

סיעודי מושלם פלוס



הכיסוי הסיעודי הטוב ביותר
לכל המשפחה

מהדורת 01/2019

תוכן עניינים

3	תמצית תנאי הביטוח - סיעודי מושלם פלוס מהדורה 01/2019
7	פוליסה קבוצתית לביטוח סיעודי "סיעודי מושלם פלוס" באמצעות הראל חברה לביטוח בע"מ
20	הנחיות להגשת תביעה לגמלת סיעוד



גילוי נאות

טלפון לבירורים: *2700 03-6145555 או פקס- 03-7348597	כתובת הדואר האלקטרוני polisotbs@harel-ins.co.il	אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802	כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il
---	--	---	---

תמצית תנאי הביטוח - סיעודי מושלם פלוס מהדורה 01/2019

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	סיעודי מושלם פלוס - ביטוח סיעודי
סוג הביטוח	סיעוד
תקופת הביטוח	החל מיום 1.1.2019 ועד ליום 31.12.2023.
תיאור הביטוח	במצב סיעודי, המבוטח יהא זכאי לתגמולי ביטוח חודשיים כמצוין בדף פרטי הביטוח. מצב סיעודי בפוליסה זו הנו אי יכולת של המבוטח לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי של לפחות 3 מתוך הפעולות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות או שהינו סובל מתשישות נפש.
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	במקרים המפורטים בסעיף 9 לפוליסה. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.
אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת המתנה) ¹	כמפורט בסעיף 7 לפוליסה - 60 יום
במשך כמה חודשים ישולמו תגמולי הביטוח	עד 60 חודשים.

¹תקופת המתנה - תקופה המתחילה בקרות מקרה ביטוח בגינה אין המבוטח זכאי לפיצוי או שיפוי כלשהו, אלא רק בסופה.

תמצית פרטי הפוליסה

<p>סכום תגמול הביטוח החודשי שזכאי לו 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 להלן:</p>			<p>סכום הביטוח שאקבל בבית במוסד</p>
מקום השהייה של המבוטח		גיל הצטרפות לראשונה	
	עד 49	50 עד 59	60 ומעלה
תגמול ביטוח חודשי למבוטח השהיה בבית (פיצוי)	₪5,500	₪4,500	₪3,500
*תגמול ביטוח חודשי למבוטח השהיה במוסד (שיפוי)	₪10,000	₪6,500	₪4,500
<p>* לגבי מבוטח השהיה במוסד - סכום תגמול הביטוח החודשי שישולם למבוטח השהיה במוסד במועד הזכאות לתגמול הביטוח החודשי, לא יעלה על שיעור של 80% מהסכום שהמבוטח שילם בפועל למוסד.</p> <p>סכומי הביטוח החודשיים צמודים למדד כאשר מדד הבסיס הוא זה שפורסם ב-15.06.2016.</p>			

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מהו הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (תקרת הכיסוי)
מצב סיעודי - מבוטח השהיה בבית (פיצוי)	סעיפים 3 ו-4 לפוליסה: תגמול חודשי למבוטח השהיה בבית ונמצא במצב סיעודי מתום תקופת ההמתנה, וכל עוד הנו במצב מזכה, בהתאם לגיל ההצטרפות לראשונה, ולתקופת תגמול של עד 60 חודשים וכן שחרור מתשלום פרמיה בגין פוליסה זו בעד תקופת זכאותו.	
מצב סיעודי - מבוטח השהיה במוסד (שיפוי)	סעיפים 3 ו-4 לפוליסה: תגמול חודשי למבוטח השהיה במוסד ונמצא במצב סיעודי מתום תקופת ההמתנה, וכל עוד הנו במצב מזכה, בהתאם לגיל ההצטרפות לראשונה, ולתקופת תגמול של עד 60 חודשים וכן שחרור מתשלום פרמיה בגין פוליסה זו בעד תקופת זכאותו.	עד 80% מהסכום החודשי שהמבוטח שילם בפועל למוסד ועד לתקרה הקבועה בפוליסה (בהתאם לגיל ההצטרפות לראשונה) צמוד למדד שפורסם ב-15.6.2016.

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה

הערות:

1. לידעתך, באתר האינטרנט של החברה מוצגים הכללים, המבחנים וטופס ההערכה התפקודית. www.harel-group.co.il/t/CG2JZR
2. לגבי מבוטח השהיה 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.

פרמיות "סיעודי מושלם פלוס"

פרמיה חודשית ב-ש החל מיום 1.9.2022	פרמיה חודשית ב-ש החל מיום 1.9.2021	פרמיה חודשית ב-ש החל מיום 1.9.2020	פרמיה חודשית ב-ש החל מיום 1.9.2019	פרמיה חודשית ב-ש החל מיום 1.1.2019	גיל
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0-18
11.29	10.79	10.28	10.28	10.28	19-25
12.60	11.79	10.99	10.79	10.48	26-30
29.43	28.83	28.33	27.72	27.22	31-35
43.65	42.24	40.82	39.51	38.20	36-40
51.41	49.39	48.38	47.38	46.37	41-45
91.83	87.40	83.26	80.34	76.51	46-50
117.54	111.29	105.34	99.79	94.45	51-55
135.48	126.91	118.85	111.39	104.33	56-60
162.19	152.31	143.04	134.27	126.10	61-65
196.77	186.18	175.29	165.82	156.85	66-70
227.01	215.72	205.13	194.95	185.27	71-75
242.43	230.94	219.85	206.95	196.97	76-80
249.48	238.40	225.80	215.62	205.94	81+

צפי פרמיות לתקופות עתידיות (ככל ותהיינה)*

פרמיה חודשית ב-ש החל מיום 1.9.2027	פרמיה חודשית ב-ש החל מיום 1.9.2026	פרמיה חודשית ב-ש החל מיום 1.9.2025	פרמיה חודשית ב-ש החל מיום 1.9.2024	פרמיה חודשית ב-ש החל מיום 1.9.2023	גיל
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0-18
11.79	11.79	11.79	11.79	11.79	19-25
14.62	14.31	14.01	13.71	13.41	26-30
32.56	31.85	31.25	30.64	30.04	31-35
51.61	49.90	48.28	46.67	45.16	36-40
63.51	59.47	57.46	55.44	53.43	41-45
117.23	108.56	103.22	98.18	93.34	46-50
154.33	146.16	138.40	131.04	124.09	51-55
187.79	175.90	164.81	154.43	144.65	56-60
222.27	208.76	195.96	183.96	172.77	61-65
264.71	244.04	230.94	219.55	207.85	66-70
292.53	278.01	264.30	251.20	238.80	71-75
307.14	294.85	280.73	267.33	254.63	76-80
311.38	297.47	285.07	273.37	261.18	81+

פרמיה חודשית ב-ש החל מיום 1.9.2031	פרמיה חודשית ב-ש החל מיום 1.9.2030	פרמיה חודשית ב-ש החל מיום 1.9.2029	פרמיה חודשית ב-ש החל מיום 1.9.2028	גיל
0.00	0.00	0.00	0.00	0-18
11.79	11.79	11.79	11.79	19-25
16.03	15.62	15.32	14.92	26-30
35.18	34.47	33.87	33.16	31-35
59.07	57.05	55.24	53.43	36-40
72.58	70.16	67.84	65.62	41-45
142.43	135.68	129.23	123.08	46-50
191.93	181.75	172.07	163.00	51-55
243.94	228.52	214.00	200.50	56-60
285.98	268.54	252.11	236.78	61-65
329.12	311.68	295.15	279.52	66-70
358.25	340.51	323.67	307.65	71-75
374.28	356.23	339.00	322.67	76-80
374.28	357.44	341.42	326.09	81+

סכומי הפרמיה צמודים למדד כאשר מדד הבסיס הוא זה שפורסם ביום 15.06.2017.

* הפרמיות לתקופות עתידיות המפורטות בנספח זה אינן סופיות ועשויות להשתנות מעת לעת (לרבות במועדים שונים מאלו המפורטים לעיל), בהתאם להסכמות בין החברה המבטחת לכללית ובכפוף לאישור המפקח על הביטוח. כמו כן, אין בעצם הצגת דמי הביטוח לתקופות המאוחרות לתקופת הביטוח הקבועה בפוליסה משום התחייבות של המבטחת ו/או הכללית לפיה המבטחת תמשיך לשמש כמבטחת בפוליסה זו לאחר תום תקופת הביטוח הקבועה בפוליסה ו/או להארכת תקופת הביטוח לתקופות ביטוח נוספות מעבר לתקופת הביטוח הקבועה בפוליסה.

פוליסה קבוצתית לביטוח סיעודי "סיעודי מושלם פלוס" באמצעות הראל חברה לביטוח בע"מ

1. מבוא

1.1. פוליסה זו מעידה כי תמורת תשלום דמי הביטוח כמפורט בדף פרטי הביטוח ובכפופות לתנאים, להוראות ולחריגים המפורטים להלן, ישלם המבטח למבוטח תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח כמפורט בפוליסה זאת.

2. הגדרות

בפוליסה זאת יהיו למונחים הבאים ההגדרות שבצידם:

- 2.1. "הכללית" או "בעל הפוליסה" - שירותי בריאות כללית.
- 2.2. "המבטח" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 2.3. "חוק ביטוח בריאות" - חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 2.4. "חבר הכללית" - יחיד אשר הינו חבר הכללית על פי הכללים הקבועים בחוק ביטוח בריאות לרבות חבר הכללית שבוטל רישומו בכללית לפי חוק ביטוח בריאות, והוא לא נרשם לקופת חולים אחרת, למעט מי שבוטל רישומו בכללית עקב ביטול תושבותו במדינת ישראל.
- 2.5. "קופת חולים" - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות.
- 2.6. מועד התחילה" - 1 בינואר 2019.
- 2.7. "מבוטח" - חבר הכללית אשר הצטרף לפוליסה זו ומשלם את דמי הביטוח הסיעודי בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח, ובכפוף לאמור בסעיף 15 לחוק חוזה הביטוח. כמו כן, תינוק שנולד למבוטח או שצורף כחבר כללית עד גיל 12 חודשים (להלן: "תינוק"), יצורף לביטוח זה אוטומטית למעט תינוק שהוגשה בקשת הצטרפות בגינו ונדחתה על ידי המבטח. המבטח ישלח באמצעות כללית להורה ו/או לאפוטרופוס החוקי של התינוק מכתב המודיע לו על צירופו של התינוק לביטוח. במכתב זה יצינו הסעיפים בפוליסה הנוגעים להיקף הכיסוי של התינוק וכן החריג המפורט בסעיף 9.6 בפוליסה זו להלן.
- 2.8. "כללית משלים" - פוליסת ביטוח משלים (הכוללת כיסוי סיעודי) שהוצעה לחברי שירותי בריאות כללית על ידי דקלה חברה לביטוח בע"מ ("דקלה") בשנים 1995-1998.
- 2.9. "הפוליסה הראשונה" - פוליסות הביטוח הסיעודי הקבוצתי שהוצעו לחברי שירותי בריאות כללית על ידי דקלה בין השנים 2004-1998.
- 2.10. "הפוליסה השנייה" - פוליסת הביטוח הסיעודי הקבוצתי שהוצעה לחברי שירותי בריאות כללית על ידי דקלה החל מחודש 6/2004 ועד ל-07/2010.
- 2.11. "הפוליסה השלישית" - פוליסת הביטוח הסיעודי הקבוצתי שהוצעה לחברי שירותי בריאות כללית על ידי המבטח החל מ-07/2010 ועד ליום 31.12.2014.
- 2.12. "הפוליסה הרביעית" - פוליסת הביטוח הסיעודי הקבוצתי שהוצעה לחברי שירותי בריאות כללית על ידי דקלה החל מ-1.1.2015 ועד ליום 30.6.2016.

- 2.13. "הפוליסה החמישית" - פוליסת הביטוח הסיעודי הקבוצתי שהוצעה לחברי שירותי בריאות כללית על ידי הראל החל מ-1.7.2016 ועד 30.6.2017.
- 2.14. "הפוליסה השישית" - פוליסת הביטוח הסיעודי הקבוצתי שהוצעה לחברי שירותי בריאות כללית על ידי הראל החל מיום 1.7.2017 ועד מועד התחילה.
- 2.15. "פוליסה קודמת" - הפוליסה הראשונה ו/או הפוליסה השנייה ו/או הפוליסה השלישית ו/או הפוליסה הרביעית ו/או הפוליסה החמישית ו/או הפוליסה השישית.
- 2.16. "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 העם, 1940, או בידי משרד הרווחה והשירותים החברתיים, או מוסד אחר שאישר המבטח.
- 2.17. "ביטוח סיעודי לחברי קופ"ח" - ביטוח סיעודי קבוצתי שנעשה לחברי קופת חולים בפוליסה אחת שבה קופת חולים, אחת או יותר, היא בעלת פוליסה לגבי חבריה;
- 2.18. "התקנות" - הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים), התשע"ו-2015.
- 2.19. "הצטרפות לראשונה" - הצטרפות מבוטח לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח כלשהי, אשר החל ממנה הוא מבטוח ברצף, לרבות רצף אשר נשמר עם מעבר בין קופה לקופה לפי תקנה 12 לתקנות.
- 2.20. "מבטוח קיים" - מי שהיה מבטוח בביטוח סיעודי לחברי קופ"ח עובר למועד התחילה, והמשיך להיות מבטוח ברצף בביטוח כאמור לאחר מכן.
- 2.21. "מצב רפואי קודם" - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבטוח לפני ההצטרפות לראשונה, כמוגדר לעיל, לרבות בשל מחלה או תאונה, לעניין זה "אובחנו במבטוח" בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 2.22. "סייג בשל מצב רפואי קודם" - סייג כללי בחוזה ביטוח הפוטר את המבטוח מחבותו, או המפחית את חבות המבטוח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבטוח בתקופה שבה חל הסייג.
- 2.23. "מדד" - מדד המחירים לצרכן הכולל ירקות ופירות המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדר פרסום כזה מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 2.24. "ועדת ערר" - ועדה המורכבת מנציג בעל הפוליסה ומנציג המבטוח בהכשרה ובהתאמה לפי העניין העולה בפניה.
- 2.25. "הממונה" - הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון.

3. מקרה הביטוח - מצב מזכה (כמפורט בסעיף 3.1 או 3.2)

- 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 המבטוח 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.

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 לישיבה 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 באמצעות קשית, ולרבות שתייה 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, ייחשבו כאי-שליטה על סוגרים;

3.2.6 ניידות - יכולת עצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום, בלא עזרת הזולת; היעדרות בקיבויים, 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 ואלם בעל יכולת עצמאית לנוע עם כיסא 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. סכום תגמולי הביטוח

4.1. סכום תגמול הביטוח החודשי שזכאי לו 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:

מקום השהייה של המבוטח			גיל ההצטרפות לראשונה לביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות החולים
	עד 49	50 עד 59	60 ומעלה
תגמול ביטוח חודשי למבוטח השוהה בבית (פיצוי)	₪5,500	₪4,500	₪3,500
תגמול ביטוח חודשי למבוטח השוהה במוסד (שיפוי)	₪10,000	₪6,500	₪4,500

*סכומי התגמול צמודים למדד כאשר מדד הבסיס הוא זה שפורסם ב-15.06.2016.

- 4.2. על אף האמור בסעיף 4.1 לעיל לגבי סוגי מבוטחים קיימים המפורטים להלן, מבוטחים אשר היו מבוטחים ביום 30 ביוני 2016 והמשיכו להיות מבוטחים ברצף בביטוח סיעודי לחברי קופ"ח - במקום גיל ההצטרפות לראשונה לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח האמור בסעיף 4.1 ייקרא הגיל שכתוב לצדם:
- 4.2.1 מבוטח בביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים שירותי בריאות כללית "סיעודי מושלם פלוס", שהצטרף לביטוח בגיל 60 עד 64 - 59;
- 4.2.2 מבוטח בביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים מכבי שירותי בריאות- (א) אם הצטרף לביטוח "סיעודי זהב" מגיל 50 - 49; (ב) אם הצטרף לביטוח "סיעודי כסף" מגיל 60 - 59;
- 4.2.3 מבוטח בביטוח סיעודי לחברי קופת חולים מאוחדת, שהצטרף לביטוח "מאוחדת זהב" בגיל 50 עד 65 - 49;
- 4.2.4 מבוטח בביטוח סיעודי לחברי קופת חולים לאומית, שהצטרף לביטוח "לאומית סיעוד" בגיל 60 עד 64 - 59.
- הוראות סעיפים 4.2.4 - 4.2.2 לעיל, חלות לגבי מבוטחים קיימים שיצטרפו לפוליסה זו בעקבות מעבר לכללית מקופת חולים אחרת לאחר יום 1 בינואר 2017.
- 4.3. על אף האמור בסעיף 4.1 לעיל סכום תגמול הביטוח החדשי שישולם למבוטח השווה במוסד במועד הזכאות לתגמול הביטוח החדשי, לא יעלה על שיעור של 80% מהסכום שהמבוטח שילם בפועל למוסד.

5. ערכי סילוק ופדיון קרן מבוטחים

- 5.1. לא יצטברו לזכותו של מבוטח בפוליסה עודפים לצורך קבלת ערכי סילוק או פדיון.
- 5.2. על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל דמי ביטוח ששולמו בעד כלל המבוטחים על פי ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים מסוימת, עתידים לשמש לכיסוי ההתחייבויות ארוכות הטווח בעד המבוטחים כאמור בניכוי ובתוספות כפי שהורה הממונה.

6. חובת הגילוי, הפרתה ותוצאותיה

- 6.1. על המבקש להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו חלה החובה למסור תשובות מלאות וכנות לשאלות המוצגות לו בעת כריתת חוזה הביטוח, ומוסכם על הצדדים כי רק על יסוד השאלות והתשובות הנ"ל הסכים המבטח לקבל את המבקש להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו.
- 6.2. בכל הנוגע למערכת היחסים שבין המבוטח והמבטח בשלב כריתת חוזה הביטוח, לרבות היקף חובת הגילוי החלה על המבוטח, התרופות הקיימות למבטח בשל הפרת החובה כאמור והסייגים לקיומן יחולו מלוא הוראות חוק חוזה הביטוח, תשמ"א - 1981 הנוגעות לעניין.

7. תקופת המתנה

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

8. זכאות לתגמולי ביטוח

- 8.1. מבוטח זכאי לקבל תגמולי ביטוח כל עוד מתקיימים בו התנאים שמפורטים בסעיף 3 לעיל בכפוף לתנאי הפוליסה.
- 8.2. על אף האמור בסעיף 8.1 לעיל, מבוטח יהיה זכאי לקבל תגמולי ביטוח במשך 60 חודשים החל בתום תקופת ההמתנה כמפורט בסעיף 7 מכוחה של הפוליסה שבמהלך תקופתה אירע מקרה הביטוח ובכפוף לאמור בתקנה 13 לתקנות, בניכוי תקופות שבהן קיבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח.

9. חריגים לכיסוי

פוליסה זו לא כוללת כיסוי במקרים אלה:

- 9.1. מקרה ביטוח שאירע עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית, משטרתית, מלחמתית, פעולות איבה;
- 9.2. מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי;
- 9.3. מקרה ביטוח שאירע עקב שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראת רופא, שלא לצורך גמילה;
- 9.4. מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004; לעניין פסקה זאת מבוטח זכאי ייחשב כמבוטח בחוזה שהוחלף אצל אותו מבטח או מבטח אחר כמפורט בתקנה 6(א)(2) לתקנות האמורות;
- 9.5. מקרה ביטוח שאירע לראשונה לפני תחילת תקופת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח בכפוף לאמור בתקנה 13 לתקנות ;
- 9.6. מקרה ביטוח שאירע לראשונה ב-36 החודשים הראשונים לחייו של מבוטח;
- 9.7. מקרה ביטוח שאירע עקב תאונת דרכים, כהגדרתה בחוק פיצויים לפגעי תאונות דרכים, התשל"ה-1975, או תאונות עבודה כמשמעותה בחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, שהוכרה בידי המוסד לביטוח לאומי.

10. תשלום תגמולי ביטוח

- 10.1. המבטח יהיה רשאי, על פי שקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח, ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח.
- 10.2. לגבי מבטח השוהה במוסד - תגמולי הביטוח ישולמו בכפוף להצגת העתק חשבונית מס או קבלות.
- 10.3. היה המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו, אולם בגלל מצבו הרפואי הוא אינו כשיר לטפל בענייניו, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח לאפוטרופוס אשר ימונה למטרה זאת על ידי בית המשפט.
- 10.4. בעת מותו של המבוטח חו"ח חלה חובה על העיזבון לדווח על כך למבטח.
- 10.5. פטירת המבוטח - נפטר המבוטח במהלך התקופה בה היה זכאי לתגמולי ביטוח, תפסק זכאותו לתגמולי ביטוח מיום מותו, ותסתיים אחריות המבטח על פי פוליסה זו כלפי אותו מבטח ממועד זה.
- 10.6. נפטר מבטח ולא צוין מוטב אחר, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח אשר לא שולמו לפני מועד הפטירה למי שהתחייב לשלם ובהעדר התחייבות כלפי המוסד או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי התחייבות האמורה, ישלם את היתרה לעיזבונו של המבוטח.

11. תנאים כללים לאחריות המבטח

- 11.1. ארע מקרה הביטוח, על המבטח להודיע למבטח, מיד לאחר שנודע לו, על קרות המקרה ועל זכותו לתגמולי הביטוח.
 - 11.2. משנמסרו למבטח הודעה על קרות מקרה הביטוח ותביעה בכתב לתשלום תגמולי הביטוח, על המבטח לעשות מיד את הדרוש לבירור חבותו.
 - 11.3. על המבטח, למסור למבטח, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדרושים לבירור החבות, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטח, ככל שיוכל, להשיגם.
 - 11.4. לא קוימה חובה לפי סעיף 11.1 או לפי סעיף 11.3 במועדה, וקוימה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קוימה החובה; הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
 - 11.4.1. החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות;
 - 11.4.2. אי קוימה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.
 - 11.5. עשה המבטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.
 - 11.6. המבטח יהיה רשאי לנהל על חשבונו כל בדיקה רפואית או אחרת או חקירה, לצורך בירור חבותו על פי הפוליסה, הכל כפי שהמבטח ימצא לנכון, באופן סביר בנסיבות העניין ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, עיכוב העלול לסכן את המבטח או בריאותו. זכותו של המבטח לנהל חקירות ובדיקות לא תפגע מחמת מותו חו"ח של המבטח.
- ככל שהמבטח שווה בחו"ל, רשאי המבטח, ככל שהדבר נדרש בנסיבות העניין, לדרוש את התייצבותו של המבטח לבדיקה רפואית ו/או אחרת בארץ לצורך בירור חבותו על פי הפוליסה.
- מובהר, כי אין באמור לעיל כדי לגרוע מזכותו של המבטח לבקש, בכל עת, למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית המשפט.

12. תקופת הביטוח

- 12.1. תקופת הביטוח הינה החל מיום התחילה ומסתיימת ביום 31.12.2023.

13. זכות המשכיות לפוליסת פרט

- 13.1. המבטח יאפשר למבטח עוזב לעבור לפוליסת המשך לפי המועדים המפורטים בסעיף 13.2, שלהלן תנאיה:
 - 13.1.1. סכום הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח בפוליסת המשך לא יפחתו מאלה הקבועים למבטח בפוליסה לביטוח הסיעודי לחברי קופ"ח, אלא אם כן ביקש זאת המבטח, בניכוי תקופות שבהן היה זכאי לקבל תגמולי ביטוח באותה פוליסה;
 - 13.1.2. דמי הביטוח בפוליסת המשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר למצטרפים חדשים בפוליסת סיעוד פרט דומה אצל המבטח;
 - 13.1.3. במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי בלא בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.

- 13.1.4. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות ההמשך תהיה למפרע מהמועד שבו בוטל רישומו בקופת חולים.
- 13.2. בתוך 45 ימים ממועד ביטול הביטוח למבוטח עוזב, יפנה המבטח בכתב למבוטח ויציג לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 60 ימים ממועד מסירת הודעת המבטח.
- 13.3. על אף האמור בסעיף 13.2, 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.
- 13.4. בסעיף 13 זה -
- "מבוטח עוזב"** - מבוטח בביטוח הסיעודי לחברי קופ"ח שטרם מימש את מלוא זכויותיו לפי הפוליסה ושבטל לו הביטוח הסיעודי לחברי קופ"ח עקב ביטול רישומו בקופת חולים לפי חוק ביטוח בריאות והוא לא נרשם לקופת חולים אחרת;
- "פוליסת המשך"** - פוליסת פרט לביטוח סיעודי לתקופת ביטוח לכל החיים.

14. זכות לפוליסת המשך קבוצתית

- 14.1. במקרה שהביטוח הסיעודי לחברי קופ"ח הופסק עקב אי-חידושה של הפוליסה לכלל המבוטחים אצל מבטח כלשהו, יצרף המבטח את כלל המבוטחים שהיו מבוטחים בפוליסה האמורה לפוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי הדדי לתקופת ביטוח לכל החיים (להלן - פוליסת המשך קבוצתית), שלהלן תנאיה:
- 14.1.1. 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 עבור כלל המבוטחים בפוליסה לבין כלל העלויות הצפויות בשל התגמולים שיש לשלם בעדם, בהתבסס על אומדן מיטבי של המבטח, אינו בגירעון בהתחשב ביתרת קרן המבוטחים;
- 14.1.2. תנאי הכיסוי הביטוחי יוכל 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 ועל בסיסו ניתן האישור;
- 14.1.3. לא יצטברו ערכי סילוק בפוליסת המשך.
- 14.1.4. במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי בלא בחינה מיוחדת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.
- 14.1.5. דמי הביטוח יועברו לקרן המבוטחים; תגמולי הביטוח וכל הוצאה אחרת בשל הביטוח ותפעולו ישולמו מתוך הקרן בלבד; המבטח לא יידרש לשאת בעלויות פוליסת המשך הקבוצתית ממקורותיו;

- 14.1.6. מבטח רשאי להחזיר לקופת חולים שחבריה מבוטחים בפוליסת ההמשך הקבוצתית סכומים שהוציאה הקופה בשל ניהול הפוליסה, לרבות בשל גביית דמי הביטוח מהמבוטחים, ובלבד שהחזר לא יעלה על 3% מסכום דמי הביטוח שנגבו.
- 14.1.7. בעד תפעולה של פוליסת ההמשך הקבוצתית וניהולה של קרן המבוטחים זכאי המבטח לנכות דמי ניהול שנתיים אשר כוללים החזר הוצאות למבטח וכן מרכיב רווח שלגביו יחול סעיף 40 לחוק.
- 14.2. אם המאזן האמור בסעיף 14.1, במועד צירוף המבוטחים לפוליסת ההמשך 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.
- 14.3. מבטח יודיע למבוטח על צירופו לפוליסת ההמשך הקבוצתית וכן על אפשרותו לבטל את הצטרפותו בתוך 90 ימים ממועד קבלת ההודעה כאמור, תוך פירוט האופן שבו רשאי המבוטח להודיע על ביטול כאמור.
- 14.4. הודיע מבוטח על רצונו לבטל את הצטרפותו לפוליסת ההמשך הקבוצתית לפי סעיף 14.3, תבוטל 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.
- 14.5. על אף האמור בסעיף 14.1 הממונה רשאי לקבוע כי במקרה שהביטוח הסיעודי לחברי קופת"ח הופסק עקב אי-חידושה של הפוליסה לכלל המבוטחים אצל מבטח כלשהו, לא יחויב המבטח לצרף את המבוטחים לפוליסה כלשהי, ויתרת קרן המבוטחים באותו המועד תשמש לטובת המבוטחים, במקרים אלה:
- 14.5.1. כל הפוליסות לביטוח סיעודי לחברי כל קופות החולים לא חודשו אצל מבטח כלשהו או לא צפויות להתחדש;
- 14.5.2. החלופות שהגיש המבטח, לפי סעיף 14.2 מביאות לתנאי כיסוי ביטוחי שאינם סבירים בנסיבות העניין.

15. התיישנות

תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח על פי פוליסה זאת היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

16. הוראות מעבר

- 16.1. במידה ומקרה הביטוח התקיים **לראשונה** במהלך תקופת הביטוח של פוליסה קודמת ועודנו מתקיים ברצף, ו/או פסק ושב להתקיים במהלך 12 חודשים מהמועד שבו פסק מלהתקיים, לא יחולו לגבי אותו מקרה ביטוח הוראותיה של פוליסה זו, אלא הוראותיה של הפוליסה הקודמת - הרלוונטית, שבמהלך תקופת הביטוח שלה ארע מקרה הביטוח לראשונה לרבות לעניין תקופת אכשרה, סכומי ביטוח, תקופת תשלום תגמולי ביטוח וכו'.
- 16.2. במידה ומקרה הביטוח שהתקיים לראשונה במהלך תקופת הביטוח של פוליסה קודמת, חדל להתקיים ושב והתקיים במהלך תקופת הביטוח של פוליסה זו ולאחר שחלפו למעלה מ-12 חודשים מהמועד שבו פסק מלהתקיים, יחולו על מקרה הביטוח ששב להתקיים, הוראותיה של פוליסה זו. מתקופת הזכאות לקבלת תגמולי הביטוח מכוח פוליסה זו,

יפחתו תקופות תשלום תגמולי ביטוח שקיבל המבוטח מכוחה של פוליסה קודמת באופן שבכל מקרה סך כל תקופת התגמול לה יהיה זכאי מכוח פוליסה זו במצטבר עם תקופות התגמול אותה קיבל מכוח הפוליסה הקודמת לא יעלה על תקופת התגמול המרבית מכוח פוליסה זו - 60 חודשים.

17. בירור חילוקי דעות רפואיים

- 17.1. נדחתה מנימוקים רפואיים ו/או אחרים תביעתו של מבוטח לתשלום תגמולי ביטוח, תימסר לו הודעה מנומקת על ידי המבטח, המפנה את תשומת לבו לזכותו להגיש ערר בפני ועדת ערר, וזאת בתוך 60 יום מיום שנמסרה לו ההודעה..
- 17.2. המבוטח יהיה רשאי להיות מיוצג בדיוני ועדת הערר על ידי בא כח (רופא או אחר) מטעמו ולהגיש מסמכים וחוות דעת רפואית כפי שימצא לנכון או כפי שיתבקש על ידי הוועדה.
- 17.3. ועדת הערר תתכנס לא יאוחר מ-45 יום ממועד קבלת הערר, ותקבל החלטתה פה אחד.
- 17.4. נחלקו הדעות בין חברי וועדת הערר, יצורף לוועדה לצורך דיון בנושא בו נחלקו הדעות, גורם בר סמכא בתחום הרלבנטי אשר ימונה על ידי בעל הפוליסה, ועדת הערר המורחבת כאמור תדון שנית בנושא בו נחלקו הדעות ותקבל החלטתה ברוב דעות. אין באמור בסעיף זה למנוע מהמבוטח לפנות לגורמים אחרים העומדים לו ע"פ החוק.

18. ברור חילוקי דעות לעניין ההצטרפות לביטוח

- 18.1. נדחתה בקשתו של מועמד לביטוח להצטרפות לביטוח, יהא זכאי לפנות לוועדת ערר תוך 60 יום מיום שנמסרה לו ההודעה ולהגיש ערר על דחייתו.
- 18.2. ועדת הערר לעניין זה תהא מורכבת מנציג בעל הפוליסה ומנציג המבטח. המועמד לביטוח יציג בפני הוועדה את נימוקיו בכתב ובכלל זה יוכל לצרף חוות דעת כתובות מטעם רופאיו.
- 18.3. נחלקו הדעות בין חברי ועדת הערר, יצורף לוועדה לצורך דיון בנושא בו נחלקו הדעות, גורם בר סמכא בתחום הרלבנטי אשר ימונה על ידי בעל הפוליסה, ועדת הערר המורחבת כאמור תדון שנית בנושא בו נחלקו הדעות ותקבל החלטתה ברוב דעות.

19. תחולת החוקים

- 19.1. פוליסה זו כפופה לתקנות.
- 19.2. הוראות חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981 יחולו על פוליסה זאת.

20. הודעות

כל הודעות המיועדות למבטח וכן כל המסמכים שיש למסור לו יימסרו בכתב למבטח. הודעות המיועדות לבעל הפוליסה (שירותי כללית) ימסרו בכתב לכתובתו במשרד הראשי. הודעות המיועדות למבוטח באשר לתביעתו ימסרו בכתב לאיש הקשר של המבוטח כמפורט בטופס התביעה.

21. דמי הביטוח

- 21.1. מועד פירעון דמי הביטוח יהיה בראשית כל חודש על פי המועד בו נקבע תשלומם על ידי המבטח.
- 21.2. לדמי הביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית על פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א 1961 מיום היווצר הפיגור ועד לפירעון בפועל של דמי הביטוח אצל המבטח.

- 21.3. דמי הביטוח (גובה הפרמיות) - בהתאם למפורט "בגילוי נאות".
- 21.4. גילו של מבטוח לצורך קביעת דמי ביטוח ולצורך קביעת גיל הצטרפות לראשונה, יחושב בשנים שלמות לפי מספר השנים המלאות שחלפו מחדש לידתו של המבטוח.

22. שחרור מתשלום דמי ביטוח

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

23. הצמדה למדד

- 23.1. על סכומי תגמולי הביטוח החדשיים המפורטים בסעיף 4 יתווספו הפרשי הצמדה כמשמעותם בחוק פסיקת ריבית, מהמדד שהיה ידוע ביום 15.6.2016.
- 23.2. על דמי הביטוח החדשיים יתווספו הפרשי הצמדה כמשמעותם בחוק פסיקת ריבית, מהמדד שהיה ידוע ביום 15.6.2017.

24. שינוי תנאי הפוליסה

במקרה שבו ישתנו התקנות במהלך תקופת הביטוח, ישתנו תנאי הפוליסה בהתאם, והמבטוח יהיה רשאי לשנות את דמי הביטוח, לפי הסכם בין קופת החולים שחבריה מבטוחים בפוליסה כאמור לבין המבטוח או לבטל את הפוליסה, והכל בכפוף לאישור הממונה.

25. שינוי בדמי הביטוח

- בנוסף לאמור בסעיף 24 לעיל:
- 25.1. המבטוח יהיה רשאי לשנות את דמי הביטוח בכפוף לאישור הממונה אך לא לפני תום שנה מתחילת תקופת הביטוח.
- 25.2. הכללית תהיה רשאית לפנות לממונה בתיאום עם המבטוח בבקשה לשנות את דמי הביטוח. שינוי בדמי הביטוח יתבצע בכפוף לאישור הממונה.

26. ביטול הפוליסה על ידי המבטוח

- 26.1. בהודעה בכתב לחברה בכל עת.
- 26.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבטוח, והודיע המבטוח לחברה או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטוח, 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.

27. ביטול הפוליסה על ידי המבטוח

- 27.1. אם בעל הפוליסה ו/או המבטוח אינו/ם משלם/ים או לא שילמו את הפרמיה כסדרה. הביטול יתבצע בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 ("חוק חוזה הביטוח").
- 27.2. אם העלים המבטוח ו/או בעל הפוליסה מהחברה עובדה מהותית, שידיעתה הייתה גורמת לחברה שלא לקבלו לביטוח (על פי חוק חוזה הביטוח).
- 27.3. אם בוטל רישומו של המבטוח בכללית עקב ביטול תושבותו במדינת ישראל.

- 27.4. מבוטח שמימש את מלוא זכויותיו על פי הפוליסה.
- 27.5. לגבי תינוק שצורף לביטוח זה אוטומטית - הפוליסה תבוטל אוטומטית במועד הראשון בו חלה החובה לשלם בגינו דמי ביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה, למעט ככל וניתנה הסכמת הורה ו/או אפוטרופוס חוקי של התינוק לשלם את דמי הביטוח ונמסר על ידו אמצעי גביה לצורך כך, והכל טרם הגיע המועד הראשון בו חלה החובה לשלם דמי ביטוח כאמור.

28. הוראות על פי תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009:

28.1. צירוף מבוטח:

- א. מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
- (1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 101(ג) לחוק עובדים זרים;
 - (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.
 - ב. סעיף משנה (א) לעיל, לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:
 - (1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;
 - (2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.
 - ג. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

28.2. כפל ביטוח

- א. החברה תהיה אחראית, 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 בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.
- ב. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

28.3. מתן מסמכים למבוטח

- א. 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 המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח;

(א1) על אף האמור בסעיף א לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך 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 ויצוין -

(1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;

(2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;

(3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

ב. חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

ג. 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.

28.4. מתן הודעות למבוטח

א. 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.

(א1) 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, ויצוין בה את זכות המשכיות 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.

(א2) פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 28.5 (ב) להלן 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.

ב. חלה על מבטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטח 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.

28.5. ביטול הביטוח לגבי מבטח מסוים

א. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח לחברה או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, 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.

ב. על אף האמור בסעיף 28.6 להלן, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה.

28.6. תקופת הביטוח

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בפוליסה, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

28.7. הצהרת בעל הפוליסה

בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב בזאת, כי לעניין היותו בעל הפוליסה בפוליסה סיעודי מושלם לחברי הכללית ובני משפחותיהם, הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.

הנחיות להגשת תביעה לגמלת סיעוד

מסמכים שיש להמציא למבטח בעת תביעה:

1. טופס הגשת תביעה והמסמכים הדרושים על פיו. את הטופס ניתן להשיג באתר האינטרנט של המבטח, שכתובתו www.harel-group.co.il, ובסניפי הכללית אצל האחיות.
2. מסמכים רפואיים הרלבנטיים לתביעה וכן כל מסמך אחר היכול להעיד על מצבך התפקודי ו/או הקוגניטיבי (כגון החלטות המוסד לביטוח לאומי). במידה והמבטח/ת שוהה במוסד בתשלום, נבקש להמציא לחברת הביטוח העתק הקבלה הראשונה בגין תשלום זה המפרטת גם את תאריך תחילת התשלום (יום חודש ושנה).
3. על מנת שנוכל לטפל בתביעה בצורה יעילה ומהירה, על המבוטח להעביר למבטח את כל המסמכים, לפי הפירוט לעיל, במלואם.
4. התביעה תאושר רק אם היא עומדת בהוראות הפוליסה.
5. את כל המסמכים האמורים לעיל יש לשלוח אל:
דקלה סוכנות לביטוח בע"מ
מח' תביעות סיעוד מגדל בסר 2, בן גוריון 1, ת.ד. 903 בני ברק 5110802
או לפקס: 03-7348597; או לכתובת דוא"ל: tvsjud@dikla.co.il
טלפון לביורורים: 1-800-551122.

הליך הטיפול בתביעה:

1. עם קבלת המסמכים המבטח יבדוק את הכיסוי הסיעודי בהתאם לתנאי הפוליסה.
2. במקרים בהם יידרש, לפי שיקול דעת המבטח, המבטח יזמין חומר רפואי ומידע מהמוסד לביטוח לאומי.
3. ייתכן והמבטח יתבקש להיבדק תפקודית/קוגניטיבית. הבדיקה תתואם מראש.
4. במקרים בהם יידרש חומר נוסף, המבטח יפנה בבקשה להמצאת מסמכים אלו.
5. בסיום הליך הטיפול בתביעה, תישלח הודעה בכתב המפרטת את החלטת המבטח.

למידע ופרטים נוספים:
מכל טלפון *2700
clalit.co.il/siudi

01430724042

