



פוליסת ביטוח סיעודי קבוצתי

לחברי קופת חולים "מאחדת"

תוכן עניינים

3	פתיח
4	גילוי נאות
9	תנאי הפוליסה
21	הנחיות להגשת תביעה



מבוטחים יקרים,

ברצוננו לעדכן כי החל מיום ה 1.1.2025, החברה שביטחה את חברי קופת חולים מאוחדת בפוליסה "מאוחדת סיעוד" – מנורה מבטחים ביטוח בע"מ (מנורה), תמשיך לבטח את לקוחות מאוחדת.

לקוחות מאוחדת אשר היו מבוטחים בפוליסת מאוחדת סיעוד עד ליום 31.12.2024, ימשיכו להיות מבוטחים באופן אוטומטי וברצף זכויות לביטוח הסיעודי באמצעות מנורה, ללא צורך במילוי טפסים וללא בחינת מצב רפואי קודם (חיתום רפואי).

כידוע הטיפול בחולה סיעודי כרוך בקשיים רבים ומהווה נטל כספי כבד על החולה ומשפחתו. אנו במאוחדת דואגים לבריאותכם בכל גיל, יחד עם זאת אם חס וחלילה את/ה ו/או היקרים לך תימצאו במצב סיעודי, תהיו זכאים לקבל סיוע כספי מחברת הביטוח, אשר יאפשר לכם קבלת טיפול מסור והולם.

מנורה תעמיד לרשותכם מגוון אמצעים ישירים ודיגיטליים לעדכון בכל שלבי התביעה, ככל שתהיה כזאת, ואף תקים עבורכם אזור אישי באתר האינטרנט שלה. במידת ותזדקקו לכך, תביעתכם תטופל באופן מקצועי ומהיר, על מנת שתוכלו להתרכז בשיפור בריאותכם בתקופה לא פשוטה זו. הביטוח הסיעודי הינו חלק ממכלול השירותים המוצעים ללקוחות מאוחדת, מתוך תפיסת מחויבות כלפי לקוחותינו בכל שלב בחיים. אנו עושים מאמצים רבים על מנת להציע שירותי בריאות ושירותים נוספים, אשר יתנו מענה בכל גיל ובהתאמה לכל מצב רפואי.

פוליסת הסיעוד היא פוליסה אחידה שנקבעה על ידי רשות שוק ההון לכל קופות החולים, כך שתנאי הכיסוי בפוליסה זהים בכל קופות החולים. לתשומת לבכם, ביום 1.1.2025, ייכנס לתוקפו תיקון בהוראות המסדירות את הביטוח הסיעודי לחברי קופות החולים. עיקרי השינוי בפוליסה וסכומי הביטוח המעודכנים כפי שנקבעו לפי הוראות אלה, מפורטים בדף המידע המצורף שהוכן על-ידי מנורה.

אנו מאחלים לכם בריאות שלמה ואריכות ימים.

בברכה,

עוזי ביתן
מנכ"ל מאוחדת

מבוטח/ת יקר/ה

אנו במנורה מבטחים מברכים על שיתוף הפעולה עם קופת חולים מאוחדת ועל הבחירה בנו להמשיך לתפעול פוליסת הסיעוד של חברי הקופה בפוליסת 'מאחדת סיעוד', לתקופה שתחל ב-1 בינואר 2025.

כחברה מובילה בשוק הביטוח בישראל, אנחנו במנורה מבטחים מבינים את החשיבות של מערך שירות זמין ואישי, הנותן מענה מקצועי, מהיר ומיטבי ברגעי האמת בהם המבוטחים צריכים אותנו.

מנורה מבטחים ביטוח מבטחת מזה שנים רבות עשרות אלפי מבוטחים בביטוחי בריאות וסיעוד וחרטנו על דגלנו להעניק שירות יעיל, אישי, אנושי ובלתי מתפשר. משכך, אנו מתחייבים להעניק שירות איכותי ומהימן, תוך ראייה אישית של כל מבוטח המתחשבת בצרכיו וברווחתו בבואו למצות את זכויותיו.

אנחנו מעמידים לרשותך את הגודל, הניסיון והחוסן של קבוצת מנורה מבטחים ונדאג ללוות אותך, לממש ולהגן על זכויותיך בכל הקשור לכיסוי הסיעודי. אנו עושים זאת, בין היתר, באמצעות מערך ייעודי של אנשי מקצוע ומומחים בתחום, כפי שעשינו בשנים האחרונות.

מנורה מבטחים ביטוח הינה אחת מחמש חברות הביטוח הגדולות בישראל, עם ניסיון של שנים רבות בתחום הבריאות בכלל ובתחום הסיעוד הקבוצתי בפרט.

החברה היא הראשונה בגודלה בתחום הביטוח הכללי והיא חלק מקבוצת מנורה מבטחים, המנהלת את קרן הפנסיה הגדולה בישראל – "מנורה מבטחים פנסיה".

למנורה מבטחים 2 מיליון לקוחות, ואנו גאים בכך שכל אחד מהם יכולים להרגיש עצמם בטוחים אצלנו.

אנו מגישים לכם את חוברת זו, בה ניתן למצוא מידע מקיף על הביטוח הסיעודי האישי שאנו מעניקים לחברי קופת החולים מאוחדת.

בברכת בריאות איתנה,

אורית קרמר משנה למנכ"ל
מנהלת תחום ביטוח בריאות

תמצית תנאי הביטוח פוליסה לביטוח סיעוד קבוצתי לחברי קופת חולים מאוחדת

תמצית פרטי הפוליסה	
שם בעל הפוליסה	קופת חולים מאוחדת
שם הביטוח	מאוחדת סיעודי - פוליסה לביטוח סיעודי לחברי קופת חולים מאוחדת
סוג הביטוח	סיעוד
תקופת הביטוח	1.1.2025-31.12.2026 תקופה זו תחודש באופן אוטומטי לשנה נוספת.
תיאור הביטוח	פיצוי בגין הימצאות המבוטח במצב סיעודי בביתו או שיפוי בגין הוצאות במוסד סיעודי.
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	כמפורט בסעיף 11 לפוליסה. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹	אין תקופת אכשרה.
אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (המתנה) ²	60 יום כמפורט בסעיף 6 לפוליסה.
השתתפות עצמית	לגבי מבוטח השווה במוסד - עד 20% מהסכום שהמבוטח שילם בפועל למוסד, בהתאם להוראות סעיף 7(ג) לפוליסה.
במשך כמה חודשים/שנים ישולמו תגמולי הביטוח	עד תקרה של 60 חודשים במצטבר לכל תקופות הביטוח.

¹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.
² תקופת המתנה - תקופת המתחילה בקרות מקרה ביטוח בגינה אין המבוטח זכאי לפיצוי או לשיפוי כלשהו, אלא רק בסופה.

תמצית פרטי הפוליסה			
סכום תגמול הביטוח החודשי לו זכאי מבוטח, יחושב לפי גילו במועד ההצטרפות לראשונה לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח (לפירוט גילאים "מיוחדים" ר' סעיף 7(ב) לפוליסה), ולפי מקום השהייה של המבוטח בתקופה שבשלה משולם לו תגמול הביטוח החודשי, כמפורט בטבלה שלהלן:			
גיל הצטרפות לראשונה לביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים			מקום השהייה של המבוטח
עד 49	50 עד 59	60 ומעלה	
5,000 ש"ח	4,100 ש"ח	3,200 ש"ח	תגמול ביטוח חודשי למבוטח השווה בבית (פיצוי) **
10,000 ש"ח	6,500 ש"ח	4,500 ש"ח	תגמול ביטוח חודשי למבוטח השווה במוסד (שיפוי) *
** בהתאם לאמור בסעיף 5(ג) לפוליסה. הסכומים המופיעים בטבלה לעיל צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.12.2023. גיל ההצטרפות לראשונה יהיה כקבוע בתקנות, ובכללן האמור, התיקון משנת 2019 שנעשה בעניין. כמפורט בטבלת השתנות הפרמיה בעמודים 9-7 להלן.			
			עלות הביטוח

לעניין קבלת תגמולי ביטוח של שיפוי עבור הוצאות לשהייה במוסד סיעודי: חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. תשומת לבך, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת, לא תהיה זכאי להחזר נוסף מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי התכנית הביטוח.
לידיעתך, באתר האינטרנט של החברה מוצגים הכללים, המבחנים וטופס הערכה תפקודית: menoramivt.co.il

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תגמול חודשי עקב מצב סיעודי
תיאור הכיסוי	כמפורט בסעיף 3 לפוליסה. פיצוי חודשי או שיפוי בהתאם למקום שהותו של המבוטח לתקופה של עד 60 חודשים למבוטח במצב בריאות ותפקוד ירודים כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בעצמו חלק מהותי (50% לפחות מהפעולה) של לפחות 4 פעולות לפחות או 3 פעולות שאחת מהן היא שליטה בסוגרים מתוך 6 פעולות היומיום, המפורטות בהגדרת מקרה הביטוח, או "תשישות נפש" (כמוגדר בהגדרת מקרה הביטוח) שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום.
מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	עד לתקרה הקבועה בפוליסה (בהתאם לגיל ההצטרפות לראשונה לביטוח סיעודי), ולגבי מבוטח השווה במוסד - לא יותר מ- 80% מהסכום שהמבוטח שילם בפועל למוסד.
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	אין
אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (המתנה)	60 יום
השתתפות עצמית	לגבי מבוטח השווה במוסד - עד 20% מהסכום שהמבוטח שילם בפועל למוסד, בהתאם להוראות סעיף 7(ג) לפוליסה.

הערות

לגבי מבוטח השווה בביתו (פיצוי):

למבוטח השווה בבית ישולמו תגמולי ביטוח בכפוף להמצאת אישור כי הוא מסתייע בטיפול אישי לקבלת שירותי סיעוד ברוב שעות היממה; האישור יומצא מזמן לזמן לפי שיקול דעת החברה, ובלבד שלא יידרש אישור נוסף בתקופה של פחות מ-12 חודשים;

לעניין זה, "אישור" - אישור בכתב המוכיח כי המבוטח מסתייע בטיפול אישי למתן שירותי סיעוד ברוב שעות היממה.

לגבי מבוטח השווה במוסד (שיפוי):

חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל, ובכפוף לתנאי הפוליסה.

ניתן לאתר את המידע אודות הכללים לקביעת זכאות לקבלת גמלת סיעוד עפ"י פוליסה זו, המבחינים להגדרת מצב סיעודי וטופס הערכה תפקודית באתר של מאוחדת סיעודי בכתובת www.meuhedet.co.il וגם באתר האינטרנט של המבטח www.Menoramivt.co.il. כמו כן, ניתן לבקש מהמבטח העתק מהמדריך לקונה ביטוח סיעודי של המפקח על הביטוח.

לתשומת לבך, התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

הרינו להביא לידיעתך, כי ככל שהנך מבוטח עובר מביטוח סיעודי בקופת חולים אחרת אל הביטוח הסיעודי בקופת חולים מאוחדת, באפשרותך לבטל את הצטרפותך לביטוח בקופה החדשה, זאת בתוך 90 ימים ממועד צירוף לביטוח בקופה החדשה. בנוסף, אם תבחר לבטל את הפוליסה כאמור, תהא זכאי להחזר דמי הביטוח החודשיים ששילמת וזאת עד למועד הביטול.

תמצית פרטי הפוליסה	
הערות	לעניין קבלת תגמולי ביטוח של שיפוי עבור הוצאות לשהייה במוסד סיעודי: חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. תשומת לבך, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת, לא תהיה זכאי להחזר נוסף מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי התכנית הביטוח. לידיעתך, באתר האינטרנט של החברה מוצגים הכללים, המבחנים וטופס הערכה תפקודית.

דמי ביטוח חודשיים (בש"ח):

גובה הפרמיה החודשית בש"ח								גיל המבוטח במועד תשלום הפרמיה
מאוגוסט 2031 עד יולי 2032	מאוגוסט 2030 עד יולי 2031	מאוגוסט 2029 עד יולי 2030	מאוגוסט 2028 עד יולי 2029	מאוגוסט 2027 עד יולי 2028	מאוגוסט 2026 עד יולי 2027	מאוגוסט 2025 עד יולי 2026	מאוגוסט 2024 עד יולי 2025	
-	-	-	-	-	-	-	-	0-17
8.29	8.29	8.29	8.29	8.29	8.29	8.29	8.29	18-20
15.17	15.17	15.17	15.17	15.17	15.17	15.17	15.17	21-25
20.43	20.43	20.43	20.43	20.43	20.43	20.43	20.43	26-30
42.84	42.84	42.84	42.84	42.84	42.84	42.84	42.84	31-35
64.78	64.78	64.78	64.78	64.78	64.78	64.78	64.78	36-40
79.26	78.68	78.09	77.51	76.92	76.45	75.99	75.52	41-45
153.14	150.58	148.01	145.55	143.11	140.66	138.32	135.99	46-50
198.43	193.53	188.75	184.07	179.52	175.08	170.77	166.57	51-55
244.89	237.77	230.76	224.00	217.46	211.16	204.97	199.02	56-60
300.92	290.41	280.26	270.45	261.00	251.90	243.14	234.62	61-65
333.96	324.38	315.16	306.18	297.42	288.90	280.61	272.56	66-70
381.46	369.67	358.23	347.15	336.40	326.01	315.97	306.29	71-75
406.32	393.36	380.75	368.62	356.83	345.39	334.30	323.57	76-80
406.32	393.94	381.92	370.37	359.17	348.30	337.69	327.41	81 ומעלה

*הפרמיות צמודות למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.12.2024.

שים לב!

מחיר הביטוח משתנה במהלך תקופת הביטוח בהתאם לקבוצת הגיל אליה המבוטח משתייך, והוא צמוד למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.12.2024.
באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון – כנס למחשבון.
מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים ליום פרסומם.

כתובת אתר החברה:

www.menoramivt.co.il

כתובת דואר האלקטרוני של החברה

meuhedet-shirut@menoramivt.co.il

מוקד שירות לקוחות מאחדת סיעוד:

טלפון: 03-7108766 | פקס: 03-7107788

מאחדת סיעודי - פוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים "מאחדת"

מבוא

תמורת תשלום פרמיה, ובכפוף לתנאים, להוראות ולחריגים המפורטים להלן, תעניק החברה למבוטח תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שארע בתקופת הביטוח, בהתאם לאמור בפוליסה זו ובתנאיה.

הגדרות

בעל הפוליסה – קופת חולים מאחדת ("מאחדת").

הפוליסה הקודמת – ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי מאחדת באמצעות מנורה מבטחים, הסתיימה ביום 31.12.2024.

המבוטח/החברה – מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

המועד הקובע – 1.1.2026

הממונה – הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון.

הפוליסה – ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופ"ח אשר תנאיו, לרבות חריגיו וסייגיו מפורטים במסמך זה. יש לראות בטופס ההצעה ובדף פרטי הביטוח חלק בלתי נפרד מהפוליסה.

הצטרפות לראשונה – הצטרפות מבוטח לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח כלשהי, אשר החל ממנה הוא מבוטח ברצף, לרבות רצף אשר נשמר במעבר בין קופה לקופה לפי תקנה 12, לרבות כל התיקונים שנעשו בעניין, ובכללם התיקון משנת 2019.

חוק ביטוח בריאות – חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

חבר מאחדת – מי שרשום וזכאי לקבל שירותים רפואיים ממאחדת על פי חוק ביטוח בריאות.

מבוטח – מי שממלא אחר כל התנאים הבאים (1-2):

1. המבוטח הינו אחד מאלה:

(א) חבר מאחדת ו/או ילדיו הרשומים עמו במאחדת אשר היה/ו מבוטח/ים על פי הפוליסה הקודמת ערב המועד הקובע; וכן מי שבוטל רישומו במאחדת לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ולא הצטרף לקופת חולים אחרת (למעט מי שבוטלה תושבותו) לאחר המועד הקובע;

(ב) חבר מאחדת ו/או ילדיו הרשומים עימו במאחדת, שלא היה/ו מבוטח/ים על פי הפוליסה הקודמת ערב המועד הקובע ו/או חבר מאחדת לשעבר שבוטל רישומו במאחדת לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר לא הצטרף לקופת חולים אחרת, וביקש/ו מהחברה להצטרף לביטוח, בהליך הכולל בחינה של מצב רפואי קודם, והחברה הסכימה לבטחו/ם ("בקשת הצטרפות");

(ב) (1) על אף האמור ברישא של סעיף קטן (ב) לעיל, חבר מאחדת אשר הינו מבוטח עובר יהיה זכאי להצטרף תוך שמירה על רצף ביטוחי וללא בחינה מחודשת של מצבו הרפואי, אלא אם כן מתקיים לגביו מקרה הביטוח ובכפוף להוראות סעיף 13 לפוליסה.

(ב) (2) מבוטח שבוטל רישומו בקופת חולים לפי חוק ביטוח בריאות משום שהפסיק להיות תושב על פי הגדרות החוק האמור, לא תתאפשר הצטרפותו לפוליסה כאמור.

(ג) במקרה שחבר מאחדת מסר לחברה הצעת ביטוח ושולמו לחברה כספים על חשבון דמי הביטוח בגין הכיסוי הביטוחי הרלבנטי, לפני שהחברה הודיעה על הסכמתה לביטוח (אם וככל שהודיעה או היתה עתידה להודיע כאמור לפי כללי החיתום לעניין הפוליסה) יחולו ההוראות הבאות:

(ג) (1) החברה תשלח לחבר מאחדת שהנו מועמד לביטוח תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה או 90 יום מתאריך בקשת ההצטרפות, לפי המוקדם מבין המועדים הנ"ל, הודעת דחייה על-פיה המבוטח איננו מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף ("דחיית ההצעה") או תגיש לו הצעת ביטוח נגדית ("ההצעה הנגדית") או תחזור אליו בפניה להשלמת נתונים ("פניה להשלמת נתונים") (להלן: "מועד מתן התגובה" בהתאמה).

(ג) (2) לא שלחה החברה לחבר מאחדת שהנו מועמד לביטוח עד תום מועד מתן התגובה הודעה על דחיית ההצעה, או פניה להשלמת נתונים או הצעה נגדית, ייחשב המועמד לביטוח כמי שצורף לביטוח בתנאים רגילים בהתאם לקבוע בהצעת הביטוח, בדף פרטי הביטוח ובתנאי פוליסה זו. יום תחילת הביטוח והמועד הקובע לתשלום הפרמיות במקרה זה יהיה היום הנקוב כמועד תחילת הביטוח כפי שמופיע בבקשת ההצטרפות שנמסרה לחברה, ובלבד שיום זה לא יקדם לתאריך בקשת ההצטרפות.

(ג) במקרה בו שלחה החברה לחבר מאוחדת שהנו מועמד לביטוח פניה להשלמת נתונים או הצעה נגדית עד תום מועד מתן התגובה, והמועמד לביטוח מסר לחברה את הנתונים שהשלמתם התבקשה או את התייחסותו להצעה הנגדית, תשלח החברה למועמד לביטוח, תוך 90 ימים נוספים ממועד משלוח הפניה כאמור, החלטה על קבלת המועמד לביטוח או על דחיית ההצעה. לא שלחה החברה למועמד הודעה על קבלה או דחיית ההצעה תוך מועד זה, ייחשב המועמד לביטוח כמי שצורף לביטוח בתנאים רגילים בהתאם לקבוע בבקשת ההצטרפות בדף פרטי הביטוח ובתנאי פוליסה זו. יום תחילת הביטוח והמועד הקובע לתשלום הפרמיות במקרה זה יהיה היום הנקוב כפי שמופיע בבקשת ההצטרפות שנמסרה לחברה, ובלבד שיום זה לא יקדם לתאריך בקשת ההצטרפות.

(ד) ארע מקרה הביטוח לאחר ששולמו לחברה כספים על חשבון דמי הביטוח בגין הכיסוי הביטוחי הרלבנטי, ולפני שהחברה הודיעה על הסכמתה לביטוח כמפורט בסעיף זה לעיל, יהיה זכאי חבר מאוחדת לתגמולי ביטוח ובלבד שעל פי כללי החיתום הנהוגים בחברה לעניין הפוליסה באותה העת, תנאי הפוליסה והכיסוי הרלוונטי, זכאי היה חבר מאוחדת להתקבל לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, אלמלא ארע מקרה הביטוח.

למבטח עומדת הזכות לוודא כי לא חל שינוי בתנאים ובתשובות עליהם הצהיר המועמד לביטוח במסגרת בקשת ההצטרפות, לרבות הצהרת הבריאות הנלווית לה, בעת ההצטרפות לביטוח ולפני שהמבטח הודיע למבוטח על קבלתו לביטוח. "שינוי" לעניין סעיף זה – שינוי בבריאותו, מצבו הגופני, במקצועו ובעיסוקיו של המועמד להיות מבוטח שהיו משפיעים על הסכמתו או תנאי הסכמתו של המבטח לבקשת ההצטרפות אילו ידע עליהם.

2. אם שולמו למבטח דמי הביטוח או אם ניתן למבטח אמצעי תשלום לדמי הביטוח שניתן לגבות ממנו.

מבוטח עובר – מבוטח בביטוח סיעודי לחברי קופ"ח שעבר מעבר לקופת חולים אחרת, היה מבוטח בביטוח סיעודי לחברי קופ"ח.

המדד – מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר שיבוא במקומו.

מוסד – מחלקה סיעודית או מחלקת תשושים בבית אבות, בבית חולים או במוסד אחר, אשר עיסוקה העיקרי הוא אשפוז חולים סיעודיים ושאושרו כמוסד סיעודי בידי משרד הבריאות לפי פקודת בריאות העם או בידי משרד הרווחה והשירותים החברתיים, או מוסד אחר שאישר המבטח;

1. **הוראות הפיקוח** – פוליסה זו כפופה להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים), התשע"ו – 2015 (בפוליסה זו – "התקנות").

2. **שינוי תנאי הפוליסה** – במקרה שבו ישתנו התקנות במהלך תקופת הביטוח, ישתנו תנאי הפוליסה בהתאם, והמבטח יהיה רשאי לשנות את דמי הביטוח, לפי הסכם בין קופת החולים שחבריה מבוטחים בפוליסה כאמור לבין המבטח או לבטל את הפוליסה, והכל בכפוף לאישור הממונה. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, המבטח יהיה רשאי לשנות את תנאי הפוליסה ו/או דמי הביטוח בהודעה בכתב 60 יום מראש למבוטחים, בכפוף לאישור הממונה.

3. **מקרה הביטוח** – מקרה הביטוח הוא קרות אחד או יותר מהמקרים האלה:

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 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.

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 4 פעולות לפחות או 3 פעולות לפחות שאחת מהן היא שליטה בסוגרים, מתוך פעולות אלה:

(א) לקום ולשכב – יכולת עצמאית של מבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ולקום מכיסא לרבות מכיסא גלגלים או מיטה;

(ב) להתלבש ולהתפשט – יכולת עצמאית של מבוטח ללבוש פריטי לבוש מכל סוג ופשיטתם לרבות חיבור או הרכבת חגורה רפואית או גפה מלאכותית, יכולת ללבוש בגדים מותאמים למצבו של המבוטח או היעזרות באופן עצמאי באבזר לצורך ביצוע הפעולה לא ייחשבו כאי-יכולתו של מבוטח לבצע את הפעולה;

(ג) רחצה – יכולת עצמאית של מבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת אחרת, היעזרות באופן עצמאי באבזר שמאפשר למבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת אחרת, לא תיחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של מבוטח לבצע את הפעולות האמורות;

(ד) אכילה ושתייה – יכולת עצמאית של מבוטח להזין את עצמו בכל דרך או אמצעי, למעט אכילה באמצעות קשית, ולרבות שתיה באמצעות קשית, לאחר שהמזון הוכן בשבילו והוגש לו;

(ה) 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, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים;

(ו) נייודות – יכולת עצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום, בלא עזרת הזולת;

היעזרות בקביים, במקל, בהליכון או בכל אביזר אחר, לרבות אביזר מכני, מוטורי או אלקטרוני, שמאפשר למבוטח לנוע באופן עצמאי, לא תיחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. יודגש כי יכולתו של מבוטח לנוע ללא כיסא גלגלים תחשב כאי יכולתו לנוע באופן עצמאי; ואולם, היה מבוטח ללא יכולת לנוע ללא כיסא גלגלים אולם בעל יכולת עצמאית לנוע עם כסא הגלגלים ממקום למקום בתקופת הביטוח שהסתיימה לפני יום ז' בתמוז התשע"ז (1 ביולי 2017), 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. חישוב גיל מבוטח לדמי ביטוח

גילו של מבוטח לצורך קביעת דמי ביטוח ולצורך קביעת גיל הצטרפות לראשונה, יחושב בשנים שלמות לפי מספר השנים המלאות שחלפו מחודש לידתו של המבוטח.

5. זכאות לתגמולי ביטוח

(א) מבוטח זכאי לקבל תגמולי ביטוח כל עוד מתקיימים בו התנאים המפורטים בסעיף 3 בכפוף לתנאי הפוליסה.
(ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), מבוטח יהיה זכאי לקבל תגמולי ביטוח במשך 60 חודשים החל מתום תקופת ההמתנה כמפורט בסעיף 6, מכוחה של הפוליסה שבמהלך תקופתה ארע מקרה הביטוח ובכפוף לאמור בסעיף 14 לפוליסה, בניכוי תקופות שבהן קיבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח.
(ג) למבוטח השווה בבית ישולמו תגמולי ביטוח בכפוף להמצאת אישור כי הוא מסתייע בטיפול אישי לקבלת שירותי סיעוד ברוב שעות היממה; האישור יומצא מזמן לזמן לפי שיקול דעת החברה, ובלבד שלא יידרש אישור נוסף בתקופה של פחות מ-12 חודשים; לעניין זה, "אישור" – אישור בכתב המוכיח כי המבוטח מסתייע בטיפול אישי למתן שירותי סיעוד ברוב שעות היממה.

6. תקופת המתנה

מבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח להם הוא זכאי על פי תנאי הפוליסה החל במועד שבו מסתיימת תקופת ההמתנה; לא תימנה יותר מתקופת המתנה אחת אלא אם כן חלפו יותר מ-12 חודשים מהמועד בו פסק מלהתקיים לגביו מקרה ביטוח;
לעניין סעיף זה: "תקופת המתנה" – תקופה המתחילה במועד שבו אירע מקרה הביטוח ומסתיימת 60 ימים לאחר מכן, ובתנאי שבמהלך כל התקופה מתקיים לגבי המבוטח מקרה ביטוח.

7. סכום תגמולי הביטוח

(א) סכום תגמול הביטוח החודשי לו זכאי מבוטח, יחושב לפי גילו במועד ההצטרפות לראשונה לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח, לפי מקום השהייה של המבוטח בתקופה שבשלה משולם לו תגמול הביטוח החודשי, כמפורט בטבלה שלהלן:

גיל הצטרפות לראשונה לביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים			מקום השהייה של המבוטח
עד 49	50 עד 59	60 ומעלה	תגמול ביטוח חודשי למבוטח השווה בבית (פיצוי)*
5,000 ש"ח	4,100 ש"ח	3,200 ש"ח	
10,000 ש"ח	6,500 ש"ח	4,500 ש"ח	תגמול ביטוח חודשי למבוטח השווה במוסד (שיפוי)

(ב) על אף האמור בסעיף קטן (א) לגבי סוגי מבטחים קיימים (מי שהיה מבוטח בביטוח סיעודי לחברי קופ"ח ביום 30.6.2016) המפורטים להלן, במקום גיל ההצטרפות לראשונה לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח, האמור בתקנה (א) ייקרא הגיל שכתוב לצדם:

גיל ההצטרפות לראשונה לביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים	
59	1. מבוטח בביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים שירותי בריאות כללית "סיעודי מושלם פלוס", שהצטרף לביטוח בגיל 60 עד 64
49 59	2. מבוטח בביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים מכבי שירותי בריאות: (א) אם הצטרף לביטוח "סיעודי זהב" מגיל 50 (ב) אם הצטרף לביטוח "סיעודי כסף" מגיל 60
49 50	3. מבוטח בביטוח סיעודי לחברי קופת חולים מאוחדת: (א) אם הצטרף לביטוח "מאוחדת זהב" בגיל 50 עד 65 (ב) על אף האמור בפסקת משנה (א), למבוטח שהיה בגיל מחושב של 66 ומעלה, כפי שהוגדר באותו ביטוח לפני יום כ"ה בסיון התשע"ו (1 ביולי 2016)
59	4. מבוטח בביטוח סיעודי לחברי קופת חולים לאומית, שהצטרף לביטוח "לאומית סיעוד" בגיל 60 עד 64

(ג) על אף האמור בסעיף קטן (א) סכום תגמול הביטוח החודשי שישולם למבוטח השווה במוסד במועד הזכאות לתגמול הביטוח החודשי, לא יעלה על שיעור של 80% מהסכום שהמבוטח שילם בפועל למוסד.
* בהתאם לאמור בסעיף 5 (ג) לפוליסה.

8. הצמדה למדד

- (א) על סכומי תגמולי הביטוח החודשיים המפורטים בסעיף 7 יתווספו הפרשי הצמדה כמשמעותם בחוק פסיקת ריבית, מהמדד שהיה ידוע ביום 15.12.2023.
- (ב) על דמי הביטוח החודשיים יתווספו הפרשי הצמדה כמשמעותם בחוק פסיקת ריבית, מהמדד שהיה ידוע במועד תחילת הפוליסה.

9. שחרור מתשלום דמי ביטוח

מבוטח הזכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה, יהיה משוחרר מתשלום דמי ביטוח בעד התקופה שבשלה הוא זכאי לקבל תגמולי ביטוח.

10. ערכי סילוק ופדיון וקרן מבטחים

- (א) לא יצטברו לזכותו של מבוטח בפוליסה עודפים לצורך קבלת ערכי סילוק או פדיון.
- (ב) על אף האמור בסעיף (א) דמי ביטוח ששולמו בעד כלל המבטחים על פי ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים מסוימת, עתידים לשמש לכיסוי ההתחייבויות ארוכות הטווח בעד המבטחים כאמור בניכוי ובתוספות כפי שהורה הממונה.

11. חריגים לכיסוי

פוליסה זו לא כוללת כיסוי במקרים אלה:

- מקרה ביטוח שארע עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית, משטרתית, מלחמתית, פעולות איבה;
- מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי;
- מקרה ביטוח שארע עקב שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראת רופא, שלא לצורך גמילה;
- 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; לעניין פסקה זו מבוטח זכאי ייחשב כמבוטח בחוזה שהוחלף אצל אותו מבטח או מבטח אחר כמפורט בתקנה 6(א)(2) לתקנות האמורות.
- מקרה ביטוח שארע לראשונה לפני תחילת תקופת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח בכפוף לאמור בסעיף 14 להלן;
- מקרה ביטוח שארע לראשונה ב-60 החודשים הראשונים לחייו של מבוטח;
- מקרה ביטוח שארע עקב תאונת דרכים, כהגדרתה בחוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה-1975, או תאונת עבודה, כמשמעותה בחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995 שהוכרה בידי המוסד לביטוח לאומי.

12. זכות המשכיות

- 12.1 המבטח יאפשר למבוטח עוזב לעבור לפוליסת המשך לפי המועדים המפורטים בסעיף 12.2, שלהלן תנאיה:
- 12.1.1 סכום הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח בפוליסת המשך לא יפחתו מאלה הקבועים למבוטח בפוליסה לביטוח הסיעודי לחברי קופ"ח, אלא אם כן ביקש זאת המבוטח, בניכוי תקופות שבהן היה זכאי לקבל תגמולי ביטוח באותה פוליסה;
- 12.1.2 דמי הביטוח בפוליסת המשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר למצטרפים חדשים בפוליסת פרט דומה אצל המבטח;
- 12.1.3 במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.
- 12.1.4 תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מהמועד שבו בוטל רישומו בקופת חולים.
- 12.2 בתוך 45 ימים ממועד ביטול הביטוח למבוטח עוזב, יפנה המבטח בכתב למבוטח ויציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 60 ימים ממועד מסירת הודעת המבטח.
- 12.3 על אף האמור בסעיף 12.2, לגבי מבוטח שהיה זכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח במועד שבוטל לו הביטוח הסיעודי לחברי קופ"ח – פנייתו של המבטח למבוטח כאמור באותו סעיף קטן תהיה בתוך 30 ימים מהמועד שפסקה זכאותו של המבוטח לתגמולי הביטוח; בפנייה כאמור יציע המבטח למבוטח לעבור לפוליסת המשך בתוך 60 ימים מהמועד שבו נשלחה הודעת המבטח; הצעה כאמור, תינתן רק אם אותו מבוטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לקבלת תגמולי ביטוח לפי הפוליסה.

12.4 בסעיף 12 זה –

- "מבטח עוזב" – מבטח שטרם מימש את מלוא זכויותיו לפי הפוליסה ושבוטל לו הביטוח הסיעודי לחברי קופ"ח עקב ביטול רישומו במאחדת לפי חוק ביטוח בריאות והוא לא נרשם לקופת חולים אחרת. "פוליסת המשך" – פוליסת פרט לביטוח סיעודי לתקופת ביטוח לכל החיים.
- 12.5 במקרה שהביטוח הסיעודי לחברי קופ"ח הופסק עקב אי-חידושה של הפוליסה לכלל המבטחים אצל מבטח כלשהו, יצרף המבטח את כלל המבטחים שהיו מבטחים בפוליסה האמורה לפוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי הדדי לתקופת ביטוח לכל החיים (להלן – פוליסת המשך קבוצתית), עד ליום 1.1.2027, שלהלן תנאיה:
- 12.5.1 דמי הביטוח, סכום הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח (להלן בסעיף זה – תנאי הכיסוי הביטוחי) בפוליסת המשך הקבוצתית יהיו לפי תנאי הכיסוי הביטוחי שהיו קבועים בפוליסה לביטוח הסיעודי לחברי קופ"ח ערב אי חידושה של הפוליסה כאמור בכפוף לכך שמאזן ארוך טווח שבין דמי הביטוח והכנסות אחרות הצפויות להתקבל בעבור כלל המבטחים בפוליסה לבין כלל העלויות הצפויות בשל התגמולים שיש לשלם בעדם, בהתבסס על אומדן מיטבי של המבטח, אינו בגירעון בהתחשב ביתרת קרן המבטחים.
- 12.5.2 תנאי הכיסוי הביטוחי יכול שישתנו במהלך תקופת הביטוח בפוליסת המשך לפי אומדן מיטבי של המבטח, שאושר לפי סעיף 40 לחוק, שמביא למאזן ארוך טווח שאינו בגירעון; ניתן אישור כאמור, יידרש המבטח לשוב ולקבל את אישור הממונה לפי סעיף 40 לחוק רק במקרה שבו הוא מבקש לשנות מרכיב שלפיו מחושב האומדן על בסיסו ניתן האישור;
- 12.5.3 לא יצטברו ערכי סילוק בפוליסת המשך.
- 12.5.4 במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.
- 12.5.5 דמי הביטוח יועברו לקרן המבטחים; תגמולי הביטוח וכל הוצאה אחרת בשל הביטוח ותפעולו ישולמו מתוך הקרן בלבד; המבטח לא יידרש לשאת בעלויות פוליסת המשך הקבוצתית ממקורותיו;
- 12.5.6 מבטח רשאי להחזיר לקופת חולים שחבריה מבטחים בפוליסת המשך הקבוצתית סכומים שהוציאה הקופה בשל ניהול הפוליסה, לרבות בשל גביית דמי הביטוח מהמבטחים, ובלבד שההחזר לא יעלה על 3% מסכום דמי הביטוח שנגבו.
- 12.5.7 בעד תפעולה של פוליסת המשך הקבוצתית וניהולה של קרן המבטחים זכאי המבטח לנכות דמי ניהול שנתיים אשר כוללים החזר הוצאות למבטח וכן מרכיב רווח שלגביו יחול סעיף 40 לחוק.
- 12.6 אם המאזן האמור בסעיף 12.5 במועד צירוף המבטחים לפוליסת המשך הקבוצתית, בהתבסס על אומדן מיטבי של המבטח, בגירעון, יגיש המבטח לאישור הממונה חלופות אפשריות לשינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי שמביאות למאזן שאינו בגירעון בהתבסס על אומדן מיטבי של המבטח.
- 12.7 מבטח יודיע למבטח על צירופו לפוליסת המשך הקבוצתית וכן על אפשרותו לבטל את הצטרפותו בתוך 90 ימים ממועד קבלת ההודעה כאמור, תוך פירוט האופן שבו רשאי המבטח להודיע על ביטול כאמור.
- 12.8 הודיע מבטח על רצונו לבטל את הצטרפותו לפוליסת המשך הקבוצתית לפי סעיף 12.7 תבטל לגביו הפוליסה ממועד הצירוף ויוחזרו לו דמי הביטוח שנגבו ממנו ממועד הצירוף עד למועד הביטול כאמור, ובלבד שלא הוגשה במהלך תקופה זו תביעה למימוש זכויות לקבלת תגמולי ביטוח לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע באותה תקופה.
- 12.9 על אף האמור בסעיף 12.5 הממונה רשאי לקבוע כי במקרה שהביטוח הסיעודי לחברי קופ"ח הופסק עקב אי חידושה של הפוליסה לכלל המבטחים אצל מבטח כלשהו, לא יחויב המבטח לצרף את המבטחים לפוליסה כלשהי, ויתרת קרן המבטחים באותו מועד תשמש לטובת המבטחים, במקרים אלה:
- 12.9.1 כל הפוליסות לביטוח סיעודי לחברי כל קופות החולים לא חודשו אצל מבטח כלשהו או לא צפויות להתחדש.
- 12.9.2 החלופות שהגיש המבטח, לפי סעיף 12.5 מביאות לתנאי כיסוי ביטוחי שאינם סבירים בנסיבות העניין.
- 12.9.3 הוראות לעניין אי חידוש הפוליסה לכלל המבטחים שייכנסו לתוקפן ביום 1.1.2027 במקרה שהביטוח הסיעודי לחברי קופת חולים הופסק עקב אי חידושה של הפוליסה לכלל המבטחים אצל מבטח כלשהו, יתרת קרן המבטחים באותו המועד תשמש לטובת המבטחים, באופן שיאשר הממונה בכפוף לסעיף 40 לחוק.

13. מעבר מבטחים בין תכניות ביטוח, עקב מעבר בין קופות חולים (תקנה 12 לתקנות)

(א) המבטח יצרף לביטוח סיעודי של הקופה, מבטח שממידע שהועבר אליו מקופת חולים עולה כי הוא "מבטח עובר" או לפי בקשה של מבטח עובר בתוך 90 ימים ממועד המעבר; צירוף כאמור יהיה תוך שמירה על רצף ביטוחי ובלא בחינה מיוחדת של מצבו הרפואי, אלא אם כן מתקיים לגביו מקרה ביטוח.

(ב) לעניין סעיף זה: "קופה קודמת" – קופת חולים שבה היה רשום מבטח עובר ערב מעבר לקופת חולים אחרת;

"קופה קולטת" – קופת חולים שאליה נרשם מבטח עובר, לאחר שעבר מקופה קודמת.

"אישור ביטוח בסיסי" אישור של המבטח בקופה הקודמת שהמבטח הוא מבטח עובר.

"אישור ביטוח מורחב" – אישור הכולל את פרטי המידע שלהלן ביחס לאותו מבטח:

אישור ביטוח בסיסי;

שם פרטי ושם משפחה;

גיל הצטרפות לביטוח, בהתאם לסעיף 7;

החרגות לכיסוי הביטוחי, ככל שקיימות;

ציון האם המבטח הוא מבטח זכאי;

מועדי תחילה ותום של תקופת הביטוח שבהם בוטח המבטח בקופה הקודמת;

היקף תגמולי הביטוח החודשיים שקיבל המבטח, אם שקיבל.

"מבטח זכאי" – מבטח שמתקיימים בו כל התנאים האלה:

הוא היה מבטח בפוליסה מזכה אחרונה במועד תום תקופת הביטוח שבה והוא לא מבטח בביטוח סיעודי לחברי קופ"ח במועד הגשת בקשה לצירוף לפי סעיף 3(ב) לתקנות;

הוא הגיע לגיל 55 ומעלה במועד התחילה, או במועד תום תקופת הביטוח בפוליסה מזכה אחרונה שבה היה מבטח, לפי המאוחר מביניהם;

לא מתקיים לגביו מקרה ביטוח במועד בקשתו להצטרף לביטוח קבוצתי לחברי קופת חולים;

המבטח לא מימש את מלוא זכויותיו לפי פוליסה מזכה אחרונה שבה היה מבטח.

(ג) צורף מבטח כאמור בסעיף קטן (א), רשאי המבטח לדרוש מהמבטח אישור ביטוח בסיסי; לא המציא מבטח אישור כאמור לאחר שחלפו 180 ימים מהמועד שבו נשלחה אליו הדרישה, יבוטל הביטוח ממועד הצירוף לביטוח הסיעודי בקופה הקולטת, ובלבד שנשלחו אל המבטח התראה בתוך 30 ימים ממועד הדרישה והתראה נוספת בתוך 60 ימים מאותו מועד.

(ד) מבטח בקופה קולטת, יודיע למבטח על צירופו לביטוח וכן על אפשרותו לבטל את הצטרפותו תוך 90 ימים ממועד קבלת ההודעה כאמור, תוך פירוט האופן שבו רשאי המבטח להודיע על ביטול כאמור.

(ה) הודיע מבטח על רצונו לבטל את הצטרפותו לביטוח לפי סעיף קטן (ד), יבוטל הביטוח לגביו ממועד הצירוף לביטוח הסיעודי של הקופה הקולטת ויוחזרו לו דמי הביטוח שנגבו ממנו ממועד הצירוף לביטוח הסיעודי של הקופה הקולטת עד למועד הביטול כאמור, ובלבד שלא הוגשה במהלך תקופה זו, תביעה למימוש זכויות לקבלת תגמולי ביטוח לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע באותה תקופה.

(ו) תחילת תקופת הביטוח בביטוח של הקופה הקולטת תהיה ממועד הפסקת הביטוח בביטוח של הקופה הקודמת והמבטח יהיה חייב בתשלום דמי ביטוח החל באותו מועד.

(ז) תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבטח יחושבו לפי גיל המבטח במועד ההצטרפות לראשונה.

(ח) מבטח שמתקיים לגביו מקרה ביטוח ערב עזיבתו את הקופה הקודמת, יהיה רשאי להצטרף לביטוח סיעודי של הקופה הקולטת, תוך שמירה על רצף ביטוחי ללא בחינה מיוחדת של מצבו הרפואי, וזאת תוך 90 ימים מהמועד שבו פסק מלהתקיים לגביו מקרה הביטוח, ובלבד שאותו מבטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לקבלת תגמולי ביטוח לפי הפוליסה; תקופת תגמולי הביטוח לה יהיה זכאי מבטח לפי פוליסה לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח של הקופה הקולטת, תהיה בניכוי תקופות שבהן קיבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח.

(ט) מבטח בביטוח סיעודי בקופה הקודמת יפנה אל מבטח עובר ויודיע לו על זכותו להצטרף לביטוח סיעודי של הקופה הקולטת, לפי תנאי תקנה זו תוך 14 ימים מהמועד שקיבל המבטח את פרטי המבטח מקופת החולים הקודמת, או ממועד קבלת הודעת המבטח על עזיבת הקופה, המוקדם מביניהם; הודעת המבטח תכלול גם את אישור הביטוח המורחב בעד אותו מבטח.

(י) המבטח בביטוח סיעודי בקופה הקולטת יפנה למבטח עובר וימסור לו דף פרטי ביטוח כמשמעותו בתקנה 6 לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי) התשס"ט-2009 בתוך 14 ימים מהמועד שבו קיבל מבטח אישור ביטוח מורחב; לא נכלל באישור המורחב כל המידע הנדרש, ימסור המבטח למבטח דף פרטי ביטוח על בסיס המידע הקיים ברשות המבטח לגבי אותו מבטח ויפרט בפני המבטח כי עומדת לו הזכות להעביר את יתר המידע הנדרש כאמור.

14. חבות מבטחים (ביחס למבוטח עובר) (תקנה 13 לתקנות)

(א) מבטח בתקופת ביטוח סיעודי לחברי קופ"ח קודמת, ישא בתשלום תגמולי ביטוח של מבוטח עובר, בהתקיים התנאים האלה:

1. למבוטח קרה מקרה ביטוח בתקופת הביטוח הקודמת המזכה בתשלום תגמולי ביטוח;
2. המבוטח הגיש תביעה נוספת לקבלת תגמולי ביטוח בתוך תקופה שאינה עולה על 12 חודשים מאז חדל המבוטח להיות במצב המזכה כאמור בפסקה (1).
- (ב) נשא המבטח הקודם בתשלום תגמולי הביטוח כאמור בתקנה משנה (א):
1. המבטח הקודם יהיה רשאי לקזז מתגמולי הביטוח ששילם את דמי הביטוח בעד התקופה שבמהלכה לא שולמו דמי הביטוח למבטח כאמור;
2. המבטח החדש ישיב למבוטח את דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שעד לקרות מקרה הביטוח כאמור באותה תקנת משנה.

15. תקופת הביטוח

- (א) תקופת הביטוח תחל מהמועד הקובע ועד ליום 31.12.2026 בחצות ועד ליום 31.12.2026, תקופה זו תחודש באופן אוטומטי לשתי תקופות נוספות בנות שנה כל אחת.
- (ב) החברה תחוב בכיסוי על פי הפוליסה רק בגין מקרי ביטוח אשר אירעו עד לסיום תקופת הביטוח, ואשר תביעה בגינם הוגשה טרם תקופת ההתיישנות הנקובה בסעיף 16 להלן.
- (ג) תקופת הביטוח כפופה לזכות המבוטח לביטול הפוליסה על פי דין ולזכות החברה לביטול הביטוח לגבי מבוטח ספציפי בגין הפרת חובת גילוי מהותי על פי הוראות חוק חוזה ביטוח וסייגיו לעניין זה, במקרה של אי תשלום פרמיה (סעיף 19 להלן) או במקרה של תום ביטוח בעת מיצוי סכום תגמולי הביטוח בהתאם לסעיף 5(ב) לעיל.
- (ד) לכל אחד מהצדדים להסכם זה תהא הזכות להודיע, על סיום מוקדם של תקופת ההסכם, ובלבד שנתן על כך הודעה בכתב לצד השני 90 יום מראש.

16. התיישנות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו, הינה 5 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. בהתאם לסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח.

17. הגשת תביעה לקבלת תגמולי ביטוח

- (א) המבוטח או נציגו יודיע לחברה על קרות מקרה הביטוח סמוך ככל האפשר למועד בו אירע.
- (ב) החובה והזכות להגשת תביעה ולביסוסה חלה על המבוטח או על נציגו, ועליהם בלבד. מובהר בזאת כי בעל הפוליסה אינו רשאי להגיש ולא יגיש תביעה לחברת הביטוח מכח פוליסה זו, ביוזמתו או בשם המבוטח.
- (ג) המבוטח או נציגו ימציא לחברה את המסמכים המעידים על קרות מקרה הביטוח והמיועדים לבירור חבותה על פי הפוליסה. המבטח או נציגו יחתמו על כתב ויתור סודיות כלפי החברה לצורך בירור החבות מול צד ג'.
- החברה תהיה רשאית לנהל על חשבונה ובאופן סביר ובתקופת זמן סבירה כל בדיקה רפואית או אחרת או חקירה, לצורך בירור חבותה על פי הפוליסה, ולהעמיד את המבוטח לבדיקה ע"י רופא מטעמה או נותן שירות רפואי אחר מטעמה, לפי שיקול דעתה הבלעדי ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ועל חשבון המבטח (יובהר כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית משפט).
- חובות אלה מוטלות על המבוטח הן לפני אישור התביעה והן במהלך התקופה בה הוא זכאי לקבלת תגמולי ביטוח.

(ד) הערכה תפקודית למבוטח תעשה על ידי החברה לאחר תיאום עם המבוטח או עם נציגו.

(ה) תגמולי ביטוח שהינם שיפוי (למבוטח השווה במוסד)

1. השיפוי ישולם כנגד הצגת קבלות מקוריות המוכיחות את קיום ההוצאות נשוא הגמול הסיעודי, אם שולמו, או לחילופין - כנגד הצגת חשבוניות עסקה מקוריות מאת נותן העזרה הסיעודית הנ"ל.
 2. למרות האמור, המבוטח יוכל להגיש העתק של הקבלה, החשבונית או חשבונית העסקה, ויצרף אישור מהגורם לו הגיש את המסמך המקורי, ככל שהגיש, בדבר הסכום שתבע מהגורם האחר. במקרה כזה, תשפה החברה את המבוטח בהתאם להוראות הפוליסה, ובלבד שסך השיפוי למבוטח לא יעלה בכל מקרה על הוצאותיו בפועל.
 3. השיפוי ישולם לאחד מאלה בלבד:
- (א) בכל מקרה בו הוצאו ההוצאות בפועל קודם למועד השיפוי, ישולם השיפוי למבוטח או לנציגו החוקי.
- (ב) בכל מקרה בו טרם הוצאו ההוצאות נשוא השיפוי במועד תשלום השיפוי, רשאית החברה לשלם את

השיפוי ישירות לנותן שירותי הסיעוד הזכאי לקבלת ההוצאות בגין שירותי הסיעוד, ובלבד שהוא מוסד סיעודי.

(ג) תשלום השיפוי ישולם עד היום ה-15 בכל חודש, בגין החודש שחלף, בכפוף לאישור הקבלות או חשבוניות מס או חשבוניות עסקה נשוא השיפוי על ידי החברה, בכפוף להוראות סעיף 17(ז)(1) להלן.

(ו) תגמולי ביטוח שהינם פיצוי (למבוטח השוהה בבית)

תגמולי הביטוח אשר הינם פיצוי על פי הפוליסה, יינתנו בנוסף ובאופן בלתי תלוי בכל תגמול סיעודי אחר או בגין שירותי סיעודי שניתן או שיינתן למבוטח על ידי המדינה בגין מקרה הביטוח, לרבות מכח חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה – 1995.

למבוטח השוהה בבית ישולמו תגמולי ביטוח בכפוף להמצאת אישור כי הוא מסתייע בטיפול אישי לקבלת שירותי סיעוד ברוב שעות היממה; האישור יומצא מזמן לזמן לפי שיקול דעת החברה, ובלבד שלא יידרש אישור נוסף בתקופה של פחות מ-12 חודשים; לעניין זה, "אישור" – אישור בכתב בהמוכיח כי המבוטח מסתייע בטיפול אישי למתן שירותי סיעוד ברוב שעות היממה.

(ז) תביעות – הוראות כלליות

1. המבוטח בעל זכאות לקבלת תגמולי ביטוח יהיה זכאי לקבל את תגמולי הביטוח מהחברה תוך 30 ימים מהיום שהיו בידי החברה המידע והמסמכים הדרושים לבירור חבותה.

2. בכל מקרה של זכאות המבוטח לתגמולי ביטוח בגין חלק מחודש, יעמוד סכום תגמולי הביטוח על החלק היחסי, כיחס אותו חלק של החודש.

3. לא ניתן יהיה לצבור זכאות לתגמולי ביטוח אשר הינם שיפוי על פי הפוליסה שלא נוצלו בחודש מסוים על ידי המבוטח עד למלא סכום תגמולי הביטוח החודשי, לשם הגדלת סכום תגמולי הביטוח החודשי בגין המבוטח בחודש אחר. האמור בסעיף זה יחול אף על חלקי חודש, בשינויים המחויבים.

4. זכאות המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח תיפסק במועד בו הפסיק להתקיים מקרה הביטוח או בתום תקופת הזכאות לתגמולי ביטוח או עם מותו של המבוטח, לפי המוקדם ביניהם.

5. המבטח יבחן את זכאותו של המבוטח בהתאם להודעתו ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ועל חשבון המבטח ובכפוף לאמור בחוזר הממונה בנושא בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור ובנושא בדיקה מחודשת של זכאות וישתנו בהתאמה לשינויים שיחולו בחוזרים שלו או בכל הוראה רגולטורית אחרת לעניין זה.

(יובהר כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית משפט)

6. הודעה על בדיקת זכאות מחודשת ואופן ביצועה תימסר במסגרת מכתב אישור זכאות.

7. בוצעה בדיקת זכאות מחודשת כאמור במכתב אישור הזכאות והוחלט על הפסקת הזכאות או הקטנתה, ישלח לתובע מכתב מנומק, הכולל את הסיבות להפסקת או הקטנת הזכאות בהתאם להוראות הפוליסה ו/או הוראות הדין הרלוונטיות. הודעת שינוי תשלח לפחות 30 יום לפני מועד הפסקת או הקטנת התשלומים.

8. במקרה ולצורך הפסקת או הקטנת הזכאות נעזר המבטח בחוות דעת מומחה, תצורף חוות הדעת להודעת השינוי.

9. למבטח קיימת הזכות לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם הקטנת או הפסקת התשלומים.

10. במקרה של פטירת המבוטח, ובמידה שלא צויין מוטב, תשלם החברה לידי עזבוננו של המבוטח את יתרת הגמול הסיעודי אשר היה אמור להיות משולם למבוטח בתקופה בה היה זכאי לקבלתו, ואשר לא שולם לו או בגינו טרם מועד הפטירה.

(ח) ועדות ערר לדחיית תביעה

1. דחה המבטח תביעה שהוגשה על ידי המבוטח, באופן מלא או חלקי מנימוקים תפקודיים ו/או רפואיים ו/או אחרים, תימסר לו הודעה מנומקת בכתב על ידי המבטח בדבר הדחייה (להלן – הודעת דחייה). הודעת הדחייה תפרט את הנימוקים לדחייה אשר יכללו אף הפניה לתנאי הפוליסה או התקנון, התניה או הסייג שנקבעו במועד ההצטרפות או במועד חידוש הכיסוי הביטוחי, או הוראות הדין, אשר בשלם נדחת התביעה (ככל שהדחייה נסמכת עליהם).

2. בנוסף, תכלול הודעת הדחייה גם סעיף המפנה את תשומת ליבו של המבוטח לזכותו להגיש ערר לוועדת ערר, וזאת בתוך 60 יום מיום שנמסרה לו ההודעה.

3. המבוטח יהיה רשאי להגיש לוועדת הערר מסמכים וחוות דעת רפואית ותפקודית כפי שימצא לנכון או כפי שיתבקש ע"י הועדה. כמו כן, לאחר משלוח הערר, הוועדה תאפשר למבוטח ו/או לבא כוחו להופיע בפניה.

4. ועדת הערר תתכנס לדון בעררים שהוגשו אליה תוך זמן סביר מהיום בו הוגש אליה הערר, אך לא יאוחר מ-45 יום, אלא אם ביקש המבוטח לדחות את הדיון.
 5. המבוטח יעביר לוועדה את כל החומר הנוגע לתביעה והמצוי בידו, בין אם הועבר לידיו על ידי המבוטח ובין אם הגיע לידיו שלא באמצעות המבוטח.
 6. ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה בהתאם לתנאי הפוליסה.
 7. החלטות ועדת הערר יתקבלו ברוב קולות. במקרה של שוויון קולות תהיה לגורם שמונה מטעם מאוחדת זכות הכרעה, והכרעתו תהיה סופית ובלתי ניתנת לערעור. החלטתה של הוועדה תחייב את המבוטח ותחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבוטח.
 8. יובהר כי אין בהחלטת ועדת הערר בכדי לפגוע בזכויות המבוטח לפנות לערכאות משפטיות לצורך בירור זכאותו על פי הפוליסה.
 9. ועדת ערר לדחיית קבלה לביטוח – נדחתה בקשתו של מועד לביטוח להצטרף לביטוח, יהא זכאי תוך 60 יום לפנות לוועדת ערר ולהגיש ערר על דחייתו.
- החלטות ועדת הערר לגבי הצטרפות לביטוח יתקבלו ברוב קולות. במקרה של שוויון קולות תהיה לגורם שמונה מטעם מאוחדת זכות הכרעה, והכרעתו תהיה סופית ובלתי ניתנת לערעור. החלטתה של הוועדה תחייב את המבוטח ותחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבוטח.
- החלטתה של הוועדה תחייב את המבוטח ותחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבוטח.
- לעניין סעיף זה "ועדת ערר" – משמעה ועדה המורכבת לכל הפחות מנציג בעל הפוליסה ומנציג המבוטח, שדרך פעולתה מוסדרת בהסכם בין בעלת הפוליסה לבין המבוטח.

18. ביטול הביטוח על ידי המבוטח

המבוטח רשאי לבטל את הביטוח על פי פוליסה זו בכל עת בהוראה בכתב. הביטול יכנס לתוקף בתוך 3 ימים ממסירת הודעת ביטול בכתב לחברה.

19. הפרמיה ודרך תשלומה

- (א) הפרמיה לכל מבוטח הינה כמפורט בטבלת הפרמיות המפורטת בגילוי הנאות המצורף לפוליסה זו, והיא משתנה במהלך תקופת הביטוח בהתאם לקבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח.
 - (ב) המבוטח ישלם את הפרמיה אחת לחודש.
 - (ג) תשלום הפרמיות לידי החברה, יבוצע במרכז ע"י בעל הפוליסה עבור כל המבוטחים.
 - (ד) לא שולמה לידי בעל הפוליסה הפרמיה או חלק ממנה במועד, ולא שולמה גם תוך 15 ימים לאחר שהמבוטח נדרש בכתב לשלמה, רשאית החברה, באמצעות בעל הפוליסה, להודיע למבוטח בכתב כי הפוליסה תתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור בתוספת הפרשי הצמדה וריבית כחוק, לא שולם לפני כן.
 - (ה) בכל מקרה של פיגור בתשלום הפרמיה, ישלם המבוטח הצמדה למדד וריבית כחוק וזאת מבלי לגרוע מזכותה של החברה לבטל את הפוליסה על פי דין.
 - (ו) בנוסף, ומבלי לגרוע מהאמור לעיל, החברה רשאית לשנות בהסכמת בעל הפוליסה את הפרמיה בגין פוליסה זו, וזאת מעבר לעליה במדד, בהתאם להוראות סעיף 2 לעיל.
- ככל שהעלאת פרמיה כאמור לא תאושר מסיבה כלשהי, תהא רשאית החברה להודיע על ביטול ההסכם ובהתאמה של הפוליסה בהודעה בכתב מראש של 60 יום לבעל הפוליסה והמבוטחים.

20. מיסים והיטלים

המבוטח חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על פוליסה זו או המוטלים על הפרמיות ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה חייבת לשלם על פי הפוליסה, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הפוליסה לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר. יובהר כי הפרמיה במועד הקובע כוללת את מלוא המיסים וההיטלים החלים במועד זה.

21. הוראות שונות – ביטוח בריאות קבוצתי

- (א) חובות בעל הפוליסה – בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.

(ב) צירוף מבוטח (לראשונה) -

1. מוטלת על מבוטח לפי תנאי הפוליסה חובה אחת מאלה: (1) לשלם, במועד תחילת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד; (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.
2. סעיף קטן (א) לא יחול על הפוליסה, אם תחודש לתקופה נוספת אצל המבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו התנאים הבאים: (1) הפוליסה היתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים 3 שנים לפחות לפני מועד חידושה; (2) חידוש הפוליסה נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על הרצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.
3. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

(ג) מתן מסמכים למבוטח -

1. המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל מבטח, 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:
על אף האמור, חודשה הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארכה הפוליסה לתקופה שאינה עולה על 3 חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הפוליסה לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל מבטח הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין -
1. כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי
2. את האפשרות של המבטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה
3. את האפשרות של המבטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
2. חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בקשת המבוטח.
3. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

(ד) מתן הודעות למבוטח -

1. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש הפוליסה או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה - "מועד תחילת השינוי"), ימסור המבטח לכל מבטח ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.
נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטח, כאמור בפוליסה זו, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי.
לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטח 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 המבטח. הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.
2. חודשה הפוליסה, אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - ימסור המבטח האחר לכל מבטח הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.
3. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל מבטח שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח ויצוין בה את זכות המשכיות של המבטח לפוליסת פרט סיעודית ואת זכות המבוטח להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של המבוטח הנובעת מסיום הפוליסה.
4. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה (העדר חברות במאחדת) ימסור המבטח לכל מבטח כאמור,

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.

5. חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לפוליסה החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, תמסור החברה 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.

(ה) ביטול הביטוח לגבי מבוטח מסויים –

1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בפוליסה זו לעיל, והודיע המבוטח לחברה 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.

2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בפוליסה זו לעיל, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לפוליסה, בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה, ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לפוליסה תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 21ב.ב. לעיל; לעניין 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.

3. על אף האמור בס"ק (ב), פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה (חברות במאחדת), שבשלה הוא התקשר בפוליסה, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה.

(ו) תקופת הביטוח –

הפוליסה לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 15 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים שעל פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבוטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

(ז) כפל ביטוח (בשיפוי) –

1. החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח סיעוד אחרת (או פוליסת בריאות המכסה בגין מקרה זה) בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.

2. המבטחים ישאו בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

22. סמכות שיפוט

לבתי המשפט המוסמכים במדינת ישראל תהיה סמכות שיפוט ייחודית לדון בכל עניין הנוגע להפרת או קיום תנאי הפוליסה.

הודעות

כתובות הצדדים לצורך מתן הודעות בקשר להוראות פוליסה זו הינן:
בעל הפוליסה: קופת חולים מאוחדת, אבן גבירול 124, תל-אביב.
החברה: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, ז'בוטינסקי 23, רמת גן.
המבוטח: כתובתו האחרונה של המבוטח כפי שהיא מופיעה אצל בעל הפוליסה.

הנחיות להגשת תביעה

מבוטח/ת יקר/ה,

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה לקבלת תגמולי סיעוד, עפ"י כיסוי בפוליסת הסיעוד ולפי תנאי פוליסת הביטוח. מטעמי נוחות הערכה מנוסחת בלשון זכר אולם מיועדת לנשים ולגברים כאחד. על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך באופן מסודר ומהיר, נבקשך למלא את טופס התביעה ולצרף את המסמכים הרלוונטיים כמפורט בנספחים המצ"ב.

לתשומת ליבך – באפשרותך לתבוע תגמולי ביטוח בגין תקופה הקודמת למועד הגשת התביעה, בכפוף להוכחת זכאות בהתאם לתנאי הפוליסה ולהתיישנות. אנא צרף כל מסמך רפואי תומך.

לידיעתך, בחברתנו מופעל שירות המאפשר להגיש תביעה באמצעות האתר בכתובת:
www.menoramivt.co.il

בנוסף השירות מאפשר קבלת הודעות באמצעות sms / מייל בכל אחד משלבי התביעה, צפייה בסטטוס הטיפול בה, העלאת מסמכים חסרים ועוד.

על מנת שנוכל לעדכן אותך בכל שלבי הטיפול בתביעה, נבקשך למלא את כתובת הדואר האלקטרוני ומספר טלפון נייד שלך או של איש הקשר מטעמך המטפל בתביעה.

את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים אנא שלח באחת מן הדרכים הבאות:

• במייל לכתובת t-meuhedet@menoramivt.co.il

• בפקס שמספרו: 03-7107788

• בדואר לכתובת: ת.ד. 927 תל-אביב 6100802

• באמצעות אתר האינטרנט www.menoramivt.co.il

תשומת ליבך, קבלת טופס התביעה אצל המבטח אינו מהווה הסכמה ו/או התחייבות ו/או אישור של המבטח בקשר לתביעה שהוגשה.

נשמח לעמוד לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון: 03-7108766

בכבוד רב,
מחלקת תביעות בריאות
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



מתקדמים בטוח.

למידע כללי ולהצטרפות

03-7108766

דוא"ל להגשת תביעות:

meuhedet-shirut@menoramivt.co.il



www.menoramivt.co.il