

תמורת תשלום הפרמיה, כמפורט בדף פרטי הביטוח ובהתאם להצעת הביטוח, להצהרות ולהודעות אותן מסר המבוטח לחברה, המהווים חלק בלתי נפרד מהפוליסה, ובכפופות לתנאים, להוראות לסייגים ולחריגים קבועים בתנאי הפוליסה, מתחייבת החברה לשלם למבוטח או למוטב, לפי העניין, לאחר קחת מקרה הביטוח, את סכום הביטוח כמפורט בדף פרטי הביטוח.

1. הגדרות	
1.1 בעל הפוליסה	האדם או התאגיד המתקשר עם החברה בחוזה ביטוח נשוא הפוליסה ואשר שמו רשום בדף פרטי הביטוח כבעל הפוליסה.
1.2 גיל המבוטח	ההפרש בין התאריך בו מחושב גיל המבוטח לבין תאריך לידתו של המבוטח הרשום בתעודת הזהות. גילו של המבוטח יחושב בשנים שלמות. ששה חודשים ומעלה יסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה.
1.3 דף פרטי הביטוח	דף המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל בין השאר את מס' הפוליסה, פרטים אישיים של המבוטח, מועד תחילת הביטוח ותקופתו, הכיסויים הביטוחיים, סכומי הביטוח, פרמיה וכיו"ב.
1.4 ההסדר התחיקתי	חוק חוזה הביטוח, חוק הפיקוח על שיהתים פיננסיים (ביטוח), תשמ"א-1981 וכן התקנות והצווים שהותקנו ו/או שיוקנו מכוח חוקים אלה והוראות הממונה, אשר יסדירו את התנאים החלים על בעל הפוליסה, המבוטח, המוטב והחברה בקשר עם פוליסה זו.
1.5 החברה	הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
1.6 הצעת הביטוח	הטפסים שמולאו ונחתמו על ידי המבוטח קודם לקבלתו לביטוח, המהווים פניה לחברה בהצעה שיערך עבור הביטוח, ושעל בסיס האמור בהם הסכימה החברה לבטח את המבוטח.
1.7 חוק חוזה הביטוח	חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981.
1.8 יום תחילת הביטוח	כנקוב בדף פרטי הביטוח ובכפוף לאמור בסעיף 2 להלן.
1.9 כיסויים ביטוחיים	הכיסויים הביטוחיים אשר נכללו בבקשת המבוטח בהצעה לביטוח, תשומים בדף פרטי הביטוח ומפורטים בנספח.
1.10 מבוטח	האדם אשר בוטח על פי הפוליסה ואשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמבוטח.
1.11 מדד	מדד המחירים הידוע היום בשם "מדד המחירים לצרכן" (מדד יוקר המחיה הכולל פחות וירקות) המתפרסם על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומחקר כלכלי או כל גוף או מוסד תשמי' אחר, לפי המקרה, או כל מדד אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה מבוסס על אותם נתונים ובין אם לאו.
1.12 מדד יסודי	המדד שפורסם לאחרונה לפני יום תחילת הביטוח והנקוב בדף פרטי הביטוח.
1.13 מוטב	הזכאי/ים לתגמולי ביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה בקחת מקרה הביטוח והרשום/ים בהצעה לביטוח.
1.14 ממונה	הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.
1.15 מקרה הביטוח	מערכת עובדות ונסיבות המתוארות בפוליסה אשר ארעה בכל מקום בעולם ואשר בהתקיימה בתוך תקופת הביטוח, ישולמו סכומי ביטוח על פי תנאי הפוליסה.
1.16 סייג בשל מצב רפואי קודם	חריג המצוין בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה או המפחית את חבותה או את היקף הכיסוי בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
1.17 סכום הביטוח	תגמולי הביטוח שישולמו למבוטח או למוטב, לפי העניין, בקחת מקרה ביטוח על פי הכיסויים הביטוחיים, כנקוב בפוליסה.
1.18 פוליסה	חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה לבין החברה וכל נספח ותוספת המצורפים לו לרבות הצעת הביטוח ודף פרטי הביטוח.
1.19 פרמיה	דמי הביטוח השוטפים המשולמים לחברה ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה לשלם לחברה, לפי תנאי הפוליסה, לרבות כל תוספת בפוליסה.
1.20 תאונה	חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאיחוע פתאומי חד פעמי אלים ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת, את הסיבה היחידה הישירה והמיידי לקחת מקרה הביטוח. למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות (מיקרו-טראומה) לא יחשבו כ"תאונה".
1.21 תום תקופת הביטוח	כנקוב בדף פרטי הביטוח או ה-1 לחודש בו הגיע המבוטח לגיל 80, המוקדם מביניהם.
1.22 תקופת הביטוח	התקופה שמיום תחילת הביטוח ועד לתום תקופת הביטוח.
1.23 מצב רפואי קודם	מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

<p>1.24 הרחבה</p> <p>כיסוי ביטוחי המהווה חלק בלתי נפרד של הנספח ובגינו ישולמו תגמולי ביטוח בקחת מקרה הביטוח בכפוף לאמור בכל פרק של אותה הרחבה.</p>	
<p>1.25 נכות תמידית וצמיתה</p> <p>נכות אשר נקבעה על פי האמור בסעיף 5.1.4 בנספח זה וחפא מומחה בתחום הרלוונטי קבע כי אין כיסוי לשיפור עתידי במצב הרפואי של הפגימה ו/או הליקוי.</p>	
<p>2. חבות החברה</p>	
<p>2.1</p> <p>חבותה של החברה נקבעת אך ורק על פי תוכנה של הפוליסה והוראות ההסדר התחיקתי.</p>	
<p>2.2</p> <p>הפוליסה נכנסת לתוקפה החל מיום תחילת הביטוח בתנאי מפורש כי באותו מועד התקיימו כל התנאים המצטברים הבאים:</p> <p>2.2.1 נמסרה לחברה הוראת קבע לבנק או הוראה לחברת כרטיסי האשראי לתשלום הפרמיה או שולמה הפרמיה הראשונה בפועל כאמור בסעיף 2.3 להלן.</p> <p>2.2.2 החברה הוציאה פוליסה או אישרה בכתב את הסכמתה לביצוע הביטוח.</p> <p>2.2.3 מיום הגשת הצעת הביטוח וחתמת המבוטח על הצהרת הבריאות, או מיום שנעשתה למבוטח בדיקה רפואית מטעם חברת הביטוח ולצורך התקשרות לביטוח, לפי העניין, לא חל שינוי במצב בריאותו, הרגלי העישון שלו, מקצועו, עיסוקיו ותחביביו של המבוטח לעניינים לגביהם נשאל המבוטח שהיה בהם להשפיע על קבלתו לביטוח אילו ידעה על כך החברה בעת הסכמתה לקבלו לביטוח.</p>	
<p>2.3</p> <p>מודגש כי תשלום הפרמיה הראשונה בפועל פירושו תשלום במזומנים. אם נמסרה במועד מתן הצעת הביטוח המחאה ו/או הוראה לבנק ו/או הוראה לחיוב התשלום באמצעות כרטיס אשראי, תחשב הפרמיה כמשולמת אך ורק עם כיבוד אמצעים אלה על ידי הבנק ו/או העברת הסכום על ידי חברת האשראי לחשבון החברה.</p>	
<p>2.4</p> <p>שולמו לחברה כספים על חשבון הפרמיה לפני שהחברה הסכימה לבטח את המועמד לביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת החברה לכריתת הפוליסה.</p> <p>2.4.1 מבלי לפגוע באמור לעיל, צירף המבוטח להצעת הביטוח את הפרמיה לחברה, יהא על החברה להשיב למבוטח או להודיע על תנאי קבלתו בתוך שלושה חודשים ממועד קבלת ההצעה והפרמיה, או אם פנתה החברה למבוטח בבקשה להשלמת פרטים - תוך שישה חודשים ממועד קבלת ההצעה והפרמיה. לא השיבה או הודיעה החברה על אודות עמדתה בתוך שלושה או שישה חודשים, לפי העניין, ייחשב הדבר כאילו הסכימה החברה לקבלת המבוטח לביטוח בתנאים הגלים.</p>	
<p>3. חובת גילוי</p>	
<p>3.1</p> <p>הפוליסה מבוססת על תשובות מלאות וכנות אשר ניתנו לשאלות שנשאלו המבוטח ו/או בעל הפוליסה בטופסי הצעת הביטוח, השאלון הרפואי, וכן על העובדה כי לא הוסתר מהחברה עניין מהותי שהיה בו כדי להשפיע על תנאי קבלת המבוטח לביטוח.</p>	
<p>3.2</p> <p>הציגה החברה לבעל הפוליסה ו/או למבוטח לפני כריתת הפוליסה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לזכות את הפוליסה בכלל או לזכות אותה בתנאים שבה (להלן - "עניין מהותי"), על בעל הפוליסה ו/או המבוטח (לפי העניין), להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה. הסתרה בכוונת מרמה מצד בעל הפוליסה ו/או המבוטח של עניין שהם ידעו או היה עליהם לדעת כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.</p> <p>3.2.1 ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאית החברה תוך שלושים ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב לבעל הפוליסה. הפרמיות ששולמו בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות החברה, יושבו למשלמן, זולת אם פעלו בעל הפוליסה ו/או המבוטח בכוונת מרמה.</p> <p>3.2.2 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח האמור לעיל אין החברה חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין הפרמיה שהייתה משתלמת כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין הפרמיה המוסכמת והיא פטורה כליל בכל אחת מאלה:</p> <p>3.2.2.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.</p> <p>3.2.2.2 מבטח סביר לא היה מתקשר על פי פוליסה זו, אך בפרמיה גבוהה יותר אילו ידע את המצב לאמיתו במקרה זה הפרמיות ששולמו בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות החברה, יושבו למשלמן.</p> <p>3.2.3 החברה לא תהא זכאית לתרופות האמורות לעיל, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:</p> <p>3.2.3.1 היא ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהיא גרמה לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.</p> <p>3.2.3.2 העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות החברה או על היקפה.</p>	
<p>3.3</p> <p>על המבוטח להוכיח את תאריך לידתו באמצעות תעודה לשביעות רצונה של החברה. תאריך לידתו של המבוטח הוא עניין מהותי עליו חלה חובת הגילוי כאמור לעיל.</p>	
<p>4. כיסוי ביטוחי יסודי - מוות כתוצאה מתאונה</p>	
<p>קרתה תאונה במהלך תקופת הביטוח שהביאה במישרין למוותו של המבוטח בתוך שלוש מאות שישים וחמישה ימים מיום תאריך התאונה, תשלם החברה למוטב את סכום הביטוח הנקוב בדף פרטי הביטוח והפוליסה תבוטל.</p> <p>בכל מקרה תהא החברה חייבת בתשלום מירבי שלא יעלה על סכום הביטוח היסודי הנקוב בדף פרטי הביטוח, היינו, שילמה החברה סכומי ביטוח בגין הרחבות נוספות המפורטות להלן, בשל אותה תאונה, יקוזו הללו מסכום הביטוח היסודי.</p>	

5. הרחבת הכיסויים הביטוחיים שבפוליסה

לכיסוי הביטוחי היסודי על פי סעיף 4 לעיל יתווספו כיסויים ביטוחיים נוספים (הרחבה 1 / הרחבה 2 / הרחבה 3 / הרחבה 4 / הרחבה 5 להלן ביחד - "ההרחבות"). מובהר כי בכפוף לאמור להלן, תהווה הרחבות אלה חלק בלתי נפרד מהפוליסה והן תהיינה כפופות לתנאים, להגדרות ולסייגים שבפוליסה.

5.1 הרחבה 1 - אובדן / פגיעה בתפקוד, נכות תמידית

- 5.1.1 הגדרת "מק" לצורך הרחבה 1**
- 5.1.1.1** בכל מקום בו נעשה בהרחבה זו שימוש במונח "מק" בהתייחס ל**יד** ו/או **ידיים** משמעו אובדן מוחלט ותמידי של יכולת השימוש לרבות קטיעה צמיתה של מפרק כף היד או מעליו.
- 5.1.1.2** בכל מקום בו נעשה בהרחבה זו שימוש במונח "מק" בהתייחס ל**רגל** ו/או **רגליים** משמעו אובדן מוחלט ותמידי של יכולת השימוש לרבות קטיעה צמיתה של מפרק הקרסול או מעליו.
- 5.1.1.3** בכל מקום בו נעשה בהרחבה זו שימוש במונח "מק" בהתייחס ל**לעיניים** ו/או **לעין** ו/או **לראיה** משמעו אובדן מוחלט ובלתי ניתן לשיקום של הראיה.
- 5.1.1.4** בכל מקום בו נעשה בהרחבה זו שימוש במונח "מק" בהתייחס ל**דיבור** או **שמיעה** משמעו אובדן מוחלט ובלתי ניתן לשיקום של אחד מהם.
- 5.1.1.5** בכל מקום בו נעשה בהרחבה זו שימוש במושג "**שיתוק**" משמעו אובדן מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בארבע גפיים (קוודריפלגיה) כתוצאה מנתק בלתי הפיך כתוצאה מתאונה או כשל קבוע של ההולכה בחוט השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של חוט השדרה.

- 5.1.1.6 מובהר כי אבחון וקביעת הנזק על פי הרחבה זו, תעשה על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי שבדק את המבוטח או הסתמך על ראיות רפואיות מקובלות.**
- 5.1.2** סכום הביטוח בגין הרחבה זו סכום הביטוח בגין הרחבה זו יהיה 100% מסכום הביטוח היסודי.
- 5.1.3** מקרה הביטוח וסכומי הביטוח שישולמו בגין הרחבה 1

5.1.3.1 קרתה תאוונה במהלך תקופת הביטוח שכתוצאה ממנה נגרם למבוטח אחד מהמקרים שיפורטו להלן וזאת בתוך שלוש מאות שישים וחמישה ימים מיום תאריך התאונה, תשלם החברה למוטב, סכומי ביטוח כלהלן:

המק	% מסכום הביטוח בגין הרחבה זו
ריתוק תמידי למיטה	100%
שיתוק של ארבע גפיים	100%
אובדן שתי הידיים או שתי הרגליים	100%
אובדן שמיעה בשתי האוזניים	100%
אובדן ראיה בשתי העיניים	100%
אובדן דיבור	100%
אובדן רגל אחת ויד אחת וראיה בעין אחת	100%
אובדן ראיה בעין אחת	30%
אובדן שמיעה באוזן אחת	10%
אובדן רגל אחת או יד אחת	50%

5.1.3.2 קרתה תאוונה במהלך תקופת הביטוח שכתוצאה ממנה נגרמה למבוטח נכות רפואית תמידית וצמיחה (להלן: "**הנכות**") - חלקית או מלאה - אשר אינה מפורטת בטבלה לעיל (בסעיף 5.1.3.1) תשלם החברה למוטב שיעור יחסי של סכום הביטוח באופן יחסי לשיעור הנכות, ו**בתנאי** שהנכות התגבשה כתמידית וצמיחה בתוך שלוש מאות שישים וחמישה ימים מיום תאריך התאונה. תנמולי הביטוח על פי סעיף זה ישולמו על פי אחוז הנכות שייקבע על ידי חפא מומחה בתחום הרלוונטי ובהתאם לאמור בסעיף 5.1.4 להלן:

- 5.1.4 קביעת דרגת הנכות לענין סעיף 5.1.3.2**
- 5.1.4.1** קביעת דרגת הנכות שנגרמה למבוטח עקב מקרה ביטוח כאמור בסעיף 5.1.3.2 לעיל תהיה על ידי חפא מומחה בתחום הרלוונטי ובהתאם לאמור **בתקנה 11 לתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה), תשט"ז-1956 (להלן: "התקנה")** או כל תקנה שתבוא במקומה. אחוז הנכות ייקבע על ידי חפא מומחה בתחום הרלוונטי בהסתמך על הנקוב לצד כל אחד מהליקויים ו/או הפגמות המנייים בתוספת לתקנה **(להלן: "התוספת")** או כל תוספת שתבוא במקומה ובלבד שדרגת הנכות לא תעלה על 100%.
- 5.1.4.2** אם באותו מקרה ביטוח נגרם מק כמפורט בסעיף 5.1.3.1 ובנוסף נגרמה גם נכות כמפורט בסעיף 5.1.3.2, אופן חישוב דרגת המק והנכות במשולב יהיה על פי החישוב המפורט בתקנה.
- 5.1.4.3 למען הסר ספק, המפורט להלן לא יכלל בחישוב דרגת הנכות:**
- א. תוספת שיעור נכות שתקבע על פי סעיפים 15 ו/או 16 לתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה), תשט"ז-1965.**
- ב. נכות בגין צלקת אסטטית**
- ג. נכות נפשית**
- 5.1.4.4** במקרה של פגיעה באיבר שבגינו נקבעה למבוטח נכות רפואית כלשהי לפני תחילת הביטוח ו/או על ידי מקרה ביטוח קודם והנכות עדיין בתוקף, יקוזז שיעור הנכות שנקבע בפגיעה הקודמת משיעור הנכות שייקבע כאמור לעיל.
- 5.1.4.5** אם הנכות אינה תשומה בתוספת היא תקבע על ידי חפא מומחה בתחום הרלוונטי בהתחשב במבחנים שנקבעו ברשימת הליקויים ו/או הפגמות שבתוספת.

<p>5.1.5 התגבשות הנזק ו/או הנכות למצב תמידי ולצמיחות</p> <p>5.1.5.1 למען הסר ספק, החברה תשלם תגמולי ביטוח כאמור לעיל רק אם המק ו/או הנכות התגבשו למצב תמידי ו/או לצמיחות ו/או בלתי ניתן לשיקום בתוך 365 ימים מיום התאונה.</p> <p>5.1.5.2 כמו כן, החמרת מק ו/או נכות באותו איבר (בין אם שולמו בגינם תגמולי הביטוח ובין אם לאו), אשר תתגבש לאחר 365 מיום התאונה לא תוכר, לא תהווה עילת תביעה ולחברה לא תהיה חבות בגינה.</p> <p>5.1.5.3 למען הסר ספק, מוצהר ומוסכם בזאת כי על המבוטח לעשות כמיטב יכולתו על מנת לשפר את מצבו הרפואי על פי המלצת החפאים.</p> <p>5.1.6 מובהר בזאת כי אין בקביעת נכות כאמור לעיל כדי להחיל על פוליסה זו הוראה כלשהי מתוך חוק הביטוח הלאומי ותקנותיו.</p> <p>5.1.7 מוצהר ומוסכם בזאת כי קביעת הנכות ו/או המק על ידי חפא מומחה בתחום הרלוונטי כאמור לעיל, כפופה לאישור חפא החברה.</p>	
<p>5.2.1 סכום הביטוח בגין הרחבה זו סכום הביטוח בגין הרחבה זו יהיה 20% מסכום הביטוח היסודי.</p> <p>5.2.2 חלק א' - שברים</p> <p>5.2.2.1 הגדרות לצורך חלק א' - שברים</p> <p>אגן כל עצמות האגן אשר תחשבנה עצם אחת.</p> <p>אירוע שבר תאונתי חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאיחוע פתאומי אלים חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית לשבירת עצם של המבוטח כהגדרתה במונח "שבר".</p> <p>גולגולת כל עצמות הגולגולת והפנים (לא כולל השיניים) אשר תחשבנה כעצם אחת.</p> <p>חוליה כל חוליות עמוד השדרה אשר תחשבנה כעצם אחת.</p> <p>יד כל אחת משתי הגפיים העליונות. כל עצמות יד אחת תחשבנה כעצם אחת.</p> <p>עצם הבריח עצמות הבריח ועצמות השכמה אשר תחשבנה כעצם אחת.</p> <p>צלע כל עצמות הצלעות ועצם החזה אשר תחשבנה כעצם אחת.</p> <p>רגל כל אחת משתי הגפיים המשמשות להליכה. כל עצמות רגל אחת תחשבנה כעצם אחת.</p> <p>שבר פגיעה בשלמות העצם עם או ללא שינוי בצורתה המקורית ובלבד שקיים הפגיעה הוכח בצילום רנטגן או C.T או M.R.I בלבד. למען הסר ספק, מיפוי עצמות ו/או כל בדיקה אחרת למעט אלה המפורטים בסעיף זה לא יהווה הוכחה לקיומו של שבר.</p> <p>השברים הבאים לא יהוו עילה לתביעה:</p> <p>א. שברים פתולוגיים - עקב תהליך מחלתי הממוקם מתחת לעצם כמו גידול, ציסטה, זיהום וכדומה.</p> <p>ב. שברי לחץ ו/או שברי הליכה - עקב תהליכים חוזרים ונישנים של דחיסה ו/או מתח.</p> <p>ג. שברי אי ספיקה - דילדול העצם וירידה בחוסן המכני שלה עקב מחלות כמו בריחת סידן, רככת, ליקוי בתהליך היצירה והבניה של העצם.</p> <p>ד. שבר הנגרם מעצמו.</p> <p>למען הסר ספק מודגש בזאת כי סעיף השברים אינו מכסה שברים שנגרמו למבוטח על ידי ו/או כתוצאה ממחלה ו/או מתהליך הדרגתי מתמשך.</p>	<p>5.2 הרחבה 2 - שברים וכוויות עקב תאונה</p>

5.2.2.2 מקרה הביטוח ותגמולי הביטוח שישולמו בגין חלק זה:

בקרת תאונה שכתוצאה ממנה נגרם למבוטח בתוך 90 ימים מיום שקרתה, שבר תאונתי באיברים המפורטים בטבלה בלבד, תשלם החברה למוטב תגמולי ביטוח שישולמו בשיעור מסכום הביטוח בגין הרחבה זו כמפורט בטבלה להלן:

האיבר בו ארע השבר התאונתי	% מסכום הביטוח בגין הרחבה זו
חוליה כולל חוט השדרה (עם פגיעה עצבית)	100%
אגן	100%
גולגולת	35%
חוליה ללא חוט השדרה (בלי פגיעה עצבית)	35%
צלע	35%
עצם הבריח	35%
תל	35%
יד	35%
כתף	35%
שורש כף היד	10%
קרסול	10%
עצם הזנב	10%
כף יד	3%
כף גל ואצבע אחת או יותר	3%
אף	3%

5.2.2.3 הגבלות וחריגים מיוחדים לחלק א'

5.2.2.3.1 במידה ויותר מעצם אחת נשברה כתוצאה מאותו אירוע שבר תאונתי, יתווספו סכומי הביטוח כאמור בטבלה שלעיל (כל תגמולי הביטוח יחושבו על פי שיעור מסכום הביטוח בגין הרחבה זו), ובלבד שסכום הביטוח הכולל לא יעלה על סכום הביטוח הכולל בגין הרחבה זו בגין אותו מבוטח.

5.2.2.3.2 שבירת עצם כלשהי באחד מהאיברים המנויים בטבלה לעיל שנעשתה לצורך ו/או בעת טיפול רפואי איננה נכללת בהגדרת אירוע שבר תאונתי ולא תהווה עילה לתביעה.

5.2.2.3.3 מובהר כי אבחון וקביעת המק על פי הרחבה זו, תעשה על ידי חפא מומחה בתחום הרלוונטי שבדק את המבוטח ו/או הסתמך על ראיות רפואיות מקובלות.

5.2.2.3.4 מוצהר ומוסכם בזאת כי קביעת המק על ידי חפא מומחה בתחום הרלוונטי כאמור לעיל, כפופה לאישור חפא החברה.

5.2.3 חלק ב' - כוונות

5.2.3.1 הגדרות לצורך חלק ב' - כוונות

אירוע כוונה תאונתי חבלה גופנית שנגרמה, כתוצאה מאירוע פתאומי אלים חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידי להיכונותו של המבוטח.

כוונה פצע/צרבט בעור הגוף שנגרמו על ידי מקור חום כלשהו או שפשוף.

כוונה מדרגה שלישית כוונה שתוצאתה הריסת מלא עובי העור.

כוונה מדרגה שנייה כוונה שפגיעתה משתרעת מעבר לשכבת העור החיצונית (אפידרמיס) היוצרת שלפוחיות.

5.2.3.2 מקרה הביטוח ותגמולי הביטוח שישולמו בגין חלק זה:

בקרת תאונה שכתוצאה ממנה נגרמה למבוטח בתוך 30 ימים מיום שקרתה, כוונה מדרגה שנייה או שלישית, תשלם החברה למוטב שיעור מסכום הביטוח בגין הרחבה זו כמפורט בטבלה שלהלן:

היקף הכוונה ביחס לשטח המעטפת הכולל של גוף המבוטח	כוונה מדרגה שנייה	כוונה מדרגה שלישית
28% - 100%	50%	100%
20% - 27%	40%	80%
10% - 19%	30%	60%
4.5% - 9%	10%	20%

למען הסר ספק מובהר כי כוונה בהיקף קטן מ- 4.5% אינה מזכה בתגמולי ביטוח.

<p>5.2.3.3 הרחבת הכיסוי למקרה ביטוח של כווייה בפנים</p> <p>בקרת כווייה המזכה בפיצוי על פי האמור בסעיף 5.2.3.2. לעיל, אשר בה נכווה המבוטח בפניו, יהיה המבוטח זכאי לכפל הפיצוי המשולם על פי סעיף 5.2.3.2. לעיל אך לא יותר מ- 100% מסכום הביטוח בגין הרחבה זו.</p> <p>במקרה של כווייה בעיניים אשר גרמה למק בראיה כאמור בסעיף 5.1.1 - ישולם למבוטח הסכום הגבוה מבין הסכומים להם הוא זכאי על פי הרחבה זו או על פי האמור בטבלה אשר בסעיף 5.1.3.</p> <p>5.2.3.4 מובהר כי אבחון וקביעת המק על פי הרחבה זו, תעשה על ידי חפא מומחה בתחום הרלוונטי שבדק את המבוטח ו/או הסתמך על ראיות רפואיות מקובלות.</p> <p>5.2.3.5 מוצהר ומוסכם בזאת כי קביעת המק על ידי חפא מומחה בתחום הרלוונטי כאמור לעיל, כפופה לאישור חפא החברה.</p>	
<p>5.3.1 הגדרות לצורך הרחבה 3</p> <p>בית חולים מוסד הממלא אחר כל הדרישות הבאות:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. מוסד רפואי שקיבל היתר וקיבל רישיון לפעול כבית חולים על פי דין במדינה שבה הוא פועל. 2. יש ברשותו צוות של חפא אחד או יותר הזמינים בכל עת. 3. ברשותו ציוד לצורך אבחון וטיפולם כיהרגיים לרבות מתקני רנטגן ומתקני חדר ניתוח. 4. אינו מהווה ביסודו מרפאה, מוסד סיעודי, בית הבראה או החלמה או מוסד דומה וכן אינו, אלא אם כן, באופן מקרי, מקום גמילה או טיפול לאלכוהוליסטים או נרקומנים. <p>מאושפז אדם המאושפז בבית חולים, על פי הוראה מפורשת של חפא מוסמך לפחות 24 שעות ברציפות, להוציא שהיה בחדר מיון. למען הסר ספק אדם המאושפז באשפוז יום לא ייחשב כמאושפז לצורך כיסוי זה.</p> <p>פיצוי יומי תגמולי ביטוח יומיים בשיעור של 0.3% מסכום הביטוח הנקוב בדף פרטי הביטוח, ואשר צמודים למדד כאמור בסעיף 15 להלן, שישולם למבוטח בכפוף לאמור בהרחבה זו.</p> <p>פציעה פציעה גופנית תאונתית שארעה למבוטח במהלך תקופת הביטוח, שתוצאתה באופן ישיר ובלתי תלוי בכל גורם אחר, קרות מק המכוסה בפוליסה (אובדן תפקוד ו/או שברים ו/או כוויות למעט מקרה סיעוד).</p> <p>חפא חפא בעל רישיון כדון על פי חוקי המדינה שבה הוא עובד, למעט המבוטח או אדם ממשפחתו הקרובה של המבוטח.</p> <p>תקופת אשפוז הימים הראפיים הנמנים החל מהיום הראשון שלאחר תום תקופת ההמתנה, וסופם עם שחרור של המבוטח מאשפוז או בתום 26 שבועות, לפי המוקדם מביניהם.</p> <p>תקופת המתנה (יומיים) 2 ימים החל מהיום הראשון שבו היה המבוטח מאושפז, בהם לא תשלם החברה פיצוי יומי כלשהו למבוטח.</p> <p>5.3.2 מקרה הביטוח ותגמולי הביטוח שישולמו בגין הרחבה 3</p> <p>בקרת מקרה הביטוח כהגדרתו בפוליסה, אשר כתוצאה ממנו מאושפז המבוטח בבית חולים כתוצאה מתאונה, תשלם החברה את הפיצוי היומי וזאת בגין כל יום בו היה המבוטח מאושפז, החל מתום תקופת ההמתנה ועד למקסימום של 26 שבועות. חזר המבוטח להיות מאושפז מאותה סיבה בתוך תקופה של 10 ימים ממועד שחרור מאשפוז, לא תחול לגבי תקופת המתנה נוספת. מובהר כי בתקופות שבהן לא היה המבוטח מאושפז, לא ישולמו תגמולי ביטוח.</p> <p>5.3.3 הגבלות וחריגים מיוחדים להרחבה 3</p> <p>במידה והמבוטח אושפז בבית חולים יותר מפעם אחת בגין אותה פציעה וזאת במהלך תקופה של שנים עשר חודשים, יחושבו שתי תקופות האשפוז כאילו היו תקופת אשפוז אחת רצופה. למען הסר ספק מובהר כי במקרה בו חלפו למעלה משנים עשר חודשים בין אשפוז אחד לשני, ייחשבו תקופות האשפוז כתקופות אשפוז נפרדות.</p>	<p>5.3 הרחבה 3 - פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה</p>

<p>5.4.1 הגדרות לצורך הרחבה 4</p> <p>מצב סיעודי</p> <p>מצב בריאות ותפקוד יחידים של המבוטח כתוצאה מתאונה, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. לקום ולשכב - יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה למצב לישיבה ו/או לקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ו/או ממיטה. 2. להתלבש ולהתפשט - יכולתו העצמאית של המבוטח ללבוש ו/או לפשוט פרטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית. 3. להתרחץ - יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת. 4. לאכול ולשתות - יכולתו העצמאית של המבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה, בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו. 5. לשלוט על סוגרים - יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים ו/או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם ייחשבו כאי שליטה על סוגרים. 6. נידות - יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרת בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכיסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המבוטח, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע. <p>תקופת המתנה</p> <p>תקופה המתחילה במועד בו אירע מקרה הביטוח של מצב סיעודי כתוצאה מתאונה ומסתיימת 90 יום לאחר מכן ובמהלכה נמצא המבוטח, באופן רציף, במצב סיעודי.</p> <p>5.4.2 מקרה הביטוח ותגמולי הביטוח שישולמו בגין הרחבה 4</p> <p>בקרת תאונה שגרמה למבוטח למצב סיעודי, תשלם החברה למוטב, בתום תקופת המתנה, פיצוי חד פעמי. סכום הביטוח בגין הרחבה זו יהיה 20% מסכום הביטוח היסודי.</p> <p>מובהר כי אבחון וקביעת המצב הסיעודי על פי הרחבה זו, תעשה על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי שבדק את המבוטח ו/או הסתמך על ראיות רפואיות מקובלות ובכפוף להגדרות בסעיף 5.4.1 לעיל.</p> <p>5.4.3 מוצהר ומוסכם בזאת כי קביעת המצב הסיעודי על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי כאמור לעיל, כפופה לאישור רופא החברה.</p>	<p>5.4 הרחבה 4</p> <p>פיצוי למבוטח בגין מצב סיעודי שארע עקב תאונה</p>
<p>5.5.1 הגדרות לצורך הרחבה 5</p> <p>בית חולים</p> <p>מוסד הממלא אחר כל הדרישות הבאות:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. מוסד רפואי שקיבל היתר וקיבל רישיון לפעול כבית חולים על פי דין במדינה שבה הוא פועל. 2. יש ברשותו צוות של חפא אחד או יותר הזמינים בכל עת. 3. ברשותו ציוד לצורך אבחון וטיפולם כיחגיים לרבות מתקני רנטגן ומתקני חדר ניתוח. 4. אינו מהווה ביסודו מרפאה, מוסד סיעודי, בית הבראה או החלמה או מוסד דומה וכן אינו, אלא אם כן, באופן מקרי, מקום גמילה או טיפול לאלכוהוליסטים או נרקומנים. <p>מאושפז</p> <p>אדם המאושפז בבית חולים, על פי הוראה מפורשת של חפא מוסמך לפחות 24 שעות ברציפות, להוציא שהיה בחדר מיון. למען הסר ספק אדם המאושפז באשפוז יום לא ייחשב כמאושפז לצורך כסוי זה.</p> <p>תקופת אשפוז</p> <p>תקופה רצופה בה היה המבוטח מאושפז בבית חולים.</p> <p>פציעה</p> <p>פציעה גופנית כתוצאה מתאונה שארעה למבוטח בתקופת הביטוח.</p> <p>5.5.2 מקרה הביטוח ותגמולי הביטוח שישולמו בגין הרחבה 5</p> <p>בקרת פציעה כהגדרתה בסעיף 5.5.1 לעיל אשר כתוצאה ממנה מאושפז המבוטח בבית חולים כתוצאה מתאונה, תשלם החברה למוטב תגמולי ביטוח בעבור הכיסויים המפורטים להלן:</p> <p>5.5.2.1 שכר אחות פרטית במהלך תקופת אשפוז בבית חולים - אושפז המבוטח בבית חולים כתוצאה ממקרה ביטוח המכוסה על פי הרחבה זו, לתקופת אשפוז העולה על 5 ימים, יהיה המבוטח זכאי להחזר עבור שכירת שיחתי אחות פרטית עד לסך של 500 ש"ח הצמודים למדד כאמור בסעיף 15 להלן לכל יום אשפוז החל מהיום השישי לאשפוז, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.</p> <p>5.5.2.2 הוצאות פינוי באמבולנס - מבוטח הזקוק לפינוי באמבולנס בקרת מקרה ביטוח המכוסה על פי הרחבה זו, יהיה זכאי להחזר הוצאות הנסיעה באמבולנס של מגן חד אדום או שיחת אמבולנס אחר, עבור העברתו לבית חולים, עד לסך של 600 ש"ח הצמודים למדד כאמור בסעיף 15 להלן ובלבד שהמבוטח לא אושפז בבית החולים אליו פונה, בעקבות פנייתו.</p> <p>5.5.2.3 הוצאות שהייה של קרוב מדרגה ראשונה במלון בקרבת בית החולים - אושפז מבוטח כתוצאה ממקרה ביטוח המכוסה על פי הרחבה זו לתקופה העולה על 10 ימים, יהיה המבוטח זכאי להחזר עבור הוצאות שהוציא קרוב משפחה אחד מדרגה ראשונה (בן/בת זוג, ילד, הורה) לצורך שהייה במלון עד לסך של 400 ש"ח הצמודים למדד כאמור בסעיף 15 להלן לכל יום אשפוז החל מהיום ה-10 לאשפוז, כל עוד המבוטח נותר באשפוז ולתקופה שלא תעלה על 14 ימים.</p>	<p>5.5 הרחבה 5</p> <p>כיסויים נוספים</p>

<p>5.5.2.4 טיפולים פיזיותרפיים לאחר מקרה ביטוח - מבטוח המקק לאחר קרות מקרה ביטוח המכוסה על פי הרחבה זו לטיפול פיזיותרפיה זאת על פי הפניית חפא, יהיה זכאי להחזר עבור הוצאות שהוציא עבור טיפולי פיזיותרפיה בגובה 80% מהסכום שהוציא בפועל ועד תקרת החזר לטיפול של 180 ש"ח הצמודים למדד כאמור בסעיף 15 להלן וזאת עד למקסימום של 10 טיפולי פיזיותרפיה.</p>	
<p>6. הגבלות, חריגים וסייגים לחבות החברה בגין כל הכיסויים הביטוחיים</p>	
<p>החברה לא תהיה אחראית ולא תהיה חייבת לשלם תגמולי ביטוח על פי כל אחד מהכיסויים הביטוחיים שבפוליסה בגין מקרה ביטוח או נזק שאירעו, כולם או מקצתם, במישרין או בעקיפין כתוצאה מאחד או יותר מהאירועים/נסיבות שלהלן:</p>	
<p>6.1 התאבדות או ניסיון התאבדות (בין אם המבטוח שפוי ובין אם לאו), טירוף הדעת, שימוש באלכוהול, שימוש בסמים (למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא), שימוש בתרופות שלא נרשמו על ידי רופא מוסמך, חבלה גופנית שהמבטוח גרם לעצמו במתכוון, הריון או לידה.</p>	<p>6.1</p>
<p>6.2 השתתפות בפעילות צבאית או בתרגילים/אימונים צבאיים או טרם צבאיים מכל סוג שהוא.</p>	<p>6.2</p>
<p>6.3 השתתפות פעילה של המבטוח בפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, במהפכה, במרד, בפרעות, במהומות, במעשה חבלה, שביתה או בפעולה אלימה המוגדרת כפשע.</p>	<p>6.3</p>
<p>6.4 כל נזק שנגרם במישרין או בעקיפין עקב השתתפות מרצון של המבטוח בפעילות בלתי חוקית או כל הפרה או ניסיון להפר חוק כלשהו או התנגדות למעצר.</p>	<p>6.4</p>
<p>6.5 הימצאותו של המבטוח במהלך טיסה בכלי טיס חד מנועי, או בכלי טיס שהטסתו אינה כדין, או כאיש צוות אוויר או כטייס בכלי טיס כלשהו.</p>	<p>6.5</p>
<p>6.6 נהיגה ו/או רכיבה ברכב מנועי דו גלגלי ו/או טרקטורון</p>	<p>6.6</p>
<p>6.7 פגיעת ראש ותוצאותיה במקרה של רכיבה על אופניים ללא קסדה תקנית.</p>	<p>6.7</p>
<p>6.8 השתתפות המבטוח בספורט אתגרי מסוג: אווירי - גלישה ו/או דאייה ו/או רחיפה באוויר (ממונעת ולא ממונעת), צניחה חופשית, צניחה. מוטורי ויבשתי - רכיבת שטח על אופנוע, אופנוע הרים, מוטוקרוס, סנובורד, ספורט חורף הכולל גלישה ו/או החלקה על שלג ו/או קרח, אגרוף, האבקות וכל סוגי קרב מגע למיניהם, צייד, רכיבה על סוסים, רולר-בליידס, סקייטבורד, טיפוס קירות, קפיצת באנג'י. גבהים - טיפוס הרים בעזרת חבלים וגם/או בעזרת מדריכים, גלישת מצוקים. ימי - צלילה תוך שימוש במיכלי אוויר, רפטינג, סקי מים, גלישת גלים, אופנוע ים, גלישת גלים, גלישת רוח, שייט אבובים, שייט קיאקים, בנגה, מצנח גלישה.</p>	<p>6.8</p>
<p>6.9 פעילותו של המבטוח כספורטאי רשום בקבוצת ספורט, עיסוקו של המבטוח בענף ספורט כלשהו בצורה מקצוענית, לרבות השתתפות בתחרויות למיניהן כספורטאי רשום בקבוצת ספורט בצורה מקצוענית.</p>	<p>6.9</p>
<p>6.10 מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבטוח בתקופה שבה חל הסייג. סייג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבטוח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן: 1. היות המבטוח בגיל של פחות מ- 65 שנים - הסייג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח. 2. היות המבטוח בגיל של 65 שנים או יותר - הסייג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח. 3. על אף האמור בסעיפי המשנה א,ב לעיל, סייג לחבות החברה או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבטוח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים. 4. סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבטוח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה לא סייגה במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבטוח.</p>	<p>6.10</p>
<p>6.11 תוצאה ישירה או עקיפה של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כולל מוטציות ו/או וריאציות ו/או תסמונת דומה אחרת.</p>	<p>6.11</p>
<p>6.12 מגע עם חומר גרעיני מלחמתי, קרינה מייננת או זיהום רדיואקטיבי מדלק גרעיני כלשהו או מפסולת גרעינית כלשהי או מבעירת דלק גרעיני (בעירה - תהליך כלשהו של בקוע גרעיני המכלכל עצמו) ו/או מגע עם חומרים כימיים.</p>	<p>6.12</p>
<p>6.13 הסתכנות מדעת שלא נעשתה כדי להציל נפשות.</p>	<p>6.13</p>
<p>6.14 מקרה ביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח ו/או כניסת הביטוח לתוקף או לאחר תום תקופת הביטוח.</p>	<p>6.14</p>

7. הגשת תביעות

החברה תשלם למבוטח או ישירות לנותן השיחות את ההוצאות בגין השיחות הרפואיים עד לסכום הביטוח המרבי, בהתאם לתנאי הפוליסה, ובלבד שיתמלא כל התנאים המפורטים להלן:

7.1	ארע מקרה הביטוח, על בעל הפוליסה, המבוטח או המוטב, לפי העניין, להודיע לחברה מיד לאחר שנודע לו על כך.
7.2	בכל מקרה של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה, על מגיש התביעה למסור לחברה את התביעה בכתב ואלה יצורפו המסמכים שיידרשו על ידי החברה לביחור חבותה והחברה תהיה זכאית לנהל כל בדיקה וחקירה לצורך ביחור חבותה באופן סביר.
7.3	המבוטח הסכים להיבדק על ידי חפא מטעם המבטח וכן התיר לחפאים וכן לבית החולים בו עבר או עומד לעבור ניתוח או אושפז ולכל נותן שיחות למסור למבטח כל ידיעה או מידע להם הוא זקוק, וחתם על כתב ויתור על סודיות רפואית בנוסח המקובל אצל המבטח.
7.4	החברה תהא זכאית בכל עת לבדוק בכל דרך סבירה הנראית לה את מצבו הרפואי של המבוטח והמבוטח מתחייב לעמוד בבדיקות רפואיות שיידרשו על ידי החברה ועל חשבונה.
7.5	בעל הפוליסה ו/או המבוטח ו/או המוטב יהיו חייבים להציג לחברה כל מסמך או מידע בעניין מצבו הרפואי של המבוטח וכן לעזור לחברה להשיג כל מסמך או מידע שאינם ברשותה.
7.6	המבוטח המציא למבטח קבלות מקוריות של נותן השיחות המאשרת תשלום בפועל של ההוצאות הנתבעות מהמבטח על ידי המבוטח. לא יבוצע החזר כנגד צילומי קבלות או העתקים מתאימים למקור. למחת האמור לעיל, במקרה והגיש המבוטח בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר, יגיש העתק קבלה מאושר ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה המקורית בציון הסכום שתבע מהגורם האחר.

8. תשלום תגמולי ביטוח

8.1	מוצרה ומוסכם בזאת כי תגמולי הביטוח על פי פוליסה זו, משתנים בהתאם ובכפוף לכל אחד ממקרי הביטוח כמפורט בכל אחת מההרחבות והביטוח היסודי.
8.2	<p>לא ישולמו תגמולי ביטוח מעל לסכום הביטוח הנקוב בדף פרטי הביטוח בין אם בגין מקרה ביטוח אחד או בגין מספר מקרי ביטוח הנובעים מאותה תאונה.</p> <p>8.2.1 כמו כן, תגמולי הביטוח בגין כל אחת מההרחבות בנפרד מוגבלים לסכום הביטוח המיוחס לכל אחת מההרחבות בנפרד בין אם ישולמו בגין מקרה ביטוח אחד או אם בגין מספר מקרי ביטוח הנובעים מאותה תאונה. בכל מקרה, בגין מקרי ביטוח הנובעים מאותה תאונה תהא החברה חייבת בתשלום מירבי שלא יעלה על סכום הביטוח היסודי, היינו, שילמה החברה סכומי ביטוח בגין הרחבות נוספות, יקודו הללו מסכום הביטוח היסודי.</p> <p>8.2.2 חישוב תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח שני ואילך יעשה כשיעור מסכום הביטוח היסודי ובלבד שסך תגמולי הביטוח המשולמים למבוטח מכל מקרי הביטוח יחד לא יעלה כאמור על סכום הביטוח היסודי הנקוב בדף פרטי הביטוח.</p> <p>8.2.3 מובהר בזאת כי בכל תאונה נפרדת זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח כאמור לעיל בסכום שלא יעלה על גובה סכום הביטוח היסודי.</p>
8.3	תגמולי הביטוח בגין מותו של המבוטח ישולמו למוטב ובתנאי שהמוטב נותר בחיים שלושים ימים לאחר מות המבוטח. במקרה מות המוטב בטרם מותו של המבוטח ו/או במהלך התקופה שלעיל, ישולמו תגמולי הביטוח בגין מות המבוטח לעיזבונם של המבוטח.
8.4	בטרם ארע מקרה הביטוח תשאי בעל הפוליסה לשנות את המוטב הרשום בפוליסה. השינוי יחייב את החברה רק לאחר שנמסרה לה הודעה בכתב על כך בחתימת בעל הפוליסה ורק לאחר שאושרה הבקשה על ידי החברה.
8.5	תגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח שאינו מותו של המבוטח, ישולמו למבוטח.
8.5	בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, תהיה החברה רשאית לנכות מכל תשלום שיתבצע כאמור את כל החובות המגיעים לה מבעל הפוליסה ו/או המבוטח ו/או המוטב בגין פוליסה זו.

9. המועד לתשלום תגמולי הביטוח

תגמולי הביטוח ישולמו בתוך שלושים ימים מהיום שהיו בידי החברה כל המידע, המסמכים והראיות שנדרשו על ידה לשם ביחור חבותה. לתגמולי הביטוח שישולמו לאחר שלושים הימים כאמור בסעיף זה, יתווספו הפרשי הצמדה כמשמעותם בחוק פסיקת ריבית והצמדה התשכ"א-1961, מיום קרות מקרה הביטוח, וריבית צמודה בשיעור שנקבע לפי סעיף 1 לחוק האמור לענין ההגדרה "הפרשי הצמדה וריבית" מתום 30 ימים מיום מסירת התביעה וכל המידע, המסמכים והראיות הנדרשים.

10.1	10. ביטול הביטוח
10.1	בעל הפוליסה ו/או המבוטח רשאים בכל עת לבטל את הביטוח בהודעה בכתב על גבי טפסים שהיו מקובלים בחברה לאותו ענין במועד הבקשה, והביטול יכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה אצל החברה.
10.2	לא שולמה הפרמיה או חלקה במועד, ולא שולמה תוך 15 ימים לאחר שהחברה דרשה לשלמה, רשאית החברה להודיע לבעל הפוליסה בכתב כי הפוליסה תבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן והכל בכפוף לחוק חוזה הביטוח. החברה תהא רשאית לגבות את חוב הפרמיה שנצבר עד למועד הביטול בפועל.
10.3	שולם מלוא סכום הביטוח למוטב בגין מקרה ביטוח שהוגדר כמוות מתאונה כאמור בסעיף 4 לעיל, תבטל הפוליסה כולה.

11. תפוגת הכיסויים הביטוחיים

תוקפו של כל אחד מהכיסויים הביטוחיים שנרכשו בפוליסה יפוג בתום תקופת הביטוח או הגיעו של המבוטח לגיל 80, לפי המוקדם מביניהם.

12. שינויים בפוליסה

כל שינוי בפוליסה זו יהיה תקף בתנאי שאושר בכתב על ידי החברה. אישור כאמור יונפק על ידי החברה ויהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה.

13. תשלום הפרמיות ותשלומים נוספים

<p>13.1 הפרמיות וכל תשלומים אחרים לחברה מבעל הפוליסה ו/או מהמבוטח בקשר לפוליסה, ישולמו כמוסכם בין הצדדים, בסכומים ובמועדים המפורטים בדף פרטי הביטוח.</p>	
<p>13.2 לא שולם במועד סכום כלשהו המגיע לחברה במועד הקבוע בפוליסה (להלן - "הסכום שבפיגור"), אזי החברה תהא רשאית לתבוע את תשלומו ואזי יחולו ההוראות הבאות:</p> <p>13.2.1 החברה תהיה רשאית, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, לבטל את הביטוח על פי הפוליסה ולגבות את הפרמיה המגיעה לחברה.</p> <p>13.2.2 בעל הפוליסה ישא בכל הוצאות הגביה והכל בכפוף להסדר התחיקתי.</p> <p>13.2.3 לסכום שבפיגור יתווספו, כחלק בלתי נפרד ממנו, הפרשי הצמדה למדד בכפוף לחוק פסיקת ריבית והצמדה, תשכ"א-1961 וריבית בשיעור שלא יעלה על שיעור ריבית הפיגורים בשל איחור בהעברת כספים מהמערכת הבנקאית שמפרסם החשב הכללי של מדינת ישראל מזמן לזמן.</p>	
<p>13.3 בעל הפוליסה ו/או המבוטח ו/או המוטב, לפי העניין יהיו חייבים לשלם לחברה, מיד עם קבלת דרישתה, את הפרמיות ו/את המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על הפוליסה, או המוטלים על הפרמיות, על סכומי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה חייבת לשלם לפי הפוליסה, בין אם מיסים אלה קיימים בתאריך הוצאת הפוליסה ובין אם יוטלו בעתיד.</p>	

14. שינוי פרמיות ותנאים

החברה תהא רשאית לשנות את הפרמיה והתנאים של נספח זה אחת לשנה לכלל המבוטחים בביטוח זה החל מ-1.6.2012, בהודעה מוקדמת בכתב של 60 יום לבעל הפוליסה ו/או למבוטח ובתנאי שניתן לכך אישור מראש על ידי הממונה. אי מימוש זכות זאת לא תגרע מזכות החברה לממש זכותה במועד מאוחר יותר, ולא יהיה צורך בצבירת ותק זה מחדש. בעל הפוליסה ו/או המבוטח יהא חייב בתשלום הפרמיות בהתאם לשינוי האמור. אם יחול שינוי תעריף, כאמור, הוא יהיה ישים לכלל המבוטחים בתעריף זה בקטגוריות האמוחתי, ללא התחשבות בשינוי שחל במצב בריאותו של המבוטח במשך התקופה.

15. תנאי ההצמדה

סכום הביטוח הקבוע בפוליסה מוצמד לשיעור עליית המדד מהמדד היסודי לבין המדד שפורסם לאחחונה לפני קרות מקרה הביטוח. אם במשך תקופת הביטוח יגדלו סכומי הביטוח לבקשת המבוטח (שלא כתוצאה מעליית המדד), תהווה הגדלה כאמור סכום ביטוח נוסף עליו יחולו תנאי ההצמדה שלעיל והמדד היסודי בגין ההגדלה יהיה המדד שפורסם לאחחונה לפני הגדלת סכום הביטוח. הוראה זו תחול בשינויים המחויבים גם לגבי הפרמיות המשולמות.

16. הודעות והצהרות

<p>16.1 כל שינוי בפוליסה או בתנאיה ייכנס לתוקפו רק אם החברה הסכימה לכך בכתב ורשמה רישום מתאים על כך בפוליסה.</p>	
<p>16.2 כל הודעה שתשלח בדואר על ידי החברה לבעל הפוליסה, למבוטח, או למוטב, לפי הכתובת המעודכנת הידועה לחברה, תחשב כהודעה שנתקבלה כדין על ידי הנמען תוך 72 שעות מזמן שנמסר המכתב הכולל ההודעה בדואר. הוראה זו תחול גם על הודעות שישלחו המבוטח או המוטב לחברה.</p>	
<p>16.3 שינה בעל הפוליסה או המבוטח או המוטב לפי העניין, את כתובתו או העתיק את דירתו, חייב להודיע על כך לחברה. לא הודיע על השינוי לחברה, תצא החברה ידי חובתה על ידי משלוח הודעותיה לפי הכתובת האחחונה הידועה לה. שינתה החברה את כתובתה, תודיע על כך לבעל הפוליסה ו/או למבוטח ו/או למוטב, לפי העניין, או תפרסם בשני עיתונים נפוצים את כתובתה החדשה.</p>	

17. התיישנות

תקופת ההתיישנות של התביעה על פי הפוליסה היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

18. כפיפות

הפוליסה כפופה להוראות ההסדר התחיקתי. בכל מקרה של סתירה בין הוראות שאינן ניתנות להתנאה בהסדר התחיקתי לבין הוראות הפוליסה, יחולו הוראות ההסדר התחיקתי.