן מלא או חלקי (מכל סיבה) תביעתו של מבוטח לתשלום תגמול סיעודי;
- 16.1.3. הופסקו תשלומי התגמול הסיעודי למבוטח, לאחר אישור תביעת המבוטח.
- 16.2. מבוטח או בא כוחו יגיש למבטחת את בקשתו לדיון בוועדת הערר תוך 60 ימים מהיום בו קיבל הודעה מנומקת מהמבטחת בקשר לאחד מהאירועים המפורטים בסעיף 16.1 לעיל.
- 16.3. המבוטח או בא כוחו יהיה רשאי להגיש לוועדת הערר מסמכים וחוות דעת רפואית כפי שימצא לנכון או כפי שיתבקש על ידי המבטחת.
- 16.4. המבטחת תעביר לוועדה את כל החומר הנוגע לתביעה והמצוי בידיה, בין אם הועבר לידיה על ידי המבוטח ובין אם הגיע לידיה שלא באמצעות המבוטח ובכפוף להוראות כל דין.
- 16.5. המבוטח ו/או בא כוחו יהיו רשאים להופיע בפני הוועדה.
- 16.6. ועדת הערר תתכנס לדון בבקשות ערר שהוגשו אליה אחת לרבעון. במקרים דחופים, בכפוף לשיקול דעתו של בעל הפוליסה, תתכנס ועדת הערר בהקדם האפשרי.
- 16.7. ועדת הערר תהיה מורכבת מעד שישה (6) חברים - עד שלושה (3) חברים של המבטחת ועד שלושה (3) חברים של בעל הפוליסה. מניין חוקי לפתיחת דיון בוועדת הערר יהיה נוכחות של לפחות ארבעה (4) חברים מתוכם יהיו נוכחים לפחות שני חברים מטעם המבטחת ושני חברים מטעם הארגון. לפחות אחד מהחברים בוועדת הערר יהיה רופא מומחה בהכשרתו וחבר נוסף אחד לפחות יהיה משפטן בהכשרתו.
- 16.8. החלטות הוועדה יתקבלו ברוב קולות.
- 16.9. ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בערר של מבוטח, לקבלו או לדחותו, באופן מלא או חלקי, בהתאם לתנאי הפוליסה וההסכם. במקרה של שוויון קולות החלטת המבטחת תיוותר על כנה ותימסר למבוטח או למועמד לביטוח, לפי העניין, הודעה לפיה אין שינוי מהחלטת המבטחת בשל אי הכרעה בוועדה.
- 16.10. החלטתה של הוועדה תחייב את המבטחת ותחשב לכל דבר ועניין כהחלטתה של המבטחת בעניין התביעה או בעניין הקבלה לביטוח.
- 16.11. תקופת ההתדיינות בוועדת הערר לא תיכלל במניין תקופת ההתיישנות של תביעת מבוטח.
- 16.12. אין בהחלטת ועדת הערר או בפניה אליה, בכדי לפגוע בזכויות המבוטח או בא כוחו לפנות לערכאות משפטיות ו/או לממונה לצורך בירור זכאותו על פי פוליסה זו.

17. נכי צה"ל אשר בחרו להפסיק את חברותם בארגון

17.1. נכה צה"ל אשר בחר להפסיק להיות חבר ארגון והודיע על כך בהתאם לקבוע בסעיף 14(ד) לחוק הנכים (תגמולים ושיקום), התשי"ט-1959 [נוסח משולב], ייגרע מהביטוח בכפוף לגריעתו מרשימת המבוטחים בהתאם להוראות סעיף 18 להלן ו/או לא יהיה זכאי להצטרף לרובד הבסיסי, לפי העניין, אלא אם הודיע למשרד הביטחון ולסוכנות, בתוך 90 ימים מהיום שבו הודיע על רצונו בהפסקת חברותו בארגון, או 90 ימים מהיום הקובע, לפי המאוחר מביניהם, על רצונו להיות מבוטח בביטוח הקבוצתי הסייעודי לחברי ארגון נכי צה"ל, באמצעות משרד הביטחון. הודיע נכה צה"ל כאמור, זכויותיו לפי הפוליסה לא ייפגעו בשל כך, למעט זכותו לרכוש יחידות ברירה חדשות, לו או לבני משפחתו, אם טרם עשה כן, שתבוטל מהמועד שבו הודיע על רצונו בהפסקת חברותו בארגון.

17.2. על אף האמור בסעיף 17.1 לעיל ולפי דרישת משרד הביטחון, יהיו זכאים נכי צה"ל שאינם חברי ארגון ביום הקובע, אך לא בני משפחותיהם, להצטרף לפוליסה ברובד הבסיסי בלבד, בתוך 90 ימים מהיום הקובע ולאחר שיישלח מכתב ייעודי מטעם המבטחת באמצעות משרד הביטחון. יובהר כי על אף האמור בסעיף 17.1 לעיל מבוטח קיים שביום הקובע אינו חבר הארגון לא יידרש להודיע על רצונו להמשיך ולהיות מבוטח ולא ייגרע מהביטוח אם לא הודיע כאמור בסעיף 17.1 לעיל.

17.3. צירוף של נכה צה"ל שאינו מבוטח קיים לרובד הבסיסי כאמור בסעיף זה יהיה בכפוף לעמיתו בתנאי החיתום הרפואי לרובד הבסיסי כמפורט בסעיף 8 לעיל.

18. גריעת מבוטח מהביטוח

18.1. חבר ארגון -

בכל אחד מהמקרים הבאים ייגרע שמו של חבר הארגון מרשימת המבוטחים:

18.1.1. במקרה בו חבר הארגון מבטל את חברותו בארגון, אלא אם הודיע למשרד הביטחון ולמבטחת על רצונו להישאר מבוטח בביטוח, כמפורט בסעיף 17.1 לעיל;

18.1.2. במקרה בו מבטלת חברותו של חבר הארגון בארגון ביוזמת הארגון, אלא אם הודיע למשרד הביטחון ולמבטחת על רצונו להישאר מבוטח בביטוח, כמפורט בסעיף 17.1 לעיל;

18.1.3. במקרה בו מבטלת חברותו של חבר הארגון מסיבות של מוות, חו"ח או ירידה באחוזי הנכות המוכרת על ידי משרד הביטחון ולעניין זה יחולו הוראות סעיף 18.5 להלן.

18.2. עובד ארגון -

בכל אחד מהמקרים הבאים ייגרע שמו של עובד הארגון מרשימת המבוטחים:

18.2.1. במקרה בו נפסקה העסקתו של עובד הארגון בארגון מכל סיבה שהיא, בין ביוזמת העובד ובין ביוזמת הארגון, למעט עקב יציאה לגמלאות מהארגון.

18.2.2. במידה ומתבטלים התנאים שהקנו לו את הזכאות לביטוח (לדוגמה - מעבר למשרת שעות וכיו"ב).

18.2.3. במקרה מוות חו"ח.

18.3. בן משפחה

בן משפחה ייגרע מרשימת המבוטחים במקרה מוות חו"ח.

הוראות שיחולו לגבי גריעה מהביטוח

- 18.4. עם הגריעה מרשימת המבוטחים כאמור, תתבטל זכאותו של מי שנגרע לביטוח הסיעודי לו הינו זכאי על פי פוליסה זו, והוא יהיה זכאי, מבלי להטיל על הארגון אחריות לכך, לרכוש ללא חיתום רפואי, בתוך תקופה של תשעים (90) ימים מקבלת הודעה על זכאותו לכך כאמור בסעיף 20.6 להלן ("תקופת המשכיות"), פוליסת ביטוח סיעוד פרטית הקיימת אצל המבטחת באותה עת בהנחה מהתעריף המקובל בחברת הביטוח בהתאם להוראות סעיפים 20.1 ו-20.3 להלן.
- 18.5. על אף האמור בסעיף 18.1.3 לעיל, חבר הארגון שבוטלה חברותו בארגון עקב ירידה באחוזי הנכות המוכרת על-ידי משרד הביטחון ייגרע מהרובד הבסיסי בלבד ויהיה זכאי לרכוש, בתוך תקופת המשכיות ללא חיתום רפואי, בין 2 ל-4 יחידות ברירה בפוליסה כאילו היה בן משפחה במקום הרובד הבסיסי. בחר חבר הארגון שלא לרכוש יחידות ברירה כאמור, יהיה זכאי לרכוש ללא חיתום פוליסת פרט, לפי הוראות סעיף 18.4 לעיל, ולעניין זה תהיה תקופת המשכיות לגביו מאה ועשרים (120) ימים מקבלת הודעה על זכאותו לכך כאמור בסעיף 20.6 להלן.
- 18.6. למניעת ספק, מובהר, כי עד למועד בו רכש מבוטח שנגרע מרשימת המבוטחים כאמור פוליסת פרט או יחידות ברירה, לפי העניין, ובכפוף לכך שפוליסת הפרט או יחידות הברירה כאמור אכן נרכשו תוך תקופת המשכיות, כמפורט בסעיף 20 להלן, יחול מלוא הכיסוי הביטוחי לגבי המבוטח בהתאם לכיסוי שרכש, ובלבד שהמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיות עבור תקופה זו בהתאם לפוליסת הפרט או יחידות הברירה שרכש, לפי העניין.
- 18.7. מבלי לפגוע באמור לעיל, מבוטח ששמו נגרע מרשימת המבוטחים כאמור בסעיפים 18.1.2, 18.1.3 ו-18.2 לעיל ובמהלך 60 (שישים) הימים שלאחר מכן חזר לרשימת המבוטחים וכן מבוטח חבר הארגון ששמו נגרע מהרשימה עקב ירידה באחוזי הנכות המוכרת על ידי משרד הביטחון ובמהלך 120 (מאה ועשרים) הימים מביטול זכאותו להיכלל בין חברי הארגון חזר לרשימת המבוטחים, יחשב כאילו מעולם לא נגרע מרשימת המבוטחים, ובכלל זה לא יידרש לעבור חיתום מחדש, ויהיה זכאי למלוא הזכויות המוקנות על פי פוליסה זו, ובלבד שהפרמיה עבור התקופה שבה נגרע שמו מרשימת המבוטחים שולמה למבטחת. מבוטח ששמו נגרע מרשימת המבוטחים ולאחר חלוף התקופות האמורות בסעיף זה חזר להיות חבר הארגון או עובד הארגון, יחשב כמבוטח חדש.
- 18.8. מובהר כי על אף גריעתו של מבוטח מרשימת המבוטחים כאמור בסעיפים 18.1 - 18.3 לעיל, לא ייגרע שמם של מבוטחים שהינם בני המשפחה שלו מרשימת המבוטחים והם יישארו מבוטחים בפוליסה.

19. ביטול הביטוח על ידי מבוטח

- 19.1. מבוטח יהיה רשאי לבטל את כל הביטוח הסיעודי בו הוא מבוטח או את רובד יחידות הברירה שבו הוא מבוטח, כולו או חלקו, בכל עת.
- 19.2. מבוטח אשר יבקש לבטל את כל הביטוח הסיעודי בו הוא מבוטח או את רובד יחידות הברירה שבו הוא מבוטח, כולו או חלקו, יפנה בקשתו בכתב למבטחת באמצעות סוכנות הביטוח או ישירות למבטחת.
- 19.3. מובהר כי מבוטח המבקש לבטל את הביטוח ברובד הבסיסי לא יוכל להישאר מבוטח ברובד יחידות הברירה בפוליסה.
- 19.4. ביטול הביטוח יבוצע על ידי המבטחת ויכנס לתוקף שלושה ימים מיום מסירת ההודעה למבטחת.
- 19.5. ביטול המבוטח את הביטוח הסיעודי ברובד הבסיסי כאמור בסעיף זה, לא יהיה זכאי לחזור ולהצטרף לביטוח ברובד הבסיסי בעתיד.

זכות המשכיות בגריעת מבוטח מהביטוח

- 20.1. מי שהפסיק להיות מבוטח במסגרת הפוליסה עקב ביטול זכאותו לביטוח סיעודי כאמור בסעיף 14 להסכם, יהיה זכאי לעבור לפוליסת פרט לביטוח סיעודי (להלן: "פוליסת המשך") כאמור בסעיף 20.2 להלן, ובלבד שהיה מבוטח ברציפות בפוליסה לביטוח סיעודי של הארגון במשך תקופה של שנה לפחות בסמוך לפני מועד הפסקת הביטוח הסיעודי ולא מימש את מלוא זכויותיו לפי הפוליסה.
- 20.2. מבוטח כאמור בסעיף 20.1 לעיל יהיה זכאי לעבור לפוליסת המשך, לפי המועדים המפורטים בסעיפים 20.6 ו-20.8 להלן, שאלה תנאיה:
- 20.2.1. סכום הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח בפוליסת המשך לא יפחתו מאלה הקבועים למבוטח בפוליסה (בהתאם לרבדים שבהם הוא מבוטח ובקיצוז התקופות במהלך קיבל המבוטח תגמול סיעודי, בין אם על פי פוליסה זו ובין אם על פי הפוליסות הקודמות), אלא אם ביקש המבוטח להפחית את סכום הביטוח כאמור.
- ואולם אם יהיה קיים למבוטח במועד המעבר לפוליסת המשך כיסוי בסל שירותי הבריאות הדומה לכיסוי בפוליסה על פי קביעת רשות שוק ההון הביטוח והחיסכון, לא תחול על המבטחת החובה לכלול את הכיסוי הדומה בפוליסת המשך; לענין זה, "סל שירותי הבריאות" - כאמור בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ובצו לפי סעיף 8(ז) לחוק האמור.
- 20.2.2. פוליסת המשך תהיה על פי בחירת המבוטח מבין פוליסות ביטוח הסיעוד שיהיו קיימות אצל המבטחת, בתעריפים שיהיו קיימים אצל המבטחת לרוכשי פוליסת פרט בגילו של המבוטח ביום רכישת פוליסת המשך (בניכוי הנחה כאמור בסעיף 20.3 להלן), והזכויות הביטוחיות שיוענקו יהיו דומות ככל הניתן לזכויות בפוליסה קבוצתית, והכל ברצף ביטוחי מלא, ללא חיתום רפואי וללא תקופת אכשרה.
- 20.3. ההנחה בפרמיה בפוליסת המשך תהיה לכל מבוטח כמפורט להלן:
- 20.3.1. במהלך שלוש השנים הראשונות לאחר המעבר לפוליסת המשך, תעניק המבטחת הנחות בפרמיה בשיעור של 30%.
- 20.3.2. החל מהשנה הרביעית ועד לתום שש השנים הראשונות שלאחר המעבר לפוליסת המשך, תעניק המבטחת הנחות בפרמיה בשיעור של 20%.
- 20.3.3. החל מהשנה השביעית ועד לתום תשע השנים הראשונות שלאחר המעבר לפוליסת המשך, תעניק המבטחת הנחות בפרמיה בשיעור של 10%.
- 20.3.4. החל מהשנה העשירית שלאחר המעבר לפוליסת המשך, ישלם המבוטח את מחיר הפרמיה המלא כפי שיהיה באותו מועד.

זכות המשכיות בביטול הפוליסה לכלל הקבוצה או חלקה

- 20.4. הופסק הביטוח הסיעודי, כולו או חלקו, עקב אי-חידושה של הפוליסה לכלל המבוטחים או לחלקם, בין אצל המבטחת ובין אצל מבטחת חדשה, יהיה זכאי לעבור לפוליסת המשך כאמור בסעיף 20.5 להלן, כל מי שהיה מבוטח ברציפות בפוליסה לביטוח סיעודי של הארגון במשך תקופה של שנה לפחות, ולגבי הרובד הבסיסי - כל מי שהיה מבוטח למשך כל תקופה שהיא, במועד הפסקת הביטוח הסיעודי, ובלבד שהמבוטח לא מימש את מלוא זכויותיו לפי הפוליסה; מובהר כי האמור בסעיף זה יחול רק לגבי מי שהופסק לגביו הביטוח כאמור ורק לגבי חלק הביטוח שהופסק.

20.5. מבוטח כאמור בסעיף 20.4 לעיל, יהיה זכאי לעבור לפוליסת המשך, לפי המועדים המפורטים בסעיפים 20.6 ו-20.8 להלן, שאלה תנאיה:

20.5.1. סכום הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח בפוליסת ההמשך לא יפחתו מאלה הקבועים למבוטח בפוליסה (בהתאם לרבדים שבהם הוא מבוטח ובקיצוז התקופות במהלכן קיבל המבוטח תגמול סיעודי, בין אם על פי פוליסה זו ובין אם על פי הפוליסות הקודמות), אלא אם ביקש המבוטח להפחית את סכום הביטוח כאמור.

ואולם אם יהיה קיים למבוטח במועד המעבר לפוליסת ההמשך כיסוי בסל שירותי הבריאות הדומה לכיסוי בפוליסה על פי קביעת רשות שוק ההון הביטוח והחיסכון, לא תחול על המבטחת החובה לכלול את הכיסוי הדומה בפוליסת ההמשך; לעניין זה, "סל שירותי הבריאות" – כאמור בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ובצו לפי סעיף 8(ז) לחוק האמור.

20.5.2. פוליסת ההמשך תהיה על פי בחירת המבוטח מבין פוליסות ביטוח הסיעוד שיהיו קיימות אצל המבטחת, בתעריפים שלא יעלו על התעריפים שיהיו קיימים אצל המבטחת לרוכשי פוליסת פרט על פי גילו של המבוטח ביום רכישת פוליסת ההמשך. הזכויות הביטוחיות שיוענקו בפוליסת ההמשך יהיו דומות ככל הניתן לזכויות בפוליסה קבוצתית, והכל ברצף ביטוחי, ללא חיתום רפואי וללא תקופת אכשרה.

מועדים למימוש זכות ההמשכיות

20.6. בתוך 60 ימים ממועד אי חידוש הפוליסה לכלל הקבוצה או חלקה או מיום הפסקת הביטוח הסיעודי למבוטח שנגרע מהביטוח, לפי העניין, תפנה המבטחת בכתב לכל מבוטח שמתקיימים בו התנאים הקבועים בסעיף 20.1 לעיל או בסעיף 20.4 לעיל, לפי העניין, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 60 ימים ממועד הודעת המבטחת, ולגבי מבוטחים כאמור בסעיפים 18.4 ו-18.5 לעיל - בתוך התקופות בסעיפים כאמור (90 ימים ו-120 ימים, בהתאמה).

20.7. הצטרף המבוטח לפוליסת ההמשך בתוך התקופות הקבועות בסעיף 20.6 לעיל, לפי העניין, תהיה תחילת תקופת הביטוח בפוליסות ההמשך למפרע מיום הפסקת הביטוח הסיעודי במסגרת הפוליסה.

20.8. על אף האמור בסעיף 20.6 לעיל, לגבי מבוטח אשר במועד שבו הביטוח הסיעודי לפי הפוליסה הופסק לגביו או לא התחדש לגביו, היה זכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה - פנייתה של המבטחת למבוטח, למעבר לפוליסת המשך כאמור, תהיה בתוך 30 ימים מהמועד שפסקה זכאותו של המבוטח לתגמולי הביטוח; בפנייה כאמור תציע המבטחת למבוטח לעבור לפוליסת המשך בתוך 60 ימים ממועד הודעת המבטחת; הצעה כאמור, תינתן רק אם אותו מבוטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לקבלת תגמולי ביטוח לפי פוליסה זו, וזכאותו בפוליסת ההמשך תהיה ליתרת התקופה שלא מומשה כאמור.

21. התיישנות

תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו היא שלוש (3) שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

22. תיקונים בפוליסה

הפוליסה תהיה ניתנת לשינוי במקרה הצורך, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטחת, ובכפוף לאישור הממונה, ככל שנדרש.

23. מיסים והיטלים

המבוטח חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על פוליסה זו או המוטלים על הפרמיות ועל התגמול הסיעודי ועל כל התשלומים האחרים שהמבטחת חייבת לשלם על פי פוליסה זו, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הפוליסה לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר, למעט מס הכנסה של החברה, שיחול עליה בלעדית.

יובהר כי הפרמיה ביום הקובע כוללת את מלוא המיסים וההיטלים החלים ביום הקובע.

24. הודעות

כל ההודעות המיועדות למבטח וכן כל המסמכים שיש למסור לו יימסרו בכתב למבטח לכתובתו ברחוב אבא הלל סילבר 3 ת.ד. 1951, רמת-גן או לסוכנות ברחוב היצירה 2 פתח-תקווה.

הודעות המיועדות לבעל הפוליסה (ארגון נכי צה"ל) ימסרו בכתב לכתובתו במשרד הראשי - רחוב שמואל ברקאי 49, אפקה, תל-אביב.

הודעה שתישלח על ידי החברה לכתובת האחרונה הידועה לה של המבוטח תיחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.

25. תנאים בהתאם להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט-2009

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

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

25.3. לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בסעיף זה - פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד; ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

25.4. סעיפים 25.2 ו-25.3 לא יחולו על פוליסה לביטוח סיעוד קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

25.4.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

25.4.2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.

25.4.3. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מכיסויים האלה:

(א) ניתוחים

(ב) תרופות

(ג) השתלות

(ד) מחלות קשות

(ה) שיניים

(ו) תאונות אישיות

- 25.5. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 25.6. מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות הממונה, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם הממונה.
- 25.7. על אף האמור בסעיף 25.6 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הווארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין -
- 25.7.1. כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי.
- 25.7.2. את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה.
- 25.7.3. את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- 25.8. חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 25.9. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי. נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב) לעיל, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.
- 25.10. חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.
- 25.11. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.
- 25.12. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

25.13. חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הסיעוד הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבוטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

25.14. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 25.3 לעיל, והודיע המבוטח למבוטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

25.15. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף זה ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לענין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" – למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

25.16. על אף האמור בסעיף 25.17 להלן, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1) לתקנות אלו, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

25.17. פוליסה לביטוח סיעוד קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים שעל פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבוטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

25.18. המבוטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח סיעוד אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.

25.19. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבוטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.