

**Maccabi Sioudi**

L'assurance dépendance destinée aux adhérents de Maccabi Sheroutei Briout

1.1.2019

Précisons que Maccabi n'est en aucune manière le représentant ou le mandataire de l'assureur et que l'assureur est seul responsable du respect de ses engagements envers les assurés en vertu du présent contrat d'assurance.

## Table des matières

Récapitulatif des détails du contrat d'assurance – fiche de divulgation

Maccabi Sioudi – l'assurance dépendance collective des adhérents de Maccabi Sheroutei Briout

Assurance dépendance  
 Nouveau produit de la compagnie d'assurances Hafenix  
 Domaine de l'assurance santé

### Récapitulatif des détails du contrat d'assurance/ feuille de divulgation

Article	Conditions			
<b>Nom de l'assurance</b>	Assurance dépendance pour adhérents de Maccabi Sheroutei Briout			
<b>Type d'assurance</b>	Santé dépendance			
<b>Période de l'assurance</b>	Du 1.1.2019 au 31.12.2023 pendant 5 ans, les parties seront habilitées à prolonger la période d'assurance, d'un commun accord, pour des périodes supplémentaires ne dépassant pas 3 ans au total.			
<b>Description de l'assurance</b>	Indemnisation mensuelle au titre des frais de séjour de l'assuré dans une institution pour dépendants ou dédommagement mensuel fixe pour les assurés dépendants vivant chez eux.			
<b>Ce contrat d'assurance ne couvre pas l'assuré dans les cas suivants (exclusions de l'assurance)</b>	Ainsi que détaillé à l'article 15 du contrat			
<b>Combien de temps après la survenue d'un sinistre serai-je habilité à une indemnisation (attente <sup>1</sup>)</b>	60 jours ainsi que stipulé à l'article 11 du contrat.			
<b>Montant de la franchise</b>	Aucune franchise. Pour consulter les indemnisations de l'assurance voir l'article 8 du contrat.			
<b>Nombre de mois durant lesquels l'indemnisation sera versée <sup>2</sup></b>	60 mois au maximum.			
<b>Montant de l'indemnisation perçue à domicile ou en institution</b>	<b>Lieu de résidence de l'assuré</b>	<b>Age de première adhésion à l'assurance dépendance collective des membres des caisses de maladie</b>		
		<b>Moins de 49 ans</b>	<b>Entre 50 et 59</b>	<b>Plus de 60 ans</b>
	Indemnisation mensuelle pour les assurés résidant chez eux (dédommagement)	5 500 NIS	4 500 NIS	3 500 NIS
	Indemnisation mensuelle pour les assurés résidant en institution	10 000 NIS	6 500 NIS	4 500 NIS
	Le montant de l'indemnisation mensuelle qui sera versée à un assuré résidant en institution à sa date d'entrée en droit à une indemnisation mensuelle, ne devra pas être supérieur à 80% du montant effectivement versé par l'assuré à l'institution.			

Article	Conditions
<b>Modification des conditions et primes</b>	Si les dispositions de l'instance de contrôle du régime des assurances ou les clauses de l'assurance changent pendant la période d'assurance les cotisations sont susceptibles de changer également, le tout sous réserve de l'autorisation du contrôleur des assurances.
<b>Coût de l'assurance</b>	Ainsi que stipulé dans les détails du contrat d'assurance.
<b>Valeur de rachat et de sortie</b>	Aucun excédent ne sera cumulé au profit d'un assuré au titre du recouvrement des valeurs de rachat et de sortie.
<b>Continuité</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'assureur autorisera les assurés ayant résilié leur adhésion à une caisse de maladie et ne s'étant pas encore inscrit à une autre caisse de maladie, n'ayant pas perçu la totalité de l'indemnisation prévue par leur assurance dépendance collective pour adhérents d'une caisse de maladie quelle qu'elle soit, à passer à un contrat d'assurance individuelle dans les conditions et cas détaillés aux articles 6.1-6.4 du contrat.</li> <li>2. Si l'assurance dépendance des adhérents d'une caisse de maladie est interrompue suite à son non renouvellement pour l'ensemble des assurés via ledit contrat d'assurance, l'assureur inscrira l'ensemble des assurés qui étaient assurés par ledit contrat, un contrat d'assurance dépendance collective réciproque valable à vie et tous les détails et conditions y afférents figurent à l'article 6.5 du contrat.</li> </ol>

## Description des couvertures du contrat

Nom de la couverture	Description de la couverture	Quel montant peut-on réclamer	Combien de temps après l'entrée en vigueur de l'assurance peut-on réclamer et obtenir une indemnisation (carence)	Combien de temps après un sinistre peut-on réclamer une indemnisation (attente)
<b>Rente mensuelle suite à une situation de dépendance</b>	Ainsi que stipulé à l'article 8 du contrat d'assurance. Une indemnisation mensuelle ou dédommagement en fonction du lieu de vie de l'assuré pour une période de 60 mois maximum pour un assuré incapable de réaliser par lui-même une grande partie (au moins 50%) de 3 des 6 tâches suivantes : Se lever et se coucher S'habiller et se déshabiller Se laver Manger et boire Contrôler ses sphincters Mobilité Et/ou état de déficience cognitive.		Aucun	60 jours sous réserve de ce que stipule l'article 11 du contrat d'assurance
<b>Remarques</b>	Concernant les remboursements des frais d'une institution pour personnes dépendantes : La compagnie d'assurance acquittera les frais effectivement encourus et ce, jusqu'au plafond fixé par le contrat d'assurance. Attention, si vous bénéficiez d'une couverture identique via une autre police d'assurance vous ne pourrez prétendre à aucun remboursement supplémentaire au-delà du montant des frais effectivement encourus et sous réserve des conditions du plan d'assurance. Pour votre information, les règles, tests et le formulaire d'évaluation fonctionnelle vous sont présentés sur le site Internet de la société ( <a href="http://www.fnx.co.il">www.fnx.co.il</a> )			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Période d'attente – période qui commence à la date de survenue du sinistre et s'achève 60 mois plus tard à condition que pendant toute la période le sinistre de l'assuré continue à s'appliquer.</li> <li>2. Assuré transféré – Les assurés transférés ou ayant droit tels que définis dans les dispositions de l'instance de contrôle des services financiers et d'assurance (assurance collective pour adhérents de caisses de maladie) de 2015 ayant subi un sinistre après la souscription d'une d'assurance dépendance pour membres de Maccabi, pourront prétendre à des indemnisations en vertu de la présente police, déduction faite des périodes durant lesquelles ils ont auront perçu des indemnisations en vertu d'une assurance dépendance destinée à des membres de caisse de maladie ou en vertu d'une autre assurance dépendance collective. Ainsi que stipulé dans les dispositions.</li> <li>3. Les montants des indemnisations seront majorés de différences d'indexation par rapport à l'indice connu au 30 juin 2016</li> </ol>				

## Domaine d'assurance santé

Maccabi dépendance – assurance dépendance collective destinée aux adhérents de Maccabi Sheroutei Briout

<b>1. Introduction</b> Cette police atteste qu'en échange du paiement des cotisations (de la prime) d'assurance et sous réserve des dispositions, conditions et exceptions détaillés ci-après, l'assureur offrira à l'assuré ayant droit une indemnisation. Cette indemnisation sera versée au titre d'un sinistre survenu durant la période d'assurance, conformément à ce que prévoient la présente police, ses clauses et réserves.	
<b>2. Définitions générales</b> Dans cette police d'assurance et toute annexe jointe aux mêmes, les termes suivants auront la signification qui leur est donnée à leur côté :	
<b>2.1. L'assureur</b>	La compagnie d'assurance Hafenix insurance Cie Ltd
<b>2.2. Le propriétaire du contrat d'assurance</b>	Maccabi Sheroutei Briout Agouda Ottomanit n° 227/99 (ci-après « Maccabi et/ou Maccabi Sheroutei Briout »)
<b>2.3. Maccabi Maguen</b>	Maccabi Maguen – Agouda Shitoufit Lebitouah Hadadi negued Mahalot Ltd (coopérative d'assurance réciproque contre les maladies)
<b>2.4. Adhérent de Maccabi Sheroutei Briout ou « adhérent de Maccabi »</b>	Toute personne inscrite ou habilitée à recevoir les services de santé de Maccabi en application de la loi et/ou des directives de Maccabi publiées dans le règlement de Maccabi. De même toute personne dont ladite adhésion ou inscription a été annulée mais n'est pas encore inscrite dans une autre caisse de maladie. A l'exception toutefois des personnes dont l'inscription ou l'adhésion a été annulée mais ne sont pas des « résidentes » au sens donné à ce terme par la loi relative à l'assurance de la santé nationale -1994.
<b>2.5. Enfant</b>	Membre de Maccabi de moins de 18 ans.
<b>2.6. Règles du fond de dépendance</b>	Programme de couverture pour dépendants destiné aux membres de Maccabi Sheroutei Briout, ayant adhéré et/ou ayant été inscrits avant le 1 <sup>er</sup> juillet 2008 en application des règles dudit fond à titre d'adhérents de la coopérative Maccabi Maguen.
<b>2.7. Le contrat précédent</b>	Contrat d'assurance dépendance collective pour membres de Maccabi Sheroutei Briout qui a pris fin le 31.12.2018.
<b>2.8. L'assuré</b>	Toute personne répondant aux critères suivants : 2.8.1. Assuré existant- membre de Maccabi Sheroutei Briout qui au 31.12.2018 était assuré via le contrat précédent. 2.8.2. Nouvel assuré – membre de Maccabi qui en date du 31.12.2018 n'était pas assuré par la police précédente, que l'assureur a accepté d'assurer après cette date. Afin de lever tout doute, précisons que tous les assurés en vertu de la présente police, sont assurés sans aucun rapport avec l'existence ou l'absence d'assurance de leurs conjoints/es ou parents et que cette police ne sera pas résiliée pour les assurés en cas de décès ou de divorce de leur conjoint ou en cas de résiliation de l'assurance des parents d'un enfant assuré.
<b>2.9. Rente dépendance/rente assurance</b>	2.9.1. Hospitalisation pour dépendants- remboursement des frais (indemnisation) à l'assuré pour les frais effectivement acquittés par l'assuré ou par son représentant au titre d'un séjour dans un établissement pour dépendants ainsi que stipulé à l'article 8 ci-après. 2.9.2. Soins pour dépendants à domicile- versement de l'indemnisation

	visée à l'article 8 ci-après.
<b>2.10. Plafond d'indemnisation dépendance</b>	Comme stipulé à l'article 8 ci-après.
<b>2.11. Période d'attente</b>	Comme stipulé à l'article 11 ci-après. Afin de lever tout doute, pendant cette période l'assuré ne pourra prétendre à aucune indemnisation de sinistres. De même pendant cette période d'attente l'assuré devra acquitter sa cotisation.
<b>2.12. Prime d'assurance/cotisation</b>	Prime que l'assuré doit payer en application des clauses du contrat
<b>2.13. Institution</b>	Département pour personnes dépendantes ou départements pour personnes souffrant de déficience cognitive d'une maison de retraite, d'un hôpital ou d'une autre institution dont la principale activité est l'hospitalisation de malades dépendants et qui ont été approuvées comme institutions pour dépendants par le Ministère de la santé, en application de l'ordonnance de santé publique ou par le ministère des affaires sociales ou toute autre institution approuvée par l'assureur.
<b>2.14. Date de début de l'assurance</b>	Pour un assuré existant selon la définition de l'article 2.8.1. ci-dessus – la date déterminante. Pour un assuré transféré – à compter de la date de cessation de l'assurance dépendance collective de son ancienne caisse de maladie. Pour un nouvel assuré selon la définition de l'article 2.8.2 ci-dessus, sauf pour les assurés transférés tels que définis à l'article 2.18 – la date de demande de souscription à l'assurance ainsi que stipulé à l'article 4.2.1. ci-après.
<b>2.15. Loi de détermination des intérêts</b>	Loi de détermination des intérêts et de l'indexation de 1961.
<b>2.16. Demande de souscription</b>	Formulaire de demande personnelle de souscription à l'assurance, comprenant une déclaration de santé et faisant partie intégrante de la police d'assurance, rempli et signé par l'adhérent de Maccabi qui souhaite souscrire à cette assurance à titre d'assuré.
<b>2.17. Age de première adhésion à une assurance dépendance pour les membres d'une caisse de maladie</b>	L'âge de souscription d'une assurance dépendance pour les membres d'une caisse de maladie quelle qu'elle soit à partir duquel l'assuré demeure assuré en continu y compris en cas de maintien de la continuité de couverture après un transfert d'une caisse de maladie à une autre en application de l'article 2.20 ci-après.
<b>2.18. Assuré transféré</b>	Assuré ayant souscrit une assurance dépendance pour membres d'une caisse de maladie transféré à partir d'une autre caisse de maladie.
<b>2.19. Assuré ayant droit</b>	Ainsi que défini à l'article 1 des dispositions de l'instance de contrôle des services financiers et d'assurance (assurance dépendance collective pour adhérents aux caisses de maladie) de 2015 (ci-après « les dispositions »).
<b>2.20. Ancienne caisse de maladie</b>	La caisse de maladie à laquelle l'assuré était affilié avant son transfert à la caisse de maladie Maccabi.
<b>2.21. Assurance dépendance pour membres d'une caisses de maladie</b>	Assurance dépendance collective souscrite pour les membres d'une caisse de maladie via une autre police d'assurance ou plusieurs ladite caisse de maladie ayant souscrit une assurance pour ses membres – en dépit de ce qui précède, avant le 31.12.2016 on remplacera le terme de caisse de maladie par celui de Maccabi Sheroutei Briout uniquement.
<b>2.22. Date déterminante</b>	1.1.2019
<b>2.23. Le responsable</b>	Le responsable du marché de l'assurance et de l'épargne tel que défini par la loi sur le contrôle des services financiers et d'assurance de 1981.
<b>2.24. Etat de santé antérieur</b>	L'ensemble des circonstances médicales diagnostiquées chez un assuré



	avant la date de souscription de l'assurance y compris suite à une maladie ou à un accident, à cet effet « diagnostiqués chez l'assuré » signifie via un diagnostic médical dûment enregistré ou via un processus de diagnostic médical enregistré existant dans les six mois précédant la date de souscription à l'assurance.
<b>2.25. Validité de la réserve en raison d'un état de santé antérieur</b>	Cette réserve concernant les assurés âgés de moins de 65 ans à la date de début de la période d'assurance sera valable pendant une période de un an à compter du début de la période d'assurance. Concernant les assurés de 65 ans ou plus, la réserve sera valable pour une période de six mois à compter du début de la période d'assurance.
<b>2.26. Validité de la réserve en raison de l'état de santé spécifique d'un assuré spécifique</b>	En dépit de ce qui précède, la réserve concernant la responsabilité de l'assureur ou l'étendue de la couverture au titre de l'état de santé spécifique d'un assuré donné, suite à une évaluation médicale des risques sera valable pendant la période mentionnée dans la liste de l'assurance à côté de l'état de santé concerné.
<b>2.27. Non applicabilité de la réserve</b>	Cette réserve ne sera pas valable si l'assuré a notifié l'assureur de son état de santé antérieur et que l'assureur n'a pas émis de réserve expresse sur l'état de santé spécifique mentionné dans la notification de l'assuré.
<b>3. Sinistre</b> Par sinistre on entend l'un des évènements suivants :	
<b>A.</b>	Une déficience cognitive diagnostiquée par un médecin spécialisé dans ce domaine ; A cet effet par « déficience cognitive » on entend une baisse de l'activité cognitive de l'assuré et de ses capacités intellectuelles incluant un déficit de compréhension et de jugement, une dégradation de la mémoire à long ou court terme ou un problème d'orientation dans l'espace et dans le temps nécessitant une surveillance pendant la majeure partie des heures de la journée sur l'avis d'un médecin spécialisé dans ce domaine et imputable à un état de santé tel que : Alzheimer ou autres formes de démence.
<b>B.</b>	Une dégradation de l'état de santé et du fonctionnement de l'assuré suite à une maladie, un accident ou à un problème de santé l'empêchant de réaliser par lui-même une importante partie (au moins 50% de l'activité) d'au moins 3 des tâches suivantes : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se lever et se coucher – capacité de l'assuré de passer de manière autonome de la position couchée à la position assise et de se lever d'une chaise y compris d'une chaise roulante ou d'un lit.</li> <li>2. S'habiller et se déshabiller – capacité de l'assuré de mettre seul des vêtements de toute sorte et de les retirer y compris mettre ou monter une ceinture médicalisée ou un membre artificiel.</li> <li>3. Se laver – capacité de l'assuré de se laver seul dans une baignoire, de prendre une douche ou de se laver de toute autre manière habituelle, y compris l'entrée et la sortie de la baignoire ou de la douche ;</li> <li>4. Manger et boire : capacité de l'assuré de se nourrir par lui-même de quelque manière ou moyen que ce soit, à l'exception d'une paille y compris boire avec une paille une fois que la nourriture qui a été préparée pour lui, lui a été servie.</li> <li>5. Contrôle des sphincters : capacité de l'assuré de contrôler sa défécation ou sa miction ; le non contrôle de l'une de ses tâches, impliquant l'utilisation permanente d'une sonde urinaire, de couches ou produits absorbants en tous genres, le recours à une</li> </ol>

	<p>stomie seront considérés comme une incapacité de l'assuré à contrôler ses sphincters.</p> <p>6. Mobilité – capacité autonome de l'assuré à se déplacer d'un endroit à un autre sans l'aide d'autrui ; le recours à des béquilles, à une canne, à un déambulateur ou autre accessoire y compris tout dispositif mécanique, moteur ou électronique permettant à l'assuré de se déplacer de manière autonome ne sera pas considéré comme une atteinte à la capacité de l'assuré à se déplacer de manière autonome. Soulignons que l'incapacité de l'assuré à se déplacer autrement qu'en fauteuil roulant sera considérée comme une incapacité à se déplacer de manière autonome : en dépit de ce qui précède : si l'assuré ne peut pas se déplacer autrement qu'en fauteuil roulant mais était capable de se déplacer en fauteuil roulant de manière autonome d'un endroit à un autre pendant la période d'assurance qui s'est achevée avant le 1<sup>er</sup> juillet 2017 et que pendant la période d'assurance actuelle son degré d'autonomie a changé de telle sorte qu'il ne peut pas se déplacer de manière autonome en fauteuil roulant, on le considèrera comme quelqu'un qui ne peut pas se déplacer à compter de la date à laquelle son degré d'autonomie a changé.</p>
<p><b>4. Validité de la police d'assurance</b></p>	
<p><b>4.1. Assuré existant</b></p>	<p>Tout assuré qui au 31.12.2018 était assuré via une police antérieure fera l'objet d'un transfert d'assurance sans interruption sans avoir à fournir de déclaration de santé et sans nouvelle évaluation des risques médicaux ou nouvel examen de son état de santé antérieur et sera assuré par la présente police d'assurance à compter de la date déterminante, en application des droits définis dans cette police, en fonction de l'âge de première adhésion à une assurance dépendance pour membres d'une caisse de maladie. Le tout comme stipulé à l'article 9.</p>
<p><b>4.2. Nouveaux assurés</b></p>	<p>Tout membre de Maccabi ayant souscrit la présente assurance à la date déterminante sera assuré par la présente police comme suit :</p> <p>4.2.1. La date de souscription pour les besoins de la présente police est la date de dépôt de la demande d'adhésion. Cette date constituera la date de début de l'assurance de l'assuré en application de la police d'assurance.</p> <p>4.2.2. Tout bébé venant de naître ou affilié en tant que membre de Maccabi avant l'âge de 12 mois, sera automatiquement inscrit à cette police d'assurance. L'assureur enverra au parent et/ou tuteur légal du nouveau- né une lettre l'informant de l'affiliation du nouveau- né à l'assurance. Dans cette lettre, seront précisés les articles de la police concernant le volume de la couverture des nouveaux nés ainsi que l'exception visée à l'article 15.6. ci-après.</p> <p>4.2.3. Si une demande de souscription à l'assurance émanant d'un candidat est rejetée par l'assureur, ce candidat pourra faire appel de la décision de rejet sous 60 jours à compter de la date de réception de la lettre de rejet. L'appel sera entendu par une commission d'appel qui sera mise en place et se réunira de temps à autres.</p> <p>4.2.4. La notification de décision de l'assureur concernant le rejet de la candidature sera transmise par l'assureur au candidat ainsi qu'au</p>

	<p>propriétaire du contrat d'assurance. Il en va de même pour la décision d'appel.</p> <p>4.2.5. Un candidat à l'assurance n'ayant pas reçu de réponse à la demande de souscription qu'il a envoyée après avoir dûment fourni à l'assureur une déclaration de santé ainsi que tous les documents médicaux et factuels requis par ce dernier, dans les 60 jours suivant la réception desdits documents par l'assureur, sera automatiquement assuré à partir de la date de début de l'assurance telle que définie à l'article 2.14. ci-dessus, à des conditions normales et sans aucune exception.</p> <p>4.2.6. Assuré transféré – en dépit de ce qui précède, la date de début de l'assurance d'un assuré transféré sera celle de la cessation de l'assurance de son ancienne caisse de maladie. A compter de cette date, l'assuré transféré pourra souscrire à la présente assurance sans déclaration de santé, le tout sous réserve de ce que stipule l'article 12 des dispositions.</p>
<b>5. Période de l'assurance</b>	
5.1.	La période de l'assurance en application de la présente police d'assurance pour tous les assurés commencera à compter du 1.1.19 ou de la date d'affiliation de l'assuré à cette police selon ce qui interviendra en dernier et s'achèvera au 31 décembre 2023.
5.2.	<p>Le propriétaire du contrat et l'assureur seront habilités à prolonger la période d'assurance pour des périodes additionnelles de jusqu'à 3 (trois) années supplémentaires au total (« période de prolongation ») selon ce qui aura été convenu entre eux et ce, au plus tard 6 (six) mois avant expiration de la période d'assurance.</p> <p>Si le propriétaire du contrat d'assurance et l'assureur conviennent d'une prolongation de la période d'assurance ainsi que stipulé ci-dessus, les clauses de la police s'appliqueront à la période de prolongation sans changement, néanmoins le détenteur de la police sera habilité à s'adresser au contrôleur par lui-même ou via l'assureur pour obtenir une attestation d'ajustement de la prime d'assurance.</p>
5.3.	En cas de non renouvellement de la police par l'assureur ou par le propriétaire du contrat d'assurance, l'assureur ne sera tenu de couvrir que les sinistres survenus avant expiration de la période d'assurance et dont la demande de remboursement a été soumise avant expiration du délai de prescription indiqué à l'article 22 ci-après.
<b>6. Droit à la continuité de couverture via une police d'assurance personnelle</b>	
6.1.	<p>L'assureur permettra aux assurés cessant d'être assurés par la présente police de passer à un contrat « de continuité de couverture » aux dates visées à l'article 6.2 ci-après aux conditions suivantes :</p> <p>(1) Le montant de l'assurance et la période de versement de l'indemnisation de l'assurance de continuité ne devront pas être inférieurs à ceux définis par la présente police d'assurance, sauf si l'assuré le demande, déduction faite des périodes durant lesquelles l'assuré était habilité à percevoir une indemnisation via cette même police d'assurance.</p> <p>(2) Le montant de la prime d'assurance du contrat de continuité de couverture ne devra pas être supérieur à celui de la prime appliquée -à la date du transfert- aux nouveaux adhérents d'une assurance personnelle semblable à celle de l'assuré ;</p>

	<p>(3) Lors du passage au contrat de continuité de couverture, la couverture sera assurée sans réexamen de l'état de santé antérieur et sans délai de carence.</p> <p>(4) La période d'assurance de continuité prendra rétroactivement effet à compter de la date à laquelle l'assuré a résilié son adhésion à la caisse de maladie.</p>
6.2.	Dans les 45 jours suivant la date de résiliation de l'assurance par un assuré ayant quitté une caisse de maladie, l'assureur enverra un courrier à l'assuré et lui proposera de passer à un contrat de continuité de couverture dans les 60 jours suivant la date de remise de la notification de l'assureur.
6.3.	En dépit de ce que stipule l'article 6.2, si l'assuré avait le droit de percevoir une indemnisation en vertu des clauses de ce contrat à la date de la résiliation de l'assurance dépendance de sa caisse de maladie, le courrier de l'assureur à l'assuré ainsi que stipulé dans cet alinéa, devra lui être adressé sous 30 jours à compter de l'expiration du droit de l'assuré à une indemnisation. Dans ce courrier l'assureur proposera à l'assuré de souscrire à un contrat de continuité de couverture, dans les 60 jours suivant la date d'envoi de la notification de l'assureur. Ladite offre ne sera faite que si l'assuré concerné n'a pas exercé la totalité de ses droits à une indemnisation en application du contrat.
6.4. Définition du terme assuré sur le départ pour les besoins du présent article	Tout assuré via une assurance dépendance pour membres de la caisse de maladie n'ayant pas encore exercé la totalité de ses droits en vertu du présent contrat et dont l'assurance dépendance pour membres d'une caisse de maladie a été résiliée suite à la résiliation de son adhésion à la caisse de maladie, conformément à la loi sur l'assurance de santé nationale, de 1994, ne s'étant pas encore inscrit à une autre caisse de maladie ;
6.5. Contrat de continuité de couverture	Contrat d'assurance personnelle dépendance valable à vie.
<b>7. Contrat de continuité de couverture collective</b>	
7.1.	<p>Si l'assurance dépendance collective des membres d'une caisse de maladie est résiliée suite au non renouvellement du contrat pour l'ensemble des assurés auprès d'un assureur quel qu'il soit, l'assureur inscrira tous les assurés couverts par ce contrat via un contrat d'assurance dépendance collective réciproque à vie (ci-après « le contrat de continuité de couverture collective ») aux conditions suivantes :</p> <p>(1) La prime, le montant de l'assurance et la période de paiement d'une indemnisation (ci-après dans cet article – « les conditions de couverture de l'assurance ») du contrat de continuité de la couverture devront correspondre aux conditions de couverture fixées par le contrat d'assurance dépendance des membres de la caisse de maladie avant le non renouvellement du contrat sous réserve de ce que la balance à long terme entre la prime et les autres revenus devant être perçus de la part de l'ensemble des assurés et l'ensemble des coûts prévus au titre des indemnités devant être versées, sur la base d'une estimation maximale de l'assureur, ne soit pas déficitaire, compte tenu du solde du fonds des assurés ;</p> <p>(2) Les conditions de couverture pourront changer pendant la période de continuité d'assurance sur la base d'une estimation</p>

	<p>maximale de l'assureur, approuvée par l'article 40 de la loi, afin d'obtenir à long terme une balance non déficitaire. Si ladite approbation est accordée, l'assureur ne nécessitera à nouveau l'autorisation du responsable en application de l'article 40 de la loi que s'il souhaite modifier un élément ayant servi à l'établissement de l'estimation et sur la base duquel l'approbation a été accordée ;</p> <p>(3) Le contrat de continuité de couverture n'offrira aucune valeur de rachat ;</p> <p>(4) Lors du passage au contrat de continuité d'assurance, la couverture sera fournie sans réexamen de l'état de santé antérieur et sans délai de carence ;</p> <p>(5) Les primes seront transférées sur le fonds des assurés ; les indemnités et autres frais afférents à l'assurance et à son exploitation seront acquittés à partir de ce fonds uniquement ; L'assureur n'aura pas à acquitter les coûts de l'assurance de continuité de couverture à partir de ses propres fonds ;</p> <p>(6) L'assureur pourra rembourser à la caisse de maladie dont les membres sont assurés par le contrat de continuité de couverture collective, les montants acquittés par la caisse au titre de la gestion du contrat. Notamment au titre du recouvrement de la prime d'assurance auprès des assurés, à condition toutefois que ce remboursement ne dépasse pas 3% du montant des primes perçues.</p> <p>(7) Pour l'exploitation du contrat de continuité collective et la gestion du fonds des assurés, l'assureur pourra prélever des frais de gestion annuels comprenant un remboursement des frais de l'assureur ainsi qu'un bénéfice auquel s'appliquera l'article 40 de la loi.</p>
7.2.	Si la balance évoquée à l'article 7.1. à la date d'affiliation des assurés via le contrat de continuité de couverture collective, sur la base de l'évaluation maximale de l'assureur est déficitaire, l'assureur soumettra à l'approbation du Responsable des possibilités de changement des conditions de couverture lui permettant d'obtenir une balance non déficitaire, sur la base de l'estimation maximale de l'assureur.
7.3.	L'assureur notifiera l'assuré de son adhésion au contrat de continuité de couverture collective et de son droit de résilier son adhésion sous 90 jours à compter de la date de réception de ladite notification, en expliquant en détail de quelle manière l'assuré devra notifier l'assureur de son intention de résilier le contrat.
7.4.	Si l'assuré a notifié l'assureur de son intention d'annuler son adhésion au contrat de continuité de couverture en application de l'article 7.3, son contrat sera résilié à compter de la date d'adhésion et les primes d'assurance perçues entre la date de son adhésion et celle de la résiliation lui seront remboursées, à condition que pendant cette période aucune demande d'indemnisation en vertu du contrat n'ait été effectuée au titre d'un sinistre survenu durant cette période.
7.5.	En dépit de ce que stipule l'article 7.1., le responsable pourra déterminer que si l'assurance dépendance pour membres de la caisse de maladie a été résiliée suite à un non renouvellement du contrat de tous les assurés auprès d'un assureur quel qu'il soit, l'assureur ne sera pas tenu d'affilier

	<p>les assurés à une assurance quelle qu'elle soit. Le solde du fonds des assurés à cette date sera utilisé au profit des assurés dans les cas suivants :</p> <p>(1) Si aucun des contrats d'assurance dépendance des membres de la caisse de maladie n'a été et ne va être renouvelé auprès d'un assureur quel qu'il soit.</p> <p>(2) Si les possibilités proposées par l'assureur en vertu de l'article 7.2 impliquent des conditions de couverture déraisonnables dans les circonstances concernées.</p>																				
<b>8. Montant de l'indemnisation</b>																					
8.1.	<p>Le montant de l'indemnisation mensuelle à laquelle peut prétendre l'assuré, sera calculé en fonction de son âge à la date de sa première adhésion à l'assurance dépendance collective pour membres d'une caisse de maladie, en fonction de son lieu de résidence durant la période pour laquelle l'indemnisation mensuelle lui est versée, conformément au tableau ci-dessous :</p> <table border="1" data-bbox="584 763 1366 1451"> <thead> <tr> <th data-bbox="584 763 887 875">Lieu de résidence de l'assuré</th> <th colspan="3" data-bbox="887 763 1366 875">Age de première adhésion à l'assurance dépendance collective des membres des caisses de maladie</th> </tr> <tr> <td data-bbox="584 875 887 981"></td> <th data-bbox="887 875 999 981">Moins de 49 ans</th> <th data-bbox="999 875 1094 981">Entre 50 et 59</th> <th data-bbox="1094 875 1366 981">Plus de 60 ans</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="584 981 887 1126">Indemnisation mensuelle pour les assurés résidant chez eux(dédommagement)</td> <td data-bbox="887 981 999 1126">5 500 NIS</td> <td data-bbox="999 981 1094 1126">4 500 NIS</td> <td data-bbox="1094 981 1366 1126">3 500 NIS</td> </tr> <tr> <td data-bbox="584 1126 887 1272">Indemnisation mensuelle pour les assurés résidant en institution</td> <td data-bbox="887 1126 999 1272">10 000 NIS</td> <td data-bbox="999 1126 1094 1272">6 500 NIS</td> <td data-bbox="1094 1126 1366 1272">4 500 NIS</td> </tr> <tr> <td colspan="4" data-bbox="584 1272 1366 1451">En dépit de ce que stipule l'article 8.1, le montant de l'indemnisation mensuelle qui sera versée à un assuré résidant en institution à sa date d'entrée en droit à une indemnisation mensuelle, ne devra pas être supérieur à 80% du montant effectivement versé par l'assuré à l'institution.</td> </tr> </tbody> </table>	Lieu de résidence de l'assuré	Age de première adhésion à l'assurance dépendance collective des membres des caisses de maladie				Moins de 49 ans	Entre 50 et 59	Plus de 60 ans	Indemnisation mensuelle pour les assurés résidant chez eux(dédommagement)	5 500 NIS	4 500 NIS	3 500 NIS	Indemnisation mensuelle pour les assurés résidant en institution	10 000 NIS	6 500 NIS	4 500 NIS	En dépit de ce que stipule l'article 8.1, le montant de l'indemnisation mensuelle qui sera versée à un assuré résidant en institution à sa date d'entrée en droit à une indemnisation mensuelle, ne devra pas être supérieur à 80% du montant effectivement versé par l'assuré à l'institution.			
Lieu de résidence de l'assuré	Age de première adhésion à l'assurance dépendance collective des membres des caisses de maladie																				
	Moins de 49 ans	Entre 50 et 59	Plus de 60 ans																		
Indemnisation mensuelle pour les assurés résidant chez eux(dédommagement)	5 500 NIS	4 500 NIS	3 500 NIS																		
Indemnisation mensuelle pour les assurés résidant en institution	10 000 NIS	6 500 NIS	4 500 NIS																		
En dépit de ce que stipule l'article 8.1, le montant de l'indemnisation mensuelle qui sera versée à un assuré résidant en institution à sa date d'entrée en droit à une indemnisation mensuelle, ne devra pas être supérieur à 80% du montant effectivement versé par l'assuré à l'institution.																					
8.3.	<p>En dépit de ce que stipule l'article 8.1 ci-dessus, pour les assurés existants visés ci-après, assurés depuis le 30 juin 2016 et restés assurés sans interruption via une assurance dépendance pour membres d'une caisse de maladie depuis, on considérera l'âge indiqué à côté de la catégorie à laquelle ils appartiennent comme l'âge de première adhésion à une assurance dépendance pour les membres d'une caisse de maladie visé au tableau de l'article 8.1 ci-dessus :</p> <p>8.3.1. Assuré ayant contracté une assurance dépendance collective pour les membres de la caisse de maladie Maccabi Sheroutei Briout</p> <p>8.3.1. ayant adhéré à l'assurance « Sioudi Zahav » entre 49 et 50 ans.</p> <p>8.3.2. ayant adhéré à l'assurance « Sioudi Kesef » entre 59 et 60 ans.</p> <p>8.3.2. Assuré ayant contracté une assurance dépendance collective pour membres de la caisse de maladie Sheroutei Briout Clalit « Sioud Moushlam Plus » entre 59/60 et 64 ans ;</p> <p>8.3.3. Assuré ayant contracté une assurance dépendance collective pour</p>																				

membres de la caisse de maladie Meouhedet, « Meouhedet Zahav » entre 49 et 65 ans.

8.3.4. Assuré ayant contracté une assurance dépendance collective pour membres de la caisse de maladie Leumit « Leumit Sioud » entre 59 et 64 ans.

En application de ce que prévoit l'article 8.3.1. ci-dessus, les assurés existants assurés au 30 juin 2016 et restés assurés sans interruption via une assurance dépendance pour membres d'une caisse de maladie depuis, seront habilités à percevoir une indemnisation dépendance comme indiqué ci-dessous :

Contrat expiré le 30 juin 2016	Age de première adhésion à une assurance dépendance collective Maccabi	Indemnisation mensuelle pour un assuré résidant chez lui (indemnisation)	Indemnisation mensuelle pour un assuré résidant en institution (dédommagement)
Sioudi Zahav	Tout âge	5 500 NIS	80% du montant effectivement versé à l'institution par l'assuré et au maximum 10 000 shekels
Sioudi Kesef	Avant 49 ans	5 500 NIS	80% du montant effectivement versé à l'institution par l'assuré et au maximum 10 000 shekels
	Après 50 ans	4500 NIS	80% du montant effectivement versé à l'institution par l'assuré et au maximum 10 000 shekels.

#### 9. Calcul de l'âge de l'assuré pour les besoins de l'assurance

L'âge de l'assuré pour définir la prime et l'âge de première adhésion sera calculé en années complètes à compter du mois de naissance de l'assuré.

#### 10. Mode de versement de l'indemnisation d'un assuré résidant dans une institution

10.1. L'indemnisation en application des articles 8.1-8.3 ci-dessus sera versée sur présentation par l'assuré ou son représentant de reçus et d'une facture fiscale en bonne et due forme correspondant aux frais effectifs d'hospitalisation dans une institution pour dépendants. L'assuré pourra fournir des copies ou l'original de ces reçus, s'il fournit une copie, il précisera s'il a envoyé une copie ou l'original de ces reçus ou factures à un autre organisme dont il déclinera l'identité et précisera le montant perçu de sa part.

	<p>En pareil cas, l'assureur dédommagera l'assuré conformément aux dispositions de la loi relative aux contrats d'assurance de 1981, à condition que, quoi qu'il en soit, le montant total du dédommagement versé à l'assuré ne dépasse pas le moins élevé des montants suivants :</p> <p>A. Le montant des frais effectivement engagés par l'assuré</p> <p>B. Le montant du dédommagement de l'assuré prévu par ce contrat.</p>
10.2	Le dédommagement sera versé dans tous les cas où les frais ont été engagés avant la date du dédommagement. Il sera versé à l'assuré ou à son représentant légal.
10.3.	L'indemnisation sera versée au plus tard le dernier jour du mois pour le mois écoulé. Sous réserve de l'approbation des reçus ou factures faisant l'objet du dédommagement par l'assuré et sous réserve de ce que prévoit l'article 13.1.
<b>11. Période d'attente</b>	
L'assureur versera à l'assuré l'indemnisation à laquelle il a droit en application des clauses de ce contrat, à compter de la date d'expiration de la période d'attente ; il n'y aura pas plus d'une période d'attente sauf si se sont écoulés plus de 12 mois depuis la date à laquelle le sinistre ne s'applique plus à l'assuré. A cet effet, par « période d'attente » on entendra une période commençant à la date de survenance du sinistre et s'achevant 60 jours plus tard, à condition que pendant toute la période, le sinistre continue à s'appliquer à l'assuré.	
<b>12. Droit à une indemnisation</b>	
12.1.	Tout assuré a le droit de percevoir une indemnisation à condition que les conditions visées à l'article 3 soient réunies, sous réserve des dispositions de ce contrat.
12.2.	En dépit de ce que stipule l'article 12.1, l'assuré sera habilité à percevoir une indemnisation pendant 60 mois à compter de la date d'expiration de la période d'attente visée à l'article 11, en vertu du contrat pendant la période duquel le sinistre a eu lieu et sous réserve de ce que stipulent les articles 23.1.2 et 23.1.1 déduction faite des périodes pour lesquelles il a perçu une indemnisation en vertu d'une assurance dépendance collective pour membres d'une caisse de maladie.
<b>13. Indemnisation – généralités</b>	
13.1	L'indemnisation due par l'assureur sera versée à l'assuré dans les 30 jours suivant la date à laquelle l'assureur aura reçu les informations et les documents requis pour lui permettre de vérifier son obligation d'indemnisation.
13.2.	L'indemnisation en vertu du présent contrat est versée en sus et de manière indépendante de toute autre indemnisation émanant d'une assurance ou d'un service pour dépendants offert ou qui sera offert à l'assuré par un autre organe y compris l'Etat en cas de sinistre, y compris également en vertu de la loi sur l'assurance nationale (version mixte) 1995 et ce, exception faite de l'indemnisation de l'assuré résidant en institution à laquelle s'appliquent les dispositions de l'article 10.1 ci-dessus.
13.3.	Si l'assuré est en droit de percevoir une indemnisation pour une partie de mois, le plafond d'indemnisation sera fixé au prorata de la partie de mois concernée.
13.4.	Il ne sera pas possible de cumuler les montants afférents au dédommagement d'une institution pour dépendants en application de l'article 10, n'ayant pas été perçus en totalité (jusqu'au plafond) par l'assuré pendant un mois donné et de les ajouter au dédommagement



	d'un autre mois. Ce que prévoit cet article s'applique également aux parties de mois avec les modifications qui s'imposent.
13.5	Les périodes durant lesquelles l'assuré aura perçu l'indemnisation en vertu du présent contrat ou d'une assurance dépendance pour membres d'une caisse de maladie, y compris en vertu de tout contrat antérieur et de la réglementation du fonds de dépendance, sont cumulables, quoi qu'il en soit ces périodes ne dépasseront pas conjointement le plafond de la période de droit à une indemnisation. Outre ce que prévoit l'article 12.2 tout assuré pourra percevoir une indemnisation, déduction faite des périodes pour lesquelles il aura perçu une indemnisation en vertu du dernier contrat ouvrant droit tel qu'il est défini à l'article 1 des dispositions.
13.6.	Si l'assuré est en droit de percevoir une indemnisation en application du présent contrat et que le tribunal lui a désigné un tuteur, l'assureur versera l'indemnisation au tuteur ainsi désigné.
13.7	Le droit de l'assuré à percevoir une indemnisation s'éteindra à la date à laquelle le sinistre cessera de s'appliquer ou lorsqu'il aura atteint le plafond de sa période de droit à une indemnisation ou avec le décès de l'assuré, selon ce qui interviendra en premier. Si l'assuré décède pendant la période de droit, l'indemnisation sera versée à sa succession ainsi que stipulé à l'article 13.8. ci-après.
13.8 Décès de l'assuré	Si l'assuré décède alors qu'il était en droit de percevoir une indemnisation, et que le plafond de la période de droit à une indemnisation n'avait pas été atteint, sa succession devra en informer l'assureur. En cas de décès de l'assuré, l'intégralité de son indemnisation pour le mois de son décès sera versée.
13.9 Caducité du contrat après exploitation de la période de droit à une indemnisation	Une fois le plafond de périodes de droit à une indemnisation atteint, le contrat deviendra caduc pour l'assuré et il ne pourra plus prétendre à aucun autre montant ou service en vertu dudit contrat.
13.10.	Il est entendu que, dès le début du versement de l'indemnisation, l'assureur devra notifier l'assuré ou son représentant du fait qu'il est libéré de toute obligation de paiement et en notifiera également le propriétaire du contrat d'assurance. Soulignons que l'assuré devra s'acquitter de sa cotisation à l'assurance même pendant la période d'attente.
13.11	Afin de lever tout doute, si l'assureur a cessé d'indemniser l'assuré alors que celui-ci n'avait pas atteint le plafond de périodes d'indemnisation, l'obligation de l'assureur de verser une indemnisation sera reconduite à compter de la date d'expiration du droit à une indemnisation. L'assureur sera tenu de signaler le renouvellement des versements de l'indemnisation aussi bien à l'assuré et /ou son représentant qu'au propriétaire de l'assurance.
<b>14. Exonération de la cotisation</b>	
Tout assuré habilité à percevoir une indemnisation en application des clauses du contrat, sera exonéré du paiement de la cotisation pendant la période pour laquelle il est en droit d'être indemnisé.	
<b>15. Sinistres non couverts</b>	
Ce contrat ne couvre pas les sinistres suivants :	
15.1	Les sinistres survenus dans le cadre du service de l'assuré dans l'armée ou la police ou lors de sa participation active à une opération militaire, policière, guerrière, hostilités.
15.2	Les sinistres imputables à une explosion nucléaire, une fusion nucléaire

	ou une pollution radioactive.
15.3	Les sinistres imputables à la consommation de drogues ou à une addiction à la drogue, sauf si la consommation de drogues a été effectuée sur ordonnance du médecin, et non pas à des fins de sevrage.
15.4	Les sinistres imputables à un état de santé antérieur, sous réserve des dispositions de la réglementation de contrôle des assureurs (clauses des contrats d'assurance) (dispositions concernant l'état de santé antérieur) 2004 ; au regard de cette législation le terme d'assuré ayant droit s'appliquera aux assurés via le contrat de substitution fourni par le même assureur ou un autre assureur ainsi que stipulé dans la directive 6 (a) (2) desdites directives.
15.5.	Les sinistres intervenant pour la première fois avant l'entrée en vigueur de la période d'assurance ou après expiration de la période d'assurance, sous réserve de ce que stipulent les articles 23.1.1 et 23.1.2.
15.6	Les sinistres intervenant pour la première fois au cours des 36 premiers mois de vie de l'assuré.
15.7	Les sinistres imputables à un accident de la route, au sens donné à ce terme par la loi relative à l'indemnisation des victimes d'accidents de la route de 1975 ou à un accident du travail au sens donné à ce terme par la loi sur l'assurance nationale (version mixte) de 1995 reconnu par l'institution de l'Assurance Nationale.
<b>16. La demande d'indemnisation</b>	
16.1.	L'assuré avisera l'assureur de la survenance du sinistre le plus rapidement possible après la date de sa survenance.
16.2.	L'obligation et le droit de soumettre une demande d'indemnisation circonstanciée incombent à l'assuré ou à son représentant et à eux seuls. Précisons ici que le propriétaire du contrat n'est pas habilité à soumettre une telle demande à l'assureur en vertu de ce contrat à l'initiative ou au nom de l'assuré et il s'abstiendra de le faire.
16.3.	L'assuré fournira à l'assureur tous les documents qu'il réclamera afin de vérifier ses obligations en application du présent contrat et signera toute renonciation à la confidentialité afin de permettre à l'assureur d'obtenir les informations médicales et fonctionnelles relatives à l'assuré. L'assureur sera habilité à effectuer, à ses frais et d'une manière raisonnable, pendant une période raisonnable, toute opération et à soumettre l'assuré à un examen fonctionnel et/ou médical effectué par un médecin ou autre prestataire de services médicaux mandaté par ses soins, à sa discrétion exclusive. Ces obligations sont imposées à l'assuré aussi bien avant l'approbation de la demande d'indemnisation que pendant toute la période durant laquelle il est en droit de percevoir une indemnisation.
16.4.	L'assureur transmettra à l'assuré ou à son représentant une notification écrite détaillée et circonstanciée concernant la décision qu'il a prise au sujet de sa demande d'indemnisation au plus tard 60 jours après la soumission de la demande d'indemnisation à l'assureur ainsi que stipulé ci-dessus ou au plus tard 90 après cette date si l'assureur a notifié l'assuré avant expiration du délai de 30 jours de la prolongation du délai de réponse de 30 jours supplémentaires en motivant ce retard.
16.5	L'évaluation fonctionnelle de l'assuré sera effectuée par l'assureur ou l'un de ses mandataires après avoir pris rendez-vous avec l'assuré ou son représentant.

16.6	En cas d'amélioration de l'état de l'assuré et de sa sortie d'un état justifiant l'indemnisation, l'assuré devra en notifier immédiatement l'assureur.
16.7	En cas de décès de l'assuré et s'il n'a mandaté personne d'autre pour percevoir l'indemnisation prévue par le contrat, l'assureur versera le solde de l'indemnisation devant être versée à l'assuré pour la période de droit et non versée avant le décès, à la succession de l'assuré.
16.8.	Si une/des rentes dépendance a/ont été versée/s à l'assuré et/ou à la succession de l'assuré pour une période durant laquelle il n'avait pas le droit d'être indemnisé, que ce soit en raison d'une amélioration de son état et/ou suite à son décès, l'assureur sera habilité au remboursement de cette/ces rentes. Les montants correspondants seront remboursés à l'assureur indexés sur l'indice, sans majoration d'intérêts.
<b>17. Commissions d'appel</b>	
17.1	En cas de rejet total ou partiel d'une demande d'indemnisation de l'assuré pour des motifs médicaux et/ou autres, l'assureur lui enverra une notification circonstanciée attirant son attention sur le fait qu'il est habilité à faire appel auprès de la commission d'appel, dans les 60 jours suivant la date de remise de la notification.
17.2.	L'assuré sera habilité à soumettre des documents et rapports d'expertise médicale et fonctionnelle jugés utiles par lui ou exigés par la commission, de même, la commission autorisera l'assuré et/ou son représentant à se présenter devant elle.
17.3	La commission d'appel se réunira pour débattre des appels qui lui auront été soumis dans des délais raisonnables à compter de la date de dépôt de l'appel mais au plus tard sous 45 jours sauf si l'assuré demande le report du débat.
17.4	L'assureur transmettra à la commission tous les documents relatifs à la demande d'indemnisation dont il dispose qu'ils lui aient été transmis par l'assuré ou qu'ils ne lui soient pas parvenus par son intermédiaire.
17.5.	La commission d'appel sera habilitée à traiter la demande d'indemnisation, à l'accepter ou à la rejeter conformément aux dispositions du contrat d'assurance.
17.6.	Les décisions de la commission d'appel seront prises à la majorité des voix ; En cas d'égalité, c'est le directeur du département des assurances de Maccabi ou toute personne mandatée par le directeur général de Maccabi qui tranchera, sa décision sera définitive et sans appel et contraignante pour l'assuré. La décision de la commission sera contraignante pour l'assureur et sera considérée en tous points comme une décision de l'assureur ;
17.7	Les décisions de la commission d'appel ou le recours à cette commission n'affectera en rien les droits de l'assuré de s'adresser à des instances judiciaires pour vérifier ses droits en vertu du contrat d'assurance. Pour les besoins de cet article le terme de « commission d'appel » se réfère à une commission composée de trois représentants du propriétaire du contrat d'assurance et de trois représentants de l'assureur, quatre de ses membres – deux représentants de chaque partie constituant un quorum légal, son mode d'action sera régi par une convention entre le propriétaire du contrat et l'assureur. Soulignons qu'au moins un des membres de la commission d'appel devra être médecin de formation et un autre au moins juriste de formation.

<b>Commission d'appel pour la souscription à l'assurance</b>	
17.8	En cas de rejet de la demande d'adhésion à l'assurance d'un candidat, ce dernier pourra, sous 60 jours, faire appel de ce rejet auprès de la commission d'appel.
17.9.	Ladite commission d'appel sera composée de représentants du propriétaire du contrat d'assurance et de représentants de l'assuré. Le candidat à l'assurance soumettra à la commission ses arguments médicaux et autres et pourra notamment présenter un rapport d'expertise écrit émanant de ses médecins.
17.10	Les décisions de la commission d'appel concernant la souscription de l'assurance seront prises à la majorité des voix ; En cas d'égalité, c'est le directeur du département des assurances de Maccabi ou toute personne mandatée par le directeur général de Maccabi qui tranchera, sa décision sera définitive et sans appel et contraignante pour l'assuré. En cas d'égalité des voix sur une question médicale, la commission d'appel sera habilitée à faire venir un médecin spécialisé dans le domaine concerné dont l'identité aura été approuvée par la majorité des membres de la commission et dont la décision sera contraignante pour la commission. La décision de la commission sera contraignante pour l'assureur et sera en tous points considérée comme une décision de l'assureur.
<b>18. Indexation</b>	
18.1	Les montants de l'indemnisation mensuelle visés à l'article 8 seront majorés de différences d'indexation, au sens donné à ce terme par la loi sur la fixation des intérêts, sur la base de l'indice connu au 30 juin 2016.
18.2	Les montants de la cotisation mensuelle seront majorés de différences d'indexation, au sens donné à ce terme par la loi sur la fixation des intérêts, sur la base de l'indice connu au 1 <sup>er</sup> janvier 2019.
<b>19. Cotisation et modalité de paiement</b>	
19.1	La cotisation des assurés sera telle qu'elle figure sur le tableau des cotisations joint à ce contrat d'assurance et variera durant la période d'assurance en fonction de la tranche d'âge à laquelle appartient l'assuré. Le montant de la cotisation sera calculé en fonction de l'âge de l'assuré à la date du paiement.
19.2.	L'assureur acquittera sa cotisation une fois par mois comme le propriétaire du contrat d'assurance a l'habitude de le faire, via un prélèvement automatique sur le compte ou tout autre moyen utilisé par le propriétaire du contrat pour ses membres.
19.3	Le paiement de la cotisation à l'assureur sera effectué de manière groupée par le propriétaire de l'assurance ou son mandataire pour tous les assurés.
19.4	Si un assuré ne paie pas tout ou partie de sa cotisation au propriétaire de l'assurance dans les délais impartis, le propriétaire de l'assurance transmettra à l'assureur les coordonnées de l'assuré pour procéder au recouvrement ou annuler le contrat pour cet assuré n'ayant pas acquitté sa cotisation. L'assureur transmettra, via le propriétaire de l'assurance, pendant les 180 premiers jours de défaut de paiement de la cotisation, deux mises en demeure dudit assuré aux dates convenues par le propriétaire de l'assurance et l'assureur.
19.5	Dans ces mises en demeure, l'assureur ou le propriétaire du contrat d'assurance notifieront l'assuré du défaut de paiement et des

	conséquences de ce défaut de paiement qui est susceptible d'affecter les droits de l'assuré en vertu du contrat d'assurance.
19.6	Si les mises en demeure visées aux articles 19.4 et 19.5 ci-dessus ont été envoyées sans que l'assuré n'acquitte la cotisation en retard à l'assureur, l'assureur fera envoyer une nouvelle notification à l'assuré concernant l'annulation du contrat ; Après l'expédition desdites notifications, l'assurance visée dans ce contrat sera résiliée par l'assureur sous réserve des dispositions de la loi relative aux contrats d'assurance de 1981. Précisons ici que tant que le contrat n'a pas été résilié ainsi que stipulé ci-dessus, il demeurera valable malgré le retard de paiement des cotisations.
19.7	Dépôt de fonds avant d'avoir reçu une offre d'assurance : 19.7.1. Si des fonds ont été versés à l'assureur en acompte des cotisations avant que l'assureur n'ait consenti à assurer le candidat à l'assurance, ce paiement ne devra pas être considéré comme valant acceptation de l'assureur d'assurer le candidat. 19.7.2. Le rejet d'une demande de souscription d'assurance ou l'envoi d'une demande de complément d'informations devront être effectués au plus tard 3 mois après réception de l'acompte de cotisation, ou si l'assureur s'est adressé au candidat à l'assurance, en lui demandant un complément d'information, dans les 6 mois suivant la réception de l'acompte de cotisation. 19.7.3. Si l'assureur n'a pas rejeté la demande de souscription ou a demandé un complément d'information et n'a pas avisé le candidat de son acceptation dans ces délais, le candidat sera considéré comme étant affilié à l'assurance aux conditions normales ; 19.7.4. En cas de survenance d'un sinistre dans les délais susvisés, avant réception de la notification d'acceptation de candidature, le candidat à l'assurance sera habilité à percevoir une indemnisation en application des dispositions d'estimation médicale des risques de ce contrat s'appliquant à des assurés présentant des paramètres semblables, si cela est pertinent. En effet, l'assureur aurait avisé l'assuré de son acceptation si ce sinistre n'était pas survenu.
<b>20. Valeur de rachat et de sortie et fonds des assurés</b>	
20.1.	Aucun excédent ne sera cumulé au profit des assurés de ce contrat à des fins de valeurs de rachat ou sortie.
20.2.	En dépit de ce que stipule l'article 20.1, les cotisations versées pour l'ensemble des assurés par l'assurance dépendance collective des membres d'une caisse de maladie donnée, pourront servir à couvrir les engagements à long terme des assurés après avoir effectué des déductions ou ajouts conformément à ce qu'aura ordonné le Responsable.
<b>21. Possibilité de contracter une assurance dépendance personnelle</b>	
21.1.	Tous les assurés pourront souscrire auprès de l'assureur des assurances dépendance individuelles (« contrats individuels ») pour toute la vie, en sus de l'indemnisation dépendance du présent contrat.
21.2.	L'assuré aura la possibilité de choisir entre deux types d'assurance individuelle : 21.2.1. Une assurance personnelle pour toute la vie, offrant une indemnisation en cas de sinistre. 21.2.2. Une assurance individuelle dont la période d'indemnisation commence après expiration de la période d'indemnisation du présent

	contrat, soit donc, après la période de droit à une indemnisation prévue par le présent contrat (l'assuré ayant exercé ses droits en vertu du présent contrat pendant 60 mois). La période de droit du contrat d'assurance individuelle durera pendant toute la vie de l'assuré.
21.3	Les assurés via ce contrat d'assurance désireux de souscrire une assurance individuelle devront remplir un formulaire de souscription comprenant une déclaration de santé et subir un processus d'évaluation des risques médicaux par l'assureur conformément au libellé habituellement utilisé par l'assureur pour des contrats de ce type.
21.4	Les conditions d'assurance en application des contrats d'assurance individuelle seront conformes au libellé des contrats individuels utilisés par l'assureur lors de la souscription.
21.5	Les cotisations prélevées par l'assureur auprès de l'assuré pour les assurances personnelles seront réduites de 15% par rapport aux cotisations les moins élevées approuvées par le Responsable et en vigueur auprès de l'assureur à cette période pour les contrats personnels parallèles au programme choisi par l'assuré, pour des assurés d'un âge et d'un état de santé similaires. Cette réduction sera valable pendant toute la vie de l'assuré.
21.6	Les assurés ayant souscrit cette assurance et souhaitant souscrire à une assurance individuelle, devront remplir le formulaire d'adhésion et fournir une déclaration médicale, ils devront également se soumettre à un questionnaire médical selon le libellé utilisé par l'assureur pour des contrats du même ordre. Si l'assuré a plus de 65 ans, l'assureur pourra exiger qu'il se soumette à l'examen d'un médecin mandaté par ses soins. Afin de lever tout doute, précisons que ce qui précède ne s'appliquera qu'aux assurés étant assurés par un contrat antérieur et ayant émis le souhait de contracter une assurance individuelle sans jamais avoir cessé d'être assurés.
21.7	L'assuré acquittera les cotisations de l'assurance individuelle directement auprès de l'assureur sans impliquer le propriétaire de l'assurance.
<b>22. Prescription</b>	
Le délai de prescription d'une demande d'indemnisation en vertu de ce contrat est de trois ans à compter de la date de survenance du sinistre.	
<b>23. Dispositions relatives au transfert</b>	
23.1.	<p>Les dispositions suivantes s'appliqueront aux assurés transférés :</p> <p>23.1.1 Pendant la période de l'assurance dépendance pour membres de l'ancienne caisse de maladie de l'assuré, l'assureur versera l'indemnisation des assurés transférés dans si les conditions suivantes sont réunies :</p> <p>23.1.1.1. Pendant la période d'assurance précédente, l'assuré a subi un sinistre l'habilitant au versement d'une indemnisation ;</p> <p>23.1.1.2. L'assuré a fait une demande supplémentaire d'indemnisation pendant une période ne dépassant pas 12 mois depuis que l'assuré a cessé d'être dans un état ouvrant droit ainsi que stipulé à l'article 23.1.1.1. ci-dessus.</p> <p>23.1.2. Si l'assureur précédent a versé une indemnisation ainsi que stipulé à l'article 23.1.1.</p> <p>23.1.2.1 L'assureur précédent sera habilité à déduire de l'indemnisation versée la cotisation correspondant à la période durant laquelle la cotisation dudit assuré n'a pas été acquittée.</p>

	<p>23.1.2.2. Le nouvel assureur remboursera à l'assureur les cotisations versées pendant la période précédant la survenance du sinistre.</p> <p>23.1.3. Tout assuré ayant subi un sinistre avant de quitter son ancienne caisse de maladie, pourra souscrire à cette assurance, dans une continuité de couverture d'assurance, sans avoir à se soumettre à un examen médical et ce, dans les 90 jours suivant la date à laquelle le sinistre a cessé de s'appliquer, et à condition que cet assuré n'ait pas encore utilisé la totalité de ses droits à une indemnisation en application de l'assurance dépendance pour membres d'une caisse de maladie ; la période d'indemnisation à laquelle pourra prétendre un assuré via ce contrat d'assurance sera diminuée des périodes pour durant lesquelles il a perçu une indemnisation en vertu d'une assurance dépendance pour membres d'une caisse de maladie.</p> <p>23.1.4. Si l'assureur a pu prouver que le sinistre subi par l'assuré a eu lieu pour la première fois avant la date de début de l'assurance et s'est poursuivi jusqu'à la souscription du présent contrat, l'assuré ne pourra prétendre à aucune couverture d'assurance, l'assurance sera résiliée à compter de la date de sa souscription à ce contrat et les cotisations perçues lui seront remboursées.</p>
23.2	<p>Dispositions concernant le transfert d'assurés convalescents</p> <p>23.2.1. Les adhérents à Maccabi Maguen considérés comme nécessitant une assistance en application des règles du fonds de dépendance à la date déterminante (ci-après « nécessitant une assistance ») continueront à recevoir des services d'assistance conformément aux règles du fonds de dépendance et ce, qu'ils aient perçu une indemnisation de dépendance ou non. Précisons que les personnes nécessitant une assistance ne seront pas habilitées à contracter une assurance et à recevoir une indemnisation en vertu de ce contrat. En dépit de ce qui précède, si un assuré cesse d'être défini comme nécessitant une assistance en vertu des règles du fonds de dépendance suite à une amélioration de son état fonctionnel, il pourra, à compter de cette date (mais pas avant la date déterminante ou trois ans auparavant, selon ce qui interviendra en dernier) être assuré via ce contrat et à partir de cette date, il devra acquitter les cotisations prévues par ce contrat, le tout, à condition qu'après l'amélioration de son état fonctionnel il ne réponde pas aux critères définissant un sinistre en vertu du contrat. Les patients convalescents seront soumis aux dispositions de l'article 8.3 avec les modifications s'imposant, en fonction du niveau d'assurance auquel il était assuré d'après les règles du fonds de dépendance.</p> <p>23.2.2. Aucune personne habilitée à percevoir une indemnisation en application de son contrat précédent ou de tout contrat antérieur au titre de l'assurance dépendance collective pour les membres de Maccabi Sheroutei Briout (dans cet article « assuré dépendant » et « contrat antérieur » respectivement) ne pourra souscrire à cette assurance et prétendre à une indemnisation en vertu de ce contrat, et ce sont les dispositions du contrat antérieur qui s'appliqueront. Néanmoins si le droit de l'assuré dépendant à une indemnisation sur la base d'un contrat antérieur s'est éteint suite à une amélioration de son état fonctionnel, il pourra, à compter de cette date (mais pas avant la date déterminante ou trois ans auparavant, selon ce qui interviendra en dernier) être assuré via ce contrat et à partir de cette date, il devra</p>

	<p>acquitter les cotisations prévues par ce contrat, le tout, à condition qu'après l'amélioration de son état fonctionnel il ne réponde pas aux critères définissant un sinistre en vertu du contrat.</p> <p>23.2.3. Si par la suite l'assuré convalescent visé aux alinéas 23.2.1 et 23.2.2 subit un sinistre au sens donné à ce terme par le présent contrat, il pourra percevoir une indemnisation pour le reste de la période de droit à une indemnisation. En d'autres termes jusqu'à ce qu'il atteigne le plafond de la période maximale ouvrant droit à une indemnisation en vertu de ce contrat, déduction faite des mois durant lesquels il était habilité à percevoir une indemnisation sur la base d'une police antérieure et pour les personnes nécessitant une assistance, déduction faite des mois pour lesquelles elles ont perçu un dédommagement (qu'il s'agisse d'un dédommagement financier ou de services d'assistance) au titre d'une hospitalisation dans un service pour dépendants ou de soins à domicile conformément aux règles du Fonds de dépendance.</p>
23.3.	<p>Concernant les assurés ayant droit – Si l'assureur a pu prouver que le sinistre subi par l'assuré ayant droit a eu lieu pour la première fois avant la date de début de l'assurance et s'est poursuivi jusqu'à la souscription du présent contrat, il ne pourra prétendre à aucune couverture d'assurance, l'assurance sera résiliée à compter de la date de sa souscription à ce contrat et les cotisations perçues lui seront remboursées.</p>
<b>24. Taxes et charges</b>	
<p>L'assuré est redevable du paiement de toutes les taxes gouvernementales ou autres s'appliquant à ce contrat ou à la cotisation et à l'indemnisation ainsi que de celui de tous les autres paiements que l'assuré doit acquitter en vertu de ce contrat, que ces taxes existent lors de l'entrée en vigueur du contrat ou qu'elles aient été imposées à une date ultérieure. Précisons que les cotisations à la date déterminante incluent la totalité des taxes et charges s'appliquant à cette date.</p>	
<b>25. Clauses conformes aux dispositions du contrôle des services financiers (assurance) et de l'assurance santé collective) 2009</b>	
25.1	<p>Le propriétaire de l'assurance déclare et s'engage à / étant donné son statut de propriétaire d'assurance, à agir de manière fiable et avec pondération au profit des assurés uniquement et n'a et n'aura aucun bénéfice du fait de son statut de propriétaire d'assurance.</p>
25.2	<p>L'assuré a l'obligation, en vertu des dispositions du contrat d'assurance dépendance collective, d'acquitter dès le premier jour de la période d'assurance tout ou partie de ses cotisations même si elles sont recouvrées après cette date. L'assuré ne pourra adhérer à cette assurance qu'une fois son consentement préalable plein et entier enregistré et si l'assuré est l'enfant ou le conjoint d'un membre du groupe d'assurés, l'assureur pourra l'inscrire à cette assurance après avoir reçu le consentement de ce membre à l'adhésion de son enfant ou de son conjoint.</p>
25.3	<p>L'article 25.2 ne s'appliquera pas à un contrat d'assurance dépendance collective reconduit pour une période supplémentaire auprès du même assureur ou d'un autre assureur dans les conditions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Le contrat collectif a été valable pour le groupe d'assurés trois ans au moins avant sa date de renouvellement. a été effectué que ce soit aux mêmes conditions.</li> <li>(2) Le renouvellement du contrat collectif dans les mêmes conditions ou à d'autres conditions en veillant à une continuité de la couverture</li> </ol>



	d'assurance en vigueur jusqu'à la date de renouvellement incluse dans le contrat collectif après cette date. A cet effet, par « maintien de la continuité de la couverture » on entendra le maintien de la continuité sans avoir à examiner l'état de santé antérieur et sans délai de carence.
25.4.	Dès le début de la période d'assurance, l'assureur remettra à tous les membres du groupe d'assurés que ce soit lors de leur première adhésion ou à la date de renouvellement de l'assurance pour une période supplémentaire, une copie du contrat, un formulaire de divulgation selon les instructions du Responsable, une fiche contenant les détails de l'assurance et d'autres documents que le Responsable aura demandés.
25.5.	En dépit de ce que stipule l'article 25.4 ci-dessus, si l'assurance collective est renouvelée pour une période supplémentaire auprès du même assureur ou si l'assurance est reconduite pour une période de moins de trois mois, au cours de laquelle une négociation a lieu entre le propriétaire de l'assurance et l'assureur concernant le renouvellement de l'assurance pour une période supplémentaire, sans modification du montant des cotisations et du reste des conditions de la couverture d'assurance, l'assureur fera parvenir à chacun des membres du groupe d'assurés une notification de renouvellement de l'assurance uniquement en précisant : 25.5.1. que la période de l'assurance a été prolongée et qu'aucun changement n'intervient dans les conditions de couverture d'assurance. 25.5.2. que l'assuré pourra recevoir une copie des documents de la police d'assurance. 25.5.3. que l'assuré a la possibilité de consulter les documents de la police d'assurance avec des détails concernant l'endroit où cette consultation est possible.
25.6.	L'assuré est tenu d'acquitter ses cotisations ou partie des mêmes, l'assureur enverra à l'assuré, à sa demande, une copie du contrat entre l'assureur et le propriétaire de l'assurance, dans les 30 jours suivant la date à laquelle la demande de l'assuré aura été reçue.
25.7.	En cas de changement dans le montant des cotisations ou dans les conditions de couverture de l'assurance, à la date de renouvellement de l'assurance santé collective ou durant la période d'assurance (dans cet alinéa, la date d'entrée en vigueur du changement), l'assureur fera parvenir à tous les membres du groupe d'assurés assurés via cette assurance avant l'entrée en vigueur du changement, au plus tard 60 jours avant la date d'entrée en vigueur du changement, une notification écrite détaillant ledit changement.
25.8	Si le contrat a été renouvelé pour le groupe d'assurés auprès d'un autre assureur que celui qui avait assuré le groupe avant le renouvellement – l'autre assureur fera parvenir à tous les membres du groupe d'assurés une notification écrite concernant ledit renouvellement au plus tard 30 jours après le renouvellement de l'assurance.
25.9	Si le lien entre l'assuré et le propriétaire de l'assurance est rompu, l'assureur fera parvenir à chacun des membres du groupe d'assurés, sous trente jours à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la rupture dudit lien, une notification écrite concernant la résiliation de l'assurance comportant le détail des droits de l'assuré en vertu de l'assurance collective.
25.10	Si l'assuré est dans l'obligation d'acquitter sa cotisation à l'assurance dépendance collective dès son adhésion alors que d'après les clauses du contrat elle ne doit être recouvrée qu'à une date ultérieure, l'assureur fera

	parvenir à la personne ayant acquitté la cotisation sans être le propriétaire de l'assurance, une notification écrite de la date à laquelle seront recouverts les cotisations, cette notification sera remise à la personne qui doit s'acquitter de la cotisation pendant les trois mois précédant ladite date de recouvrement.
25.11	En cas de renouvellement du contrat ou de modification de ses clauses pendant la période d'assurance sans que l'on ait demandé l'autorisation expresse de l'assuré ainsi que stipulé aux articles 25.2 et 25.3-1, si l'assuré notifie l'assureur ou le propriétaire de l'assurance dans un délai de 60 jours à compter de la date du renouvellement du contrat ou de la modification, selon les cas, de la résiliation de l'assurance pour cet assuré, l'assurance de cet assuré sera annulée à compter de la date de renouvellement de l'assurance ou du changement selon les cas, à condition qu'aucune demande d'exercice des droits octroyés par ce contrat suite à un sinistre survenu pendant ladite période de 60 jours n'ait été soumise.
25.12	Le contrat d'assurance dépendance collective d'un assuré ne cessera pas d'être valable avant expiration de la période d'assurance et offrira toutes les couvertures y afférentes jusqu'à expiration de la période d'assurance, si l'assureur a perçu les cotisations de cet assuré correspondant à ces couvertures.
25.13	L'assureur sera seul responsable envers l'assuré du montant total de l'indemnisation jusqu'à hauteur du plafond fixé par le contrat collectif même si l'assuré était habilité à la couverture des frais acquittés pour un sinistre en vertu d'un autre contrat d'assurance dépendance avec le même assureur ou un autre assureur.
25.14	Concernant les contrats prévoyant une indemnisation au prorata du dommage encouru, les assurés devront s'acquitter eux-mêmes de l'obligation sur la base du rapport entre le plafond d'indemnisation de l'assurance découlant des sinistres tels que définis par le contrat d'assurance.
<b>26. Résiliation de l'assurance</b>	
Ce contrat prévoit qu'elle s'effectuera conformément à ce que stipule la loi régissant les contrats d'assurance et aux dispositions.	
<b>27. Instructions de l'organe de contrôle</b>	
Ce contrat est régi par les dispositions de l'instance de contrôle des services financiers (assurance) (et assurance dépendance collective pour membres de caisse de maladie) de 2015 (ci-après « les dispositions »).	
<b>28. modification des clauses de l'assurance</b>	
En cas de modification des dispositions pendant la période de l'assurance, les clauses du contrat d'assurance changeront en conséquence et l'assureur pourra ajuster le montant des cotisations en fonction de la convention entre la caisse de maladie dont les membres sont assurés par ce contrat et l'assureur ou résilier le contrat. Le tout sous réserve de l'accord du responsable.	
<b>29. Généralités</b>	
29.1	Précisons qu'en application du contrat entre le propriétaire de l'assurance et l'assureur, si des changements interviennent dans les dispositions de ce contrat, elles seront répercutées en conséquence. Il sera possible d'ajuster le montant des cotisations en fonction des modifications des conditions du contrat avec l'approbation du Responsable. Toute demande de modification du montant des cotisations sera faite à la discrétion absolue du propriétaire de l'assurance par lui-même ou via l'assureur.
29.2	Précisons qu'en application du contrat entre le propriétaire de l'assurance et l'assureur, les fonds visés à l'article 20.2 seront gérés par l'assureur conformément aux dispositions ou à l'autorisation du Responsable.
29.3	Si le paiement en vertu de ce contrat est effectué par virement bancaire la

	date de réalisation du paiement sera la date à laquelle l'argent est effectivement viré à l'assureur ou à l'assuré.
29.4	<p>Les adresses des parties pour les besoins d'envoi de notifications relatives aux dispositions du présent contrat sont les suivantes :</p> <p>Le propriétaire du contrat d'assurance : Maccabi Sheroutei Briout, 27 rue Hamered, Tel-Aviv</p> <p>L'assureur : Hafenix insurance Cie Ltd, Derekh Hashalom, Guivatayim.</p> <p>L'assuré : la dernière adresse de l'assuré telle qu'elle figure chez le propriétaire de l'assurance.</p> <p>Toute notification envoyée par courrier recommandé selon les adresses indiquées ci-dessus, sera considérée comme ayant atteint son destinataire dans les 72 heures suivant l'expédition du courrier à la poste et pour prouver la remise il suffira de prouver que la lettre a été déposée à la poste.</p> <p>Au contrat d'assurance sera jointe une brochure d'information comportant des informations concernant le processus de dépôt d'une demande d'indemnisation et les processus de service qui sera rédigée par l'assureur et le propriétaire du contrat d'assurance.</p>

### **Maccabi Sioudi**

#### **Nouveau produit de Beit Hafenix**

Hafenix

Coordonnées

53 Derekh Hashalom Guivatayim, téléphone : 1-801-22-7788

Touches raccourci : \*3507 Email : [sm@fnx.co.il](mailto:sm@fnx.co.il), fax : 03-7337757

Maccabi les meilleurs services de santé d'Israël