

Maccabi Siudi

**L'assurance de soins de longue durée des adhérents de
Maccabi Health Services**

1.7.2017

Cher client,

Nous vous félicitons pour votre adhésion à la police d'assurance de soins de longue durée de Clal Insurance destinée aux membres de Maccabi Health Services.

Clal Insurance propose tout un éventail de produits d'assurance à ses clients – particuliers ou entreprises – et consacrent de nombreux efforts à l'amélioration de l'expérience de service de ses agents et clients, en investissant de nombreuses ressources dans l'élaboration d'outils numériques novateurs permettant d'obtenir un service immédiat, en tout lieu et à tout moment.

Le caractère professionnel, la relation personnelle, la puissance et la solidité de la Division de Santé de Clal Insurance, gagnante ces deux dernières années du prix de la « Meilleure compagnie d'assurance santé en Israël », du classement annuel de « Adif » et des journalistes d'assurance et de finances, vous garantissent à tout moment d'être en de bonnes mains.

Je suis heureux de vous communiquer cette brochure qui contient toute l'information sur notre programme d'assurance de soins de longue durée réservé aux adhérents de Maccabi Health Services. Pour vous accorder les meilleurs services, nous avons mis à votre disposition un centre d'assistance dédié à « Maccabi Siudi », au téléphone n° 1-700-505-520.

L'information se trouve également sur le site Internet de la compagnie à l'adresse suivante : www.clal.co.il et sur le site : www.maccabisiudi.co.il.

Nous nous tenons à votre entière disposition pour répondre à toute question et requête, et souhaitons, à vous et à votre famille, santé et longévité.

Daniel Cohen (-)
Directeur adjoint
Directeur de la Division Santé
Clal Insurance Co. Ltd.

Table des matières

Éléments généraux de « Maccabi Siudi »	4
Police d'assurance groupée de soins de longue durée	7
Primes d'assurance.....	31
Questions et réponses	34

Par souci de clarté, en cas de contradiction entre la traduction et les termes du document original en hébreu, les termes du document original prévaudront.

Éléments généraux de « Maccabi Siudi »

Police d'assurance groupée de soins de longue durée des adhérents de Maccabi Health Services

(Selon la réglementation de 'divulgaration propre')

Thème	Article	Conditions
Généralités	1. Nom du titulaire de la police	Maccabi Health Services (ci-après : « Maccabi »)
	2. L'Assureur	Clal Insurance Co. Ltd.
	3. Couvertures de la police	Indemnité mensuelle pour frais de séjour de l'assuré dans un établissement de soins de longue durée, ou, pour un assuré à domicile – indemnité mensuelle fixe.
	4. Durée de la période d'assurance	Du 1 ^{er} juillet 2017, ou depuis la date d'adhésion de l'assuré à la police, selon la plus tardive des deux, et jusqu'au 31 décembre 2018.
	5. Continuité	<p>Le droit à continuer l'assurance sera accordé aux assurés, selon l'article 6 de la police.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un assuré selon cette police chez qui sont réunies les conditions mentionnées à l'article 2 pourra passer à la police individuelle d'assurance de soins de longue durée pour une durée d'assurance à vie (ci-après : « Police en continuité »), selon les délais indiqués à l'article 3, dont les conditions sont : <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Le montant d'assurance et la durée de paiement des indemnités d'assurance de la Police en continuité ne seront pas inférieurs à ceux prévus pour l'assuré de la police d'assurance de soins de longue durée des membres de la caisse-maladie, sauf si l'assuré le demandait ; cependant, si à la date de transfert à la Police en continuité il existait dans le panier des services de santé une couverture similaire à la couverture prévue par la police, l'assuré ne sera pas tenu d'intégrer la dite couverture dans la Police en continuité ; à ce sujet, « Panier des services de santé » signifie – comme prescrit dans le deuxième avenant de la Loi sur l'assurance santé et dans l'ordonnance selon l'article 8(g) de la dite Loi. 1.2 Les primes d'assurance de la Police en continuité ne seront pas supérieures aux primes d'assurance en cours à la date du transfert, pour les nouveaux adhérents à une police individuelle similaire auprès de l'Assureur ; 1.3 Lors du passage à la Police en continuité une continuité d'assurance sera accordée sans réexamen de l'état de santé antérieur et sans délai d'éligibilité. 2. Le droit de passage à la Police en continuité comme susmentionné à l'article 1 sera accordé à toute personne assurée de manière consécutive par la police d'assurance de soins de longue durée des membres de la caisse-maladie, pendant un délai d'un an au moins, juste avant la date d'interruption de l'assurance de soins de longue durée des membres de la caisse-maladie, et ce, si une des conditions ci-après existait, à condition que l'assuré n'ait pas exercé l'intégralité de ses droits selon la police : <ol style="list-style-type: none"> 2.1 L'assurance de soins de longue durée des adhérents de la caisse a été interrompue en raison du non-renouvellement de la police pour une partie ou pour tous les assurés, auprès de l'Assureur ou auprès d'un autre assureur. 2.2 L'inscription de l'assuré à la caisse-maladie selon la Loi sur l'assurance santé d'État a été annulée, et a été annulée son assurance de soins de longue durée des adhérents de la caisse-maladie du fait de l'annulation

		<p>de son inscription susvisée, et il ne s'est pas inscrit dans une autre caisse-maladie.</p> <p>3 L'assuré dont cette assurance a été interrompue pour lui ou qui n'est pas renouvelée pour lui comme prescrit à l'article 2 pourra passer à la Police en continuité dans les 60 jours qui suivront la date à laquelle l'Assureur l'en aura avisé.</p> <p>4 Le début de la période d'assurance des Polices en continuité sera rétroactif à compter de la date d'interruption de la police de soins de longue durée des adhérents de la caisse-maladie.</p> <p>5 Nonobstant ce qui précède à l'article 3, s'agissant d'un assuré, qui, à la date à laquelle l'assurance de soins de longue durée des membres de la caisse a été interrompue ou n'a pas été renouvelée pour lui, avait le droit de recevoir des indemnités d'assurance selon les conditions de la police – l'Assureur s'adressera à l'assuré comme indiqué selon ce petit article dans les 30 jours qui suivront la date d'interruption de l'éligibilité de l'assuré aux indemnités d'assurance ; dans cette sollicitation l'Assureur proposera à l'assuré de passer à la Police en continuité, dans les 60 jours qui suivront l'avis de l'Assureur ; cette proposition ne sera accordée que si cet assuré n'avait pas encore exercé l'intégralité de ses droits aux indemnités d'assurance selon la police.</p>
	6. Conditions d'un tacite renouvellement	Non.
	7. Délai d'éligibilité	Non.
	8. Délai d'attente	60 jours.
	9. Franchise	Inexistante. Concernant le plafond des indemnités d'assurance, voir article 7 de la police.
Modification des conditions	10. Modification des conditions de la police pendant la période d'assurance	Selon les détails des articles 21.1 – 21.3 de la police.
Primes d'assurance	11. Montant et structure de la prime	Selon le tableau d'évolution de la prime, p. 25 de cette brochure. La prime d'assurance évolue en fonction du groupe d'âge auquel l'assuré appartient le 01.01.2018, et elle est indexée à l'indice des prix à la consommation qui était connu le 30.06.2017 à savoir l'indice de mai publié le 15.06.2017, le tout selon le détail des pages 25-27 de la brochure de la police.
	12. Évolution des primes d'assurance pendant la période d'assurance	Selon le détail des articles 21.1 – 21.3 de la police.
Conditions de résiliation	13. Conditions de résiliation de la police par son titulaire, par l'Assureur ou par l'assuré	<p>L'Assureur ou le titulaire de la police ne peuvent résilier l'assurance pendant la période d'assurance, sauf dans les cas suivants, et dans ces cas l'assurance sera résiliée sous réserve des dispositions de la Loi sur les contrats d'assurance de 1981 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si les primes d'assurance n'ont pas été payées à temps. • Si l'assuré a caché à l'assureur un fait essentiel dont la connaissance aurait fait en sorte que l'assureur ne soit pas admis à l'assurance. <p>Et dans le cas indiqué à l'article 21.1 de la police.</p> <p>L'assuré pourra résilier la police à tout moment par notification écrite.</p>
Exceptions	14. Exclusion du fait d'un état de santé existant	Selon l'article 10.4 de la police.
	15. Réserves concernant la responsabilité financière de l'Assureur	Selon les articles 10.1 – 10.3 et 10.5 – 10.7 de la police.
Suppléments à l'assurance de soins de longue durée	16. Définition du cas de sinistre	L'état de santé et le fonctionnement médiocre de l'assuré du fait d'une maladie, d'un accident ou d'un défaut de santé en raison duquel il est incapable de faire par lui-même une partie essentielle (au moins 50% de l'opération) d'au moins 3 sur les 6 opérations quotidiennes indiquées dans la définition du cas de sinistre, ou l'état de santé et le fonctionnement médiocre de l'assuré du fait d'un « épuisement mental » (comme défini dans la définition du cas de sinistre) prescrit par un médecin spécialisé.
	17. Durée de la période de paiement des indemnités d'assurance	Jusqu'à un plafond de 60 mois.

18. Type d'indemnités d'assurance	Pour un assuré de séjour dans un établissement de soins de longue durée – compensation. Pour un assuré résidant à domicile – indemnité mensuelle fixe.
19. Montant d'assurance	Indemnité d'assurance mensuelle à l'assuré résidant à domicile (indemnité) : <ul style="list-style-type: none"> • Âge de première adhésion jusqu'à 49 ans – NIS 5 500 • Âge de première adhésion entre 50 et 59 ans – NIS 4 500 • Âge de première adhésion de 60 ans et plus – NIS 3 500. L'indemnité d'assurance mensuelle versée à l'assuré de séjour dans un établissement de soins (compensation) : <ul style="list-style-type: none"> • Âge de première adhésion jusqu'à 49 ans – 80% et pas plus de NIS 10 000 • Âge de première adhésion entre 50 et 59 ans – 80% et pas plus de NIS 6 500 • Âge de première adhésion de 60 ans et plus – 80% et pas plus de NIS 4 500. Tout ce qui précède – sous réserve des ajustements précisés à l'article 7.3 de la police. Tous les montants sont subordonnés à l'indexation selon le détail de l'article 13.1 de la police.
20. Exemption du paiement de la prime	Existe.
21. Échelle des primes	Selon le tableau d'évolution de la prime, p. 25 de cette brochure.
22. Droits de l'assuré en vertu de l'augmentation de la prime	Non.
23. Valeur acquittée.	Non.
24. Rapport entre le montant d'assurance et l'âge de l'assuré	Il n'y a pas de rapport entre le montant de l'assurance et l'âge de l'assuré au moment de survenance du cas de sinistre. Il existe un rapport entre l'âge de l'assuré à la date de sa 1 ^{ère} adhésion à l'assurance de soins de longue durée des membres de la caisse et le montant de l'assurance, selon les détails de l'article 19 ci-dessus.
25. Déduction d'indemnités d'autres assurances	Non. Sans déroger des termes des présentes en cas de compensation, la couverture sera accordée pour les frais réels.

Par souci de clarté, en cas de contradiction entre la traduction et les termes du document original en hébreu, les termes du document original prévaudront.

Attention – le site Internet de l'assureur, www.clal.co.il, présente toutes les règles d'éligibilité à l'indemnité de soins de longue durée, les critères de l'incapacité d'effectuer 50% de toute opération ADL, l'exemple d'un formulaire d'évaluation fonctionnelle et un lien vers le guide de l'acquéreur d'une assurance de soins de longue durée qui se trouve sur le site Internet du Contrôleur des Assurances. Vous pouvez obtenir ce guide en vous adressant au centre d'assistance de Maccabi Siudi qui se tient à votre entière disposition au téléphone n° 1700-505-520.

Nous serons ravis de répondre à toute question et de vous fournir tous éclaircissements par le biais du Centre d'assistance téléphonique de Maccabi Siudi au 1700-505-520.

Vous pouvez déposer vos réclamations en ligne sur le site www.clal.co.il, ou en envoyant les formulaires se trouvant sur le site www.clal.co.il, après les avoir dûment remplis, par fax au 077-6383119 ou par la poste à : B.P. 37190 Tel-Aviv 6137002.

Les conditions exécutoires sont celles de la police intégrale.

« Maccabi Siudi » - Police d'assurance groupée de soins de longue durée réservée aux adhérents de Maccabi Health Services

1. Introduction

La présente police indique qu'en contrepartie du paiement de primes d'assurance, et sous réserve des conditions, dispositions et exceptions ci-dessous, l'assureur accordera à l'assuré éligible une indemnité de soins de longue durée. L'indemnité de soins de longue durée sera accordée dans un cas de sinistre survenu pendant la période d'assurance, conformément aux prescriptions, conditions et réserves de cette police.

2. Définitions générales

Dans cette police et dans toute annexe de celle-ci, les termes suivants auront la signification qui les suit :

- 2.1. « **L'Assureur** » - Clal Insurance Co. Ltd.
- 2.2. « **Le Titulaire de la police** » - Maccabi Health Services, association ottomane n° 227/99 (ci-après : « **Maccabi** » et/ou « **Maccabi Health Services** »).
- 2.3. « **Maccabi Magen** » - Maccabi Magen – association coopérative d'assurance mutuelle contre les maladies Ltd.
- 2.4. « **Adhérent de Maccabi Health Services** » ou « **Adhérent de Maccabi** » - une personne inscrite et ayant droit aux services de santé de Maccabi selon la loi et/ou selon le règlement de Maccabi précisé dans le Règlement de Maccabi, ainsi que toute personne dont l'adhésion à Maccabi et l'éligibilité selon la loi, sauf une personne dont l'adhésion a été annulée qui n'est pas « résident » dans le sens de la Loi sur l'assurance santé d'État de 1994.
- 2.5. « **Enfant** » - un Adhérent de Maccabi jusqu'à l'âge de 18 ans.
- 2.6. « **Fonds de soins de longue durée** » - Programme de couverture de soins de longue durée pour les Adhérents de Maccabi ayant adhéré et/ou qui ont été intégrés avant la date de début de la précédente police, selon le règlement de ce Fonds en tant que membres de l'association Maccabi Magen. Cette couverture de soins de longue durée est composée de deux éléments : l'élément « Siudi Silver » et l'élément « Siudi Gold » et toute personne ayant adhéré à l'un de ces éléments.
- 2.7. « **Précédente police** » - Police d'assurance groupée de soins de longue durée des Adhérents de Maccabi ayant pris fin le 30 juin 2016.

2.8. « **L'Assuré** » - toute personne qui remplit une des conditions suivantes :

2.8.1. **Assuré actuel** – Un Adhérent de Maccabi qui le 30.06.2017 était assuré dans le cadre de la police.

2.8.2. **Nouvel assuré** – Un Adhérent de Maccabi qui le 30.06.2017 n'était pas assuré selon cette police et que l'Assureur a consenti à assurer après cette date.

Pour éviter le doute, il est précisé que tous les assurés selon la présente police y seront assurés de manière individuelle, sans rapport avec l'assurance ou l'absence d'assurance de leurs conjoints ou parents, et que la police ne sera pas annulée au regard des Assurés en cas de décès ou de divorce de ce conjoint, ou en cas d'annulation de l'assurance des parents d'un Enfant assuré.

2.9. « **Indemnités de soins de longue durée** » -

2.9.1. Hospitalisation de soins de longue durée – compensation versée à l'Assuré pour les frais réels engagés par l'Assuré ou par son représentant au regard de son séjour dans un établissement de soins de longue durée comme prévu à l'article 7 ci-dessous.

2.9.2. Soins de longue durée à domicile – indemnité accordée comme prévu à l'article 7 ci-dessous.

2.10. « **Plafond des indemnités de soins de longue durée** » - comme prévu à l'article 7.1 ci-dessous.

2.11. « **Délai d'attente** » - selon le détail de l'article 8 ci-dessous. Pour éviter le doute, pour ce délai l'Assuré n'aura pas droit aux indemnités de soins de longue durée dans un cas de sinistre. En revanche, l'Assuré sera redevable des primes d'assurance pendant ce délai d'attente.

2.12. « **Primes d'assurance** » - la prime que l'Assuré doit payer selon les conditions de la police.

2.13. « **Établissement** » - service de soins de longue durée ou service de personnes épuisées dans une maison de retraite, un hôpital ou un autre établissement dont la principale occupation est l'hospitalisation de patients à long terme, cet établissement ayant été agréé en tant qu'établissement de soins de longue durée par le Ministère de la Santé conformément à l'Ordonnance de Santé Publique ou par le Ministère des Services Sociaux, ou un autre établissement agréé par l'Assureur.

2.14. « **Date de début d'assurance** » - concernant les Assurés définis à l'article 2.8.1 ci-dessus – le 01.07.2017.

Concernant les Assurés définis à l'article 2.8.2 ci-dessus (sauf un « Assuré en transfert ») – le 1^{er} du mois suivant le délai d'un mois depuis leur adhésion à la présente assurance comme prévu à l'article 4.2.1 ci-dessous.

Concernant un « Assuré en transfert » - à compter de l'interruption de l'assurance dans le cas d'une assurance souscrite auprès d'une précédente caisse-maladie.

- 2.15. « **Jour/Date d'effet/de début** » - le 1^{er} juillet 2016.
- 2.16. « **Demande d'adhésion** » - le formulaire de demande individuelle d'adhérer à l'assurance, comprenant une déclaration de santé, et faisant partie intégrante de la police, qui a été rempli et signé par un Adhérent de Maccabi souhaitant adhérer à cette assurance en qualité d'assuré.
- 2.17. « **Loi sur la fixation des intérêts** » - la Loi sur la fixation des intérêts et de l'indexation, de 1961.
- 2.18. « **Age de 1^{ère} adhésion à l'assurance de soins de longue durée des adhérents de la caisse-maladie** » - l'âge d'adhésion de l'Assuré à l'assurance de soins de longue durée de toute caisse-maladie, à partir duquel il est assuré de manière continue, y compris une continuité préservée à l'occasion du passage d'une caisse à l'autre selon l'article 18 ci-dessous.
- 2.19. « **Assuré en transfert** » - un assuré selon une assurance de soins de longue durée des membres de la caisse qui la veille de son passage à une autre caisse-maladie, était assuré selon une assurance de soins de longue durée des membres de cette caisse, et le tout à compter du 1^{er} janvier 2017.
- 2.20. « **Assuré éligible** » - tel que défini à l'article 1 du Règlement.
- 2.21. « **Précédente caisse** » - la caisse-maladie où l'Assuré était inscrit la veille de son passage à une autre caisse-maladie.
- 2.22. « **Assurance de soins de longue durée des adhérents de la caisse-maladie** » - une assurance groupée de soins de longue durée souscrite pour les membres de la caisse-maladie selon une autre police, où une ou plusieurs caisses-maladie, sont titulaires de la police par rapport à leurs adhérents. **Nonobstant ce qui précède, jusqu'au 31 décembre 2016, au lieu de « caisse-maladie » viendra « Maccabi Health Services » uniquement.**

3. « Cas de sinistre »

Un cas de sinistre est la survenance d'un ou de plusieurs des cas suivants :

- (a) Épuisement mental prescrit par un médecin spécialiste ; en la matière, « épuisement mental » signifie – atteinte à l'activité cognitive de l'assuré et diminution de ses facultés intellectuelles, y compris la diminution de la perception et du jugement, la diminution de sa mémoire à long ou à court terme et une diminution de son sens de l'orientation dans le temps et dans l'espace nécessitant une surveillance pendant la majeure partie de la journée, selon la prescription d'un médecin spécialiste, dont la raison est un état de santé du genre : maladie d'Alzheimer ou autres formes de démences.
- (b) Un mauvais état de santé et de fonctionnement de l'Assuré du fait d'une maladie, d'un accident ou d'un problème de santé, en raison desquels il est incapable

d'effectuer par lui-même une partie essentielle (au moins 50% de l'opération) d'au moins 3 des opérations suivantes :

1. **Se lever et s'asseoir** – la capacité autonome de l'Assuré de passer de l'état couché à l'état assis et de se lever d'un siège y compris d'un fauteuil roulant ou d'un lit.
2. **S'habiller et se déshabiller** - la capacité autonome de l'Assuré de mettre des articles d'habillement de toute sorte et de les enlever y compris le raccord ou l'assemblage d'une ceinture médicale ou d'un membre artificiel.
3. **Toilette** - la capacité autonome de l'Assuré de se laver dans une baignoire, de se doucher dans une douche ou de toute autre manière usuelle, y compris entrer et sortir de la baignoire ou de la douche.
4. **Manger et boire** - la capacité autonome de l'Assuré de s'alimenter par tout moyen sauf manger à l'aide d'une paille, mais y compris boire avec une paille, les aliments aillant été préparés et lui ayant été servis.
5. **Incontinence** - la capacité autonome de l'Assuré de maîtriser sa défécation ou son urination ; l'incapacité de maîtriser une de ces opérations nécessitant par exemple l'usage permanent d'une stomie, d'un cathéter pour la vessie, de couches ou d'articles absorbants – sera considérée être une incontinence.
6. **Mobilité** - la capacité autonome de l'Assuré de se déplacer, sans l'aide d'autrui ; l'assistance de béquilles, d'une canne, d'un déambulateur ou de toute autre accessoire y compris un accessoire mécanique, motorisé ou électronique, permettant à l'Assuré de se déplacer de manière autonome, ne seront pas considérés comme une atteinte à la capacité autonome de l'Assuré de se déplacer. Nonobstant ce qui précède, si l'assuré était incapable de se déplacer sans fauteuil roulant, mais qu'il était capable de se déplacer avec un fauteuil roulant pendant la période d'assurance ayant pris fin le 01.07.2017, et que pendant la période d'assurance actuelle sa capacité autonome avait changé de manière à ce qu'il peut plus se déplacer de manière autonome avec un fauteuil roulant, il sera considéré comme étant incapable de se déplacer de manière autonome à compter de la date à laquelle sa capacité autonome a changé.

4. Validité de la police

4.1. Adhérents qui étaient compris dans la police :

Un Assuré qui le 30.06.2017 était assuré selon une assurance groupée de soins de longue durée réservée aux adhérents de Maccabi passera en continuité, sans déclaration de santé et sans nouvelle souscription ou réexamen de l'état de santé

antérieur et qui sera assuré dans le cadre de cette police à partir du 01.07.2017, selon les droits prévus dans cette police en fonction de l'âge de l'adhésion à la police de soins de longue durée des membres de la caisse-maladie et dans la catégorie où il était assuré dans le cadre de la Précédente police (Siudi Silver ou Siudi Gold), le tout selon le détail de l'article 7.

4.2. Nouveaux assurés :

Un Adhérent de Maccabi ayant adhéré à cette assurance, sera assuré dans le cadre de la présente police, selon le détail qui suit :

- 4.2.1. La date d'adhésion selon cette police sera le 1^{er} du mois qui suivra le mois d'adhésion. Cette date sera le début de l'assurance de l'Assuré selon la police.
- 4.2.2. Un bébé né ou ayant adhéré en tant qu'Adhérent de Maccabi jusqu'à l'âge de 12 mois, adhèrera automatiquement à cette assurance. L'Assureur enverra par le biais de Maccabi au parent et/ou tuteur légal du bébé qui est né une lettre l'avisant de l'adhésion du bébé à l'assurance. Cette lettre indiquera les clauses de la police concernant l'envergure de la couverture des nouveau-nés ainsi que l'exception de l'article 10.6 ci-après de cette police.
- 4.2.3. Si la demande d'adhésion du candidat à l'assurance selon cette police était rejetée par l'Assureur, le candidat pourra faire appel contre cette décision dans les 60 jours qui suivront la réception de l'avis. L'appel sera entendu par un comité d'appel en matière d'adhésion qui sera établie et convoquée de temps à autre.
- 4.2.4. L'avis de décision de l'Assureur quant au refus de l'adhésion de l'Assuré à l'assurance sera remis par l'Assureur à tout candidat à l'assurance et au titulaire de la police. De même en ce qui concerne une décision d'appel.
- 4.2.5. Le candidat à l'assurance qui n'aura pas obtenu de réponse à sa demande d'adhésion déposée par lui après avoir produit à l'Assureur la déclaration de santé demandée ainsi que tous les documents médicaux et factuels exigés par lui, dans les 60 jours qui suivront le dépôt de ces documents auprès de l'Assureur, sera automatiquement assuré depuis la date de début de l'assurance telle que définie à l'article 2.14 ci-dessus, dans les conditions ordinaires et sans exclusions.
- 4.2.6. Un Assuré en transfert – Nonobstant tout ce qui précède, la date de début d'assurance d'un « Assuré en transfert » sera à la date d'interruption de l'assurance de la Précédente caisse, et ce, à partir du 1^{er} janvier 2017. À partir de cette date, l'Assuré en transfert pourra adhérer à cette assurance sans déclaration de santé, le tout sous réserve du règlement et des conditions de ces polices.

5. Période d'assurance

- 5.1. La période d'assurance selon cette police et concernant tout Assuré sera à partir du 1^{er} juillet 2017 ou à partir de la date d'adhésion de cet Assuré à la police, selon la plus tardive des deux dates, et jusqu'au 31 décembre 2018.
- 5.2. Dans tout cas de non-renouvellement de la police par l'Assureur ou le titulaire de la police, l'Assureur sera tenu d'assurer la couverture selon cette police uniquement dans les cas de sinistre survenus jusqu'à la fin de la période d'assurance, et pour lequel une réclamation a été déposée avant la fin du délai de prescription indiqué à l'article 17 ci-dessous.

6. Continuité

- 6.1. Un Assuré selon cette police pour lequel sont réunies les conditions de l'article 6.2 ci-dessous, pourra passer à la police individuelle d'assurance de soins de longue durée pour une période d'assurance à vie (ci-après : « **Police de continuité** »), selon les dates précisées à l'article 6.3 ci-dessous, dont les conditions sont :
 - 6.1.1. Le montant d'assurance et la période de paiement des indemnités d'assurance selon la Police de continuité ne seront pas inférieurs à ceux prévus pour l'assuré de la police de soins de longue durée des membres de la caisse-maladie, sauf si l'Assuré l'avait demandé ; cependant, s'il existe à la date de passage à la Police de continuité, dans le Panier des services de santé, une couverture similaire à celle prévue dans la police, l'Assureur ne sera pas tenu d'intégrer la dite couverture dans la Police de continuité ; en la matière, le « **Panier des services de santé** » - aura la signification indiquée dans le deuxième avenant de la Loi sur l'assurance santé et l'Ordonnance selon l'article 8(g) de la dite Loi ;
 - 6.1.2. Les primes d'assurance dans la Police de continuité ne seront pas supérieures aux primes d'assurance usuelles à la date de passage pour les nouveaux adhérents à une police individuelle similaire auprès de l'Assureur.
 - 6.1.3. À l'occasion du passage à la Police de continuité, la continuité d'assurance sera accordée sans réexamen de l'état de santé antérieur et sans délai d'éligibilité.
- 6.2. Le droit au passage à la Police de continuité selon l'article 6.1 sera accordé à toute personne qui était assurée de manière continue selon la police de soins de

longue durée des adhérents de la caisse-maladie, pendant au moins un an juste avant la date d'interruption de la police de soins de longue durée des adhérents de la caisse-maladie, et ceci, si une des conditions ci-après existait, à condition que l'Assuré n'ait pas exercé l'intégralité de ses droits selon la police de soins de longue durée des adhérents de la caisse-maladie.

6.2.1. Si l'assurance de soins de longue durée des adhérents de la caisse avait été interrompue en raison de son non-renouvellement pour une partie ou pour tous les assurés, auprès de l'Assureur ou d'un autre assureur.

6.2.2. Si l'inscription de l'Assuré à la caisse-maladie selon la Loi sur l'assurance santé d'État avait été annulée, et que du fait de cette annulation était également annulée son assurance de soins de longue durée pour adhérents de la caisse-maladie, et qu'il ne s'était pas inscrit à une autre caisse-maladie.

6.3. Un assuré dont la présente assurance a été interrompue ou qui n'est pas renouvelée pour lui selon l'article 6.2 ci-dessus, pourra passer à la Police de continuité dans les 60 jours qui suivront la date à laquelle l'Assureur l'en aura avisé.

6.4. Le début de la période d'assurance de la Police de continuité sera rétroactif à partir de la date d'interruption de la police de soins de longue durée des adhérents de la caisse.

6.5. Nonobstant les termes de l'article 6.3, concernant un assuré, qui, à la date à laquelle l'assurance de soins de longue durée des adhérents de la caisse a été interrompue en ce qui le concerne ou pour lequel elle n'a pas été renouvelée, avait droit à des indemnités d'assurance selon les conditions de la police de soins de longue durée des adhérents de la caisse – la sollicitation de l'Assuré par l'Assureur comme indiqué dans ce petit article aura lieu dans les 30 jours qui suivront la date d'interruption de son éligibilité aux indemnités d'assurance ; dans cette sollicitation l'Assureur proposera à l'Assuré de passer à la Police de continuité, dans les 60 jours qui suivront la date de l'avis de l'Assureur ; cette proposition sera faite uniquement si cet Assuré n'avait pas encore exercé l'intégralité de ses droits à l'indemnité d'assurance selon la police.

7. Montant des indemnités d'assurance

7.1. Le montant mensuel des indemnités d'assurance auquel l'Assuré a droit sera calculé selon en fonction de son âge à la date de 1^{ère} adhésion à l'assurance de soins de longue durée des adhérents de la caisse-maladie, selon le lieu de séjour de l'Assuré pendant la période pour laquelle cette indemnité mensuelle lui est payée, comme prescrit dans le tableau qui suit :

Lieu de séjour de l'Assuré	Âge de 1 ^{ère} adhésion à l'assurance groupée de soins de longue durée des membres de la caisse-maladie
----------------------------	--

	Jusqu'à 49 ans	50 à 59 ans	60 ans et plus
Indemnité mensuelle pour l'Assuré de séjour à domicile (indemnité)	NIS 5 500	NIS 4 500	NIS 3 500
Indemnité mensuelle pour l'Assuré de séjour en établissement (compensation)	NIS 10 000	NIS 6 500	NIS 4 500

7.2. Nonobstant les termes de l'article 7.1, le montant mensuel de l'indemnité qui sera payé à l'Assuré de séjour dans un établissement à la date d'éligibilité à l'indemnité mensuelle, ne sera pas supérieur à 80% de la somme que l'Assuré aura réellement payée à l'établissement.

7.3. Nonobstant les termes de l'article 7.1 ci-dessus, concernant les Assurés existants précisés ci-dessous, qui étaient assurés le 30.06.2016, au lieu de l'âge de 1^{ère} adhésion à l'assurance de soins des membres de la caisse indiqué dans le tableau de l'article 7.1, on lira l'âge apposé à leur côté :

7.3.1. Un assuré à l'assurance groupée de soins de longue durée des membres de la caisse Maccabi Health Services –

7.3.1.1. S'il a adhéré à l'assurance « Siudi Gold » - à partir de l'âge de 49-50 ans ;

7.3.1.2. S'il a adhéré à l'assurance « Siudi Silver » - à partir de l'âge de 59-60 ans ;

7.3.2. Un assuré à l'assurance groupée de soins de longue durée des membres de la caisse Clalit ayant adhéré à l'assurance « Siudi Mushlam Plus », qui a adhéré à l'assurance à l'âge de 60 - jusqu'à 59-64 ans ;

7.3.3. Un assuré à l'assurance de soins de longue durée des membres de la caisse Meuhedet ayant adhéré à l'assurance « Meuhedet Gold » à l'âge de 50 - jusqu'à 49-65 ans ;

7.3.4. Un assuré à l'assurance de soins de longue durée des membres de la caisse Leumit ayant adhéré à l'assurance « Leumit Sioud », qui a adhéré à l'assurance à l'âge de 60 - jusqu'à 59-64 ans.

Selon les termes de l'article 7.3.1 ci-dessus, les Assurés existants qui étaient assurés le 30.06.2016, auront droit aux indemnités de soins de longue durée selon le détail ci-après :

Catégorie de la police ayant pris fin le 30.06.2016	Âge de 1^{ère} adhésion à l'assurance groupée de Maccabi	Indemnité mensuelle à l'assuré de séjour à domicile (indemnité)	Indemnité mensuelle à l'assuré de séjour en établissement (compensation)
Siudi Gold	Tout âge	NIS 5 500	80% de la somme réellement payée par l'assuré à l'établissement et pas plus de NIS 10 000
	Jusqu'à 49 ans	NIS 5 500	80% de la somme

Siudi Silver			réellement payée par l'assuré à l'établissement et pas plus de NIS 10 000
	À partir de 50 ans et +	NIS 4 500	80% de la somme réellement payée par l'assuré à l'établissement et pas plus de NIS 6 500

7.4. Âge

L'âge de l'Assuré aux fins de déterminer le montant de l'assurance et pour déterminer l'âge de 1^{ère} adhésion, sera calculé en années complètes selon le nombre d'années complètes écoulées depuis le mois de naissance de l'Assuré.

7.5. Modalités de paiement des indemnités d'assurance à un Assuré de séjour dans un établissement

7.5.1. Les indemnités d'assurance selon les articles 7.1 – 7.3 ci-dessus seront payées sur présentation de reçus par l'Assuré ou son représentant conjointement avec des factures d'impôt conformes, relativement au paiement des frais d'hospitalisation dans l'établissement de soins de longue durée. Il est possible de présenter l'original ou la copie des reçus ou factures. Si l'assuré présentait une copie, il indiquera si cette copie ou l'original des reçus et factures ont été envoyés à autrui ainsi que l'identité et le montant qu'il a reçu de celui-ci.

Dans un tel cas, l'Assureur compensera l'Assuré selon les dispositions de la Loi sur les contrats d'assurance de 1981, à condition que dans tout cas le total de la compensation payée à l'Assuré ne soit pas supérieur au montant le plus bas des deux qui suivent :

- a. Le montant réel des frais de l'Assuré.**
- b. Le montant de la compensation à l'Assuré qui est prescrit dans cette police.**

7.5.2. La compensation sera payée dans tout cas où des frais ont été réellement engagés avant la date de compensation. La compensation sera payée à l'Assuré ou à son représentant légal.

7.5.3. Les indemnités d'assurance seront payées jusqu'au 15 de chaque mois, pour le mois précédent, sous réserve de l'attestation des reçus et factures objet de la compensation par l'Assureur et sous réserve des termes de l'article 9.3 ci-après.

8. Délai d'attente

L'Assureur versera à l'Assuré les indemnités d'assurance auxquelles il a droit selon les conditions de la police à partir de la date à laquelle se termine le délai d'attente ; on ne comptera pas plus d'un seul délai d'attente sauf si plus de 12 mois sont passés depuis la date à laquelle le cas de sinistre à cesser d'exister ; en la matière, « délai d'attente » signifie le délai commençant à la date de survenance du cas de sinistre et se terminant 60 jours plus tard, et à condition que pendant toute la période le cas de sinistre existe pour l'Assuré.

9. Indemnités de soins de longue durée – Généralités

- 9.1. Un Assuré a droit aux indemnités d'assurance tant qu'existent à son sujet les conditions précisées à l'article 3 sous réserve des conditions de la police.
- 9.2. Nonobstant les termes de l'article 9.1, un Assuré aura le droit de recevoir les indemnités d'assurance pendant 60 mois à partir de la fin du délai d'attente selon l'article 8 (ci-avant et ci-après : « **Plafond de la période d'éligibilité** »), en vertu de la police pendant la période pendant laquelle est survenu le cas de sinistre et sous réserve des termes des articles 18.1.1 et 18.1.2, diminuée des périodes pendant lesquelles il a reçu des indemnités d'assurance en vertu de la police de soins de longue durée des adhérents de la caisse-maladie.
- 9.3. Les indemnités de soins de longue durée de l'Assuré seront payées à l'Assuré dans les 30 jours qui suivront la date où l'Assureur aura reçu l'information et les documents nécessaires à l'examen de sa responsabilité financière.
- 9.4. Les indemnités de soins de longue durée selon cette police sont accordées en plus et indépendamment de toutes autres indemnités de soins de longue durée ou de services de soins de longue durée accordés ou qui seront accordés à l'Assuré par une autre entité y compris l'État en vertu d'un cas de sinistre, y compris en vertu de la Loi sur la Sécurité Sociale (version intégrale) de 1995 et ceci sauf dans le cas d'indemnités d'assurance accordées à un Assuré de séjour dans un établissement, et dans ce cas les dispositions de l'article 7.5.1 ci-dessus seront applicables.
- 9.5. Dans tout cas d'éligibilité de l'Assuré aux indemnités de soins de longue durée en vertu d'une partie d'un mois, le Plafond des indemnités de soins de longue durée sera proportionnel à cette partie du mois.
- 9.6. Il ne sera pas possible de cumuler de droits à des indemnités de soins de longue durée pour compensation d'un séjour en établissement selon l'article 7 qui n'auront pas été exercés au cours d'un mois particulier par l'Assuré, jusqu'au Plafond des indemnités de soins de longue durée, aux fins d'augmenter les indemnités de soins de longue durée de l'Assuré au cours d'un autre mois. Les termes du présent article s'appliqueront également aux parties de mois, *mutatis mutandis*.

- 9.7. Les périodes pendant lesquelles l'Assuré aura reçu des indemnités de soins de longue durée selon cette police ou selon une assurance de soins de longue durée pour les membres d'une caisse-maladie, y compris toute Précédente police et y compris le Fonds de soins de longue durée, sont des périodes cumulatives, et de toute façon elles ne seront pas supérieures cumulativement au Plafond de la période d'éligibilité aux indemnités de soins de longue durée.
- 9.8. Si l'Assuré avait droit à des indemnités de soins de longue durée selon cette police et qu'un tuteur lui avait été désigné par le tribunal, l'Assureur versera les indemnités d'assurance au tuteur ainsi désigné.
- 9.9. Le droit aux indemnités de soins de longue durée sera interrompu à la date où le cas de sinistre aura cessé d'exister ou une fois arrivé au Plafond de la période d'éligibilité aux indemnités de soins de longue durée ou au décès de l'Assuré, selon la première des dates. Si l'Assuré décédait pendant la période d'éligibilité, les indemnités seront versées à sa succession comme prescrit à l'article 9.10 ci-après.
- 9.10. **Décès de l'Assuré** – si l'Assuré décédait pendant qu'il avait droit aux indemnités de soins de longue durée, et tant que n'aura pas été atteint le Plafond d'éligibilité aux indemnités de soins de longue durée, sa succession en informera l'Assureur. Si l'Assuré était décédé, l'intégralité des indemnités de soins de longue durée sera payée pour le mois de son décès.
- 9.11. **Exemption du paiement des primes d'assurance** – Un Assuré ayant droit aux indemnités d'assurance selon les conditions de la police sera exempté du paiement des primes d'assurance pour la période pour laquelle il a droit aux indemnités d'assurance. Il est convenu que l'Assureur sera tenu d'informer l'Assuré ou son représentant, dès le début du paiement des indemnités de soins de longue durée, de son exemption du paiement des primes d'assurance, et il en informera également le titulaire de la police. Précisons que pendant le délai d'attente également l'Assuré devra payer les primes d'assurance.

Pour éviter le doute, si l'Assureur cessait de payer pour l'Assuré des indemnités de soins de longue durée avant que ne soit atteint le Plafond de la période d'éligibilité aux indemnités de soins de longue durée, l'obligation de l'Assuré de payer les primes d'assurance sera renouvelée à partir de la date à laquelle son droit aux indemnités d'assurance aura pris fin. L'Assureur sera tenu de d'informer de la reprise des paiements des primes d'assurance à la fois l'Assuré et/ou son représentant et le titulaire de la police.

- 9.12. **Nullité de la police à la fin de la période d'éligibilité aux indemnités de soins de longue durée** – une fois atteint l'intégralité du Plafond d'éligibilité aux indemnités de soins de longue durée, la police sera résiliée pour l'Assuré, qui n'aura droit à aucun/e autre somme ou service selon cette police.

10. Exceptions à la responsabilité de l'Assureur

La présente police ne comprend pas de couverture pour les cas suivants :

- 10.1. **Cas de sinistre survenu du fait du service de l'Assuré dans les rangs d'un organisme de sécurité ou de police, ou du fait de la participation active de l'Assuré à une activité militaire, policière, de guerre ou d'hostilités ;**
- 10.2. **Cas de sinistre survenu du fait d'une fission nucléaire, d'une fusion nucléaire ou de pollution radioactive ;**
- 10.3. **Cas de sinistre survenu du fait de l'usage de stupéfiants ou de dépendance à la drogue, sauf l'usage de drogues sur prescription d'un médecin, mais pas à des fins de désintoxication ;**
- 10.4. **Cas de sinistre survenu du fait d'un état de santé antérieur, sous réserve des dispositions du Règlement de contrôle des assurances (conditions des contrats d'assurance) (dispositions en matière d'état de santé antérieur) de 2004 ; concernant ce paragraphe, l'Assuré a le droit d'être considéré comme un assuré selon un contrat remplacé auprès du même Assureur ou d'un autre assureur conformément à l'article 6(a)(2) dudit Règlement ; en la matière :**
 - 10.4.1. **« État de santé antérieur » signifie – un ensemble de circonstances médicales diagnostiquées chez l'Assuré avant la date de son adhésion à l'assurance, y compris du fait d'une maladie ou d'un accident ; en la matière, « diagnostiquées chez l'Assuré » signifie – par voie de diagnostic médical documenté, ou par voie de procédure de diagnostic médical documenté qui a eu lieu au cours des 6 mois ayant précédé la date de son adhésion à l'assurance.**
 - 10.4.2. **Validité de la réserve du fait d'un état de santé antérieur – cette réserve, concernant un Assuré qui à la date de début de la période d'assurance était âgé de moins de 65 ans, sera valable pendant un an à partir du début de la période d'assurance. Concernant un Assuré qui à la date de début de la période d'assurance était âgé de 65 ans ou plus, la réserve sera valable pendant six mois à partir de la date de début de la période d'assurance.**
 - 10.4.3. **Validité de la réserve du fait d'un état de santé antérieur d'un Assuré particulier – nonobstant ce qui précède, la réserve quant à l'obligation de l'Assureur ou quant à l'ampleur de la couverture du fait d'un état de santé particulier indiqué pour un Assuré particulier, découlant d'une souscription médicale effectuée pour l'Assuré, sera valable pendant la période indiquée dans la liste d'assurance au côté de cet état de santé particulier.**

- 10.4.4. **Inapplicabilité de la réserve** – cette réserve ne sera pas valable si l'Assuré avait avisé l'Assureur de son état de santé antérieur, et que l'Assureur n'avait pas émis de réserve expresse quant à l'état de santé particulier mentionné dans l'avis de l'Assuré.
- 10.5. Cas de sinistre survenu avant le début de la période d'assurance ou après la fin de la période d'assurance, sous réserve des termes des articles 18.1.1 et 18.1.2.
- 10.6. Cas de sinistre survenu pour la première fois au cours des 36 premiers mois de la vie de l'Assuré ;
- 10.7. Cas de sinistre survenu du fait d'un accident de la route, tel que défini dans la Loi sur les indemnités versées aux victimes des accidents de la route de 1975 ou d'un accident du travail dans le sens de la Loi sur la Sécurité Sociale (version intégrale) de 1995 reconnu par l'Institut de la Sécurité Sociale.

11. Réclamation d'assurance

- 11.1. L'Assuré avisera l'Assureur de la survenance du cas de sinistre au plus tôt après la date de survenance du cas de sinistre.
- 11.2. L'obligation et le droit de faire une réclamation et de la fonder s'applique à l'Assuré ou à son représentant, et à eux seuls. Par les présentes, il est précisé que le titulaire de la police ne peut déposer et ne déposera pas de réclamation auprès de l'Assureur en vertu de cette police, de sa propre initiative ou au nom de l'Assuré.
- 11.3. L'Assuré remettra à l'Assureur tous les documents que l'Assureur exigera, destinés à examiner sa responsabilité financière selon la police, et signera une renonciation au secret médical qui permettra à l'Assureur d'obtenir des informations médicales et des informations sur l'état de fonctionnement de l'Assuré. L'Assureur pourra mener à son compte et de manière raisonnable et pendant un délai raisonnable comme convenu entre lui et le titulaire de la police, toute opération, et soumettre l'Assuré à un contrôle fonctionnel et/ou médical effectué par un médecin de sa part ou un prestataire de services de santé de sa part, à sa discrétion exclusive. Ces obligations sont imposées à l'Assuré à la fois avant l'approbation de sa réclamation et pendant toute la période où il aura droit aux indemnités de soins de longue durée.
- 11.4. Un Assuré qui ne recevra pas de réponse à une réclamation qu'il aura déposée et/ou que son représentant aura déposée, après avoir fourni à l'Assureur tous les documents médicaux et/ou autres exigés par l'Assureur, et après avoir consenti à se soumettre à un contrôle fonctionnel ou un autre contrôle médical si on le lui exigeait, ou un Assuré s'étant soumis à une évaluation fonctionnelle

mais n'ayant pas eu réponse à sa réclamation, sera considéré comme un Assuré dont l'éligibilité a été reconnue selon les conditions de la police et de la couverture par laquelle il est assuré. Le tout si 60 jours sont passés depuis le dépôt de la réclamation entre les mains de l'Assureur ou si 45 jours sont passés après la réalisation du contrôle fonctionnel par l'Assureur.

- 11.5. L'évaluation fonctionnelle de l'Assuré sera effectuée par l'Assureur ou par quiconque de sa part sur coordination avec l'Assuré ou son représentant.
- 11.6. En cas d'amélioration de l'état de santé de l'Assuré et de sa sortie d'un état lui donnant droit aux indemnités, l'Assuré sera tenu d'en informer l'Assureur de manière immédiate.
- 11.7. En cas de décès de l'Assuré, et si aucune autre personne n'avait été désignée de sa part pour recevoir les indemnités de soins de longue durée selon la police, l'Assureur versera à la succession de l'Assuré le solde des indemnités de soins de longue durée qui devaient être payées à l'Assuré pendant sa période d'éligibilité, et qui n'auraient pas été payées avant la date de son décès.
- 11.8. Si des indemnités de soins de longue durée avaient été payées à l'Assuré et/ou à sa succession pour une période au cours de laquelle il n'y avait pas droit, en raison d'une amélioration de son état de santé et/ou de son décès, l'Assureur pourra en recevoir le remboursement. Ces sommes seront remboursées à l'Assureur étant indexées à l'indice, sans intérêts.

12. Commissions d'appel

- 12.1. Si la réclamation d'indemnités de soins de longue durée de l'Assuré était entièrement ou partiellement refusée, pour des motifs médicaux et/ou autres, l'Assureur lui remettra un avis motivé à ce sujet, attirant son attention sur son droit à faire appel auprès d'une Commission d'appel, et ceci, dans les 60 jours qui suivront la date de l'avis.
- 12.2. L'Assuré pourra déposer auprès de la Commission d'appel des documents et des expertises médicales et fonctionnelles comme il lui semblera bon ou comme la Commission lui demandera. En outre, la Commission permettra à l'Assuré et/ou à son avocat de comparaître devant celle-ci.
- 12.3. L'Assureur remettra à la Commission tous les éléments concernant la réclamation dont il dispose, qu'ils lui aient été remis par l'Assuré ou qu'ils lui soient parvenus autrement que par l'entremise de l'Assuré.
- 12.4. La Commission d'appel sera habilitée à débattre de la réclamation, à l'accepter ou à la rejeter conformément aux conditions de la police.
- 12.5. Les décisions de la Commission d'appel seront prises à la majorité des voix. En cas de ballottage le directeur de la Division des assurances à Maccabi ou

la personne désignée par le directeur général de Maccabi pourra trancher, et sa décision sera définitive et sans appel, et engagera l'Assureur.

- 12.6. La décision de la Commission engagera l'Assureur et sera en toute matière considérée comme étant une décision de l'Assureur.
- 12.7. L'absence de décision de la Commission d'appel ou sa sollicitation ne feront pas préjudice aux droits de l'Assuré de saisir les instances judiciaires pour débattre de son éligibilité selon la police.
- 12.8. À ce sujet, « **Commission d'appel** » signifie – une commission composée de trois représentants du titulaire de la police et de trois représentants de l'Assureur, quatre d'entre eux – à savoir deux représentants de chaque partie – constituant le quorum légal, et les modalités de fonctionnement de cette Commission seront organisées selon un accord entre le titulaire de la police et l'Assureur. Il est précisé qu'au moins un des représentants à la Commission d'appel devra être un médecin et un autre devra être juriste.

Commissions d'appel en matière d'adhésion à l'assurance

- 12.9. Si la demande d'adhésion d'un candidat à l'assurance était rejetée, il pourra pendant 60 jours saisir la Commission d'appel et faire appel contre ce refus.
- 12.10. La Commission d'appel sera composée d'un représentant du titulaire de la police et d'un représentant de l'Assureur. Le candidat à l'assurance présentera à la Commission tous ses motifs, médicaux et autres, et, dans ce cadre, il pourra présenter des expertises écrites de la part de ses médecins.
- 12.11. Si les membres de la cette Commission d'appel ne pouvait convenir d'une décision, ils pourront joindre à eux un médecin convenu d'eux deux dans le domaine de spécialisation pertinent, et sa décision engagera la Commission.

13. Indexation

- 13.1. Aux montants des indemnités d'assurance mensuelles indiqués à l'article 7 s'ajouteront des écarts d'indexation dans le sens de la Loi sur la détermination des intérêts, à partir de l'indice connu la veille de la date de début de la police.
- 13.2. Aux primes mensuelles seront ajoutées des écarts d'indexation dans le sens de la Loi sur la détermination des intérêts, depuis l'indice le 01.07.2017.

14. Primes d'assurance et leurs modalités de paiement

- 14.1. Les primes d'assurance de chaque Assuré sont selon le détail du tableau des primes d'assurance annexé à cette police, et elles évoluent pendant la période

d'assurance en fonction du groupe d'âge auquel l'Assuré appartient. Les primes d'assurance seront calculées selon l'âge de l'Assuré à la date de leur paiement.

- 14.2. L'Assuré paiera les primes d'assurance une fois par mois selon l'usage auprès du titulaire de l'assurance, par prélèvement automatique de son compte ou par tout autre moyen opéré par le titulaire de la police pour ses adhérents.
- 14.3. Le paiement des primes d'assurance à l'Assureur sera effectué de manière centralisée par le titulaire de la police ou par quiconque de sa part pour tous les Assurés.
- 14.4. Si l'Assuré n'avait pas payé au titulaire de la police ses primes d'assurance ou une partie de celles-ci, le titulaire de la police remettra à l'Assureur les coordonnées de l'Assuré aux fins de collecte ou de résiliation de la police en rapport avec l'Assuré qui n'aura pas payé ses primes d'assurance. L'Assureur communiquera par le biais du titulaire de la police, dans les 180 premiers jours depuis que l'Assuré a cessé de payer ses primes d'assurance, deux lettres d'avertissement à l'Assuré, aux dates convenues entre le titulaire de la police et l'Assureur.
- 14.5. Dans ces lettres l'Assureur ou le titulaire de la police avertiront l'Assuré du non-paiement des primes d'assurance et de la signification de leur non-paiement, susceptibles de faire préjudice aux droits de l'Assuré selon la police.
- 14.6. Les avertissements indiqués aux articles 14.4 et 14.5 ayant été envoyés et l'Assuré n'ayant toujours pas payé ses primes d'assurance en retard, l'Assureur enverra un avis supplémentaire à l'Assuré relativement à la résiliation de la police. Une fois ces avis envoyés, l'assurance selon la police sera résiliée par l'Assureur, sous réserve de la Loi sur les contrats d'assurance de 1981.

Il est précisé que tant que ledit délai de 180 jours n'est pas écoulé et tant que la police n'a pas été résiliée, la police continuera à être valable malgré le retard de paiement des primes d'assurance.

- 14.7. Dépôt de fonds avant de recevoir une offre d'assurance :
 - 14.7.1. Si des fonds avaient été versés à l'Assureur sur le compte des primes d'assurance avant que l'Assureur ait consenti à assurer le candidat à l'assurance, ce paiement ne sera pas considéré comme valant le consentement de l'Assureur à assurer le candidat.
 - 14.7.2. Le refus de l'offre d'assurance ou la sollicitation pour compléments d'information aura lieu au plus tard dans les 3 mois qui suivront l'obtention des fonds sur le compte des primes d'assurance, ou, si l'Assureur s'est adressé au candidat à l'assurance, selon le cas, pour demander des compléments d'information, dans les 6 mois qui suivront l'obtention des fonds sur le compte des primes d'assurance.

14.7.3. Si l'Assureur n'avait pas rejeté l'offre d'assurance, ou s'était adressé à l'Assuré pour complément d'informations et n'avait pas avisé le candidat à l'assurance de son admission à l'assurance dans le délai prévu, le candidat sera considéré comme ayant été admis à l'assurance dans les conditions ordinaires.

14.7.4. Si le cas de sinistre survenait dans ledit délai, avant que n'ait été reçu l'avis d'admission du candidat à l'assurance, le candidat à l'assurance aura droit à des indemnités d'assurance si selon les dispositions de souscription médicale de cette police concernant des assurés aux caractéristiques similaires au cas pertinent, l'Assureur aurait avisé l'Assuré de son admission à la police si le cas de sinistre n'était pas survenu.

15. Valeurs de règlement et d'acquittement et fonds des assurés

15.1. Au profit de l'Assuré selon la police ne seront pas cumulés de surplus aux fins de l'obtention de valeurs de règlement ou d'acquittement.

15.2. Nonobstant les termes de l'article 15.1, les primes d'assurance payées pour tous les assurés selon l'assurance groupée de soins de longue durée des adhérents d'une caisse-maladie particulière, serviront comme couverture aux engagements à long terme en faveur des assurés, avec les déductions et additions conformément aux instructions du Contrôleur des Assurances.

16. Option d'acquisition des polices individuelles de soins de longue durée et conditions de continuité

16.1. Chaque Assuré pourra acquérir de l'Assureur, des polices individuelles de soins de longue durée (« **Polices individuelles** ») pour toute la vie de l'Assuré, en plus de l'indemnité de soins de longue durée selon cette police.

16.2. L'Assuré aura la possibilité d'acquérir des polices individuelles de deux types :

16.2.1. Police individuelle à vie, accordant une indemnité dans un cas de sinistre.

16.2.2. Police individuelle prorogeant la période de paiements des indemnités d'assurance au-delà de la période d'éligibilité à l'indemnité de soins de longue durée selon la police (après avoir épuisé ses droits selon cette police pendant 60 mois). La période d'éligibilité selon cette police individuelle sera pour toute la vie de l'Assuré.

16.3. Un Assuré selon cette police souhaitant acquérir une police individuelle remplira le formulaire d'adhésion comprenant une déclaration de santé et se soumettra à la souscription médicale de l'Assureur selon la formule usuelle de l'Assureur pour les polices de ce type.

- 16.4. Les conditions d'assurance selon la police individuelle seront conformes à la formule des polices individuelles usuelles de l'Assureur au moment de l'acquisition.
- 16.5. Les primes d'assurance perçues par l'Assureur de l'Assuré selon les polices individuelles bénéficieront d'une réduction de 20% au moins par rapport aux primes d'assurance les plus basses qui sont approuvées par le Contrôleur des assurances et qui seront d'usage auprès de l'Assureur à ce moment-là pour des polices individuelles parallèles au programme choisi par l'Assuré, pour un assuré du même âge et d'un état de santé similaire. Cette réduction sera valable pendant toute la vie de l'Assuré.
- 16.6. Les primes d'assurance en vertu de l'élargissement des indemnités d'assurance selon cette police à vie seront déterminées entre l'Assureur et le titulaire de la police. L'Assureur s'engage également à faire approuver la police individuelle élargie auprès du Contrôleur des assurances.
- 16.7. Un Assuré ayant adhéré à l'assurance après la date d'effet et souhaitant acquérir la police individuelle, remplira le formulaire d'adhésion et devra faire une déclaration de santé et se soumettre à une souscription médicale selon la formule usuelle de l'Assureur pour ce type de polices. S'il s'agit d'un Assuré âgé de plus de 65 ans, l'Assureur pourra exiger qu'il se soumette à un examen réalisé par un médecin de sa part. Pour éviter le doute, ce qui précède s'appliquera également à une personne qui était assurée selon la Précédent police et qui est passée en continuité à la présente police si elle souhaitait acquérir lesdites polices individuelles.
- 16.8. L'Assuré paiera les primes d'assurance des polices individuelle directement à l'Assureur sans intervention du titulaire de la police.
- 16.9. Les conditions de la Police de continuité indiquées à l'article 6 ci-dessus seront comme suit : l'Assuré passant à la Police de continuité bénéficiera d'une réduction d'au moins 20% par rapport aux primes d'assurance usuelles de l'Assureur à la date de début de la période d'assurance selon la Police de continuité pour tous ses assurés selon une police similaire. Cette réduction sera valable pendant toute la période d'assurance selon la Police de continuité.

17. Prescription

Le délai de prescription d'une réclamation de paiement d'indemnités d'assurance selon cette police est de trois ans à partir de la survenance du cas de sinistre.

18. Dispositions transitionnelles

- 18.1. Les dispositions suivantes s'appliqueront au regard de l'Assuré en transit :
- 18.1.1. L'Assureur pendant la période de l'assurance de soins de longue durée des adhérents d'une précédente caisse-maladie, assumera le paiement des primes d'assurance de l'Assuré en transit, si les conditions suivantes sont réunies :
- 18.1.1.1. Le cas de sinistre est survenu à l'Assuré pendant la période de la Précédente assurance et lui a donné droit au paiement d'indemnités d'assurance ;
- 18.1.1.2. L'Assuré a déposé une réclamation additionnelle de paiement d'indemnités d'assurance au cours d'un délai de pas plus de 12 mois depuis que l'Assuré a cessé d'être dans l'état lui donnant droit à ces indemnités selon l'article 18.1.1.1 ci-dessus.
- 18.1.2. Le précédent assureur a assumé le paiement des indemnités d'assurance selon l'article 18.1.1 –
- 18.1.2.1. Le précédent assureur pourra déduire des indemnités d'assurance qu'il a payées les primes d'assurance pour la période pendant laquelle ces primes d'assurance n'ont pas été payées à l'assureur ;
- 18.1.2.2. Le nouvel assureur restituera à l'Assuré les primes d'assurance payées pour la période allant jusqu'à la survenance du cas de sinistre.
- 18.1.3. Un Assuré pour lequel existe un cas de sinistre la veille de son départ de la précédente caisse-maladie, pourra adhérer à cette police, en conservant la continuité d'assurance sans réexamen de son état de santé, et ceci, dans les 90 jours qui suivront la date à laquelle le cas de sinistre a cessé d'exister à son égard, à condition que cet Assuré n'ait pas encore exercé l'intégralité de ses droits à l'obtention d'indemnités d'assurance selon la police de soins de longue durée des adhérents de la caisse-maladie ; la période des indemnités d'assurance auxquelles aura droit l'Assuré selon cette police sera déduite des périodes pendant lesquelles il aura reçu des indemnités d'assurance selon la police de soins de longue durée des adhérents de la caisse-maladie.
- 18.1.4. Si l'Assureur prouvait que le cas de sinistre survenu à un Assuré en transit pour la première fois avant le début de l'assurance, et qu'il a continué à exister de manière continue jusqu'à son adhésion à la présente police, il n'aura pas droit à une quelconque couverture d'assurance, et l'assurance sera résiliée pour lui à partir de la date d'adhésion à la présente police et les primes d'assurance perçues lui seront remboursées.
- 18.2. Les dispositions transitionnelles concernant les convalescents du Fonds de soins de longue durée et de la Précédente police :
- 18.2.1. Toute personne définie comme nécessitant des soins de longue durée selon le règlement du Fonds de soins de longue durée (ci-après dans le présent article : « **Personne nécessitant des soins de longue durée** ») ou ayant droit à des indemnités de soins de longue durée selon la précédente police (ci-

après dans cet article : « **Assuré de soins de longue durée** ») à la date d'effet, continuera à recevoir des prestations de soins de longue durée selon le règlement du Fonds, et ceci, qu'il reçoive des indemnités de soins de longue durée et/ou qu'il en ait reçues ou non, ou des indemnités de soins selon la précédente police, selon le cas. Précisons qu'un tel Assuré n'aura pas droit à l'assurance ni aux indemnités d'assurance selon la présente police. Nonobstant ce qui précède, si l'Assuré a cessé d'être une Personne nécessitant des soins de longue durée selon règlement du Fonds ou un Assuré de soins de longue durée selon la Précédente police en raison d'une amélioration de son état de santé, il est convenu qu'un tel Assuré deviendra un Assuré selon cette police à partir de la date à laquelle il aura cessé de répondre à la définition de Personne nécessitant des soins de longue durée ou un assuré de soins de longue durée, selon le cas, du fait d'une amélioration de son état de santé, et, à partir de cette date il paiera à l'Assurance des primes d'assurance comme prescrit dans cette police, et le tout à condition qu'après l'amélioration de son état fonctionnel, l'Assuré ne réponde pas à la définition d'un cas de sinistre. Si à l'avenir un cas de sinistre tel que défini dans cette police survenant pour l'Assuré, il aura droit à des indemnités de soins de longue durée selon cette police pendant le reste de la période d'éligibilité aux indemnités d'assurance, dont pendant le Plafond de la période d'éligibilité aux indemnités de soins de longue durée diminué du nombre de mois pendant lesquels il avait droit aux indemnités selon le règlement du Fonds de soins de longue durée ou selon la Précédente police, selon le cas.

- 18.3. Si l'Assureur a prouvé que le cas de sinistre est survenu la première fois avant le 01.07.2017, l'éligibilité de l'Assuré sera déterminée selon les conditions de la police qui étaient en vigueur à cette date.
- 18.4. Concernant un Assuré éligible - si l'Assureur a prouvé que le cas de sinistre est survenu la première fois avant la date de début d'assurance, et s'est poursuivi pour celui-ci de manière continue jusqu'à son adhésion à la présente police, il n'aura droit à aucune couverture d'assurance, son assurance sera résiliée à partir de sa date d'adhésion à cette police et les primes d'assurance qu'il aura payées lui seront remboursées.

19. Impôts et taxes

L'Assuré est redevable du paiement de toutes les taxes gouvernementales et autres applicables à cette police ou imposées aux primes d'assurance et aux indemnités d'assurance et à tous les autres paiements que l'Assureur est tenu de payer selon la présente police, que ces taxes existent à la date d'entrée en vigueur de la police ou

qu'elles aient été imposées à une date ultérieure. Il est précisé que les primes d'assurance à la date d'effet comprennent l'intégralité des taxes et impôts applicables à ce moment-là.

20. Conditions selon le règlement sur le Contrôle des services financiers (assurance) (assurance santé groupée) de 2009

20.1. Le titulaire de la police déclare et s'engage qu'en sa qualité de titulaire de la police il agit avec diligence en faveur des assurés uniquement et ne bénéficie ni ne bénéficiera d'aucun avantage en tant que titulaire de la police ;

20.2. L'Assuré a l'obligation selon les conditions de la police groupée de soins de longue durée, de payer, au début de la période d'assurance, les primes d'assurance, ou une partie d'entre elles, y compris si leur collecte n'a lieu qu'après cette date ; l'Assureur ne l'admettra pas à cette assurance, sauf sur son consentement exprès d'avance, qui a été documenté, et si l'Assuré est l'enfant ou le conjoint d'un membre du groupe d'assurés – l'Assureur pourra l'admettre après que ce membre ait donné son consentement à l'adhésion de son enfant ou de son conjoint.

20.3. L'article 20.2 ne s'appliquera pas à une police groupée de soins de longue durée qui sera renouvelée pour une période supplémentaire auprès du même Assureur ou auprès d'un autre assureur, si les conditions suivantes sont réunies :

- (1) La police groupée était valable pour le groupe d'assurés au moins trois ans avant la date de son renouvellement ;
- (2) Le renouvellement de la police groupée a été fait, selon les mêmes conditions ou selon d'autres conditions, en préservant la continuité d'assurance de la couverture qui était valable jusqu'à la date de renouvellement, et qui était compris dans la police groupée après cette date ; en la matière, « préservation de la continuité d'assurance » signifie – préservation de la continuité sans réexamen de l'état de santé antérieur et sans délai d'éligibilité.

20.4. L'Assureur remettra au début de la période d'assurance, à chaque individu d'un groupe d'assurés, à sa première adhésion ou à la date de renouvellement pour une période supplémentaire, la copie de la police, un formulaire de divulgation propre selon les instructions du Contrôleur, un feuillet de détails d'assurance et d'autres documents dont le Contrôleur l'instruira ;

20.5. Nonobstant les termes de l'article 20.4 ci-dessus, si l'assurance groupée était renouvelée d'une période supplémentaire auprès du même Assureur ou si l'assurance était prorogée d'une période de pas plus de trois mois, pendant laquelle le titulaire de la police et l'Assureur négocient le renouvellement de l'assurance d'une période supplémentaire, sans modifier les primes d'assurance et les autres conditions de la couverture d'assurance, l'Assureur remettra à

- chacun des individus du groupe d'assurés un avis sur le renouvellement de l'assurance uniquement, et indiquera –
- 20.5.1. Que la période d'assurance a été prorogée sans modification des conditions de la couverture d'assurance.
- 20.5.2. La possibilité pour l'Assuré d'obtenir la copie des documents de la police.
- 20.5.3. La possibilité pour l'Assuré de consulter les documents de la police avec des détails sur le lieu où la chose est possible.
- 20.6. Si l'Assuré avait l'obligation de payer des primes d'assurance ou une partie d'entre elles, l'Assureur enverra à l'Assuré, à sa demande, la copie du contrat entre l'Assureur et le titulaire de la police, dans les 30 jours qui suivront la date à laquelle la demande de l'Assuré a été reçue.
- 20.7. En cas de changements dans les primes d'assurance ou dans les conditions de la couverture d'assurance, à la date de renouvellement de l'assurance santé groupée ou pendant la période d'assurance (dans ce petit article – date de début de la modification), l'Assureur remettra à chaque individu du groupe d'Assurés qui était assuré selon cette assurance la veille de la date de début de la modification, jusqu'à 60 jours avant la date de début de la modification, un avis par écrit comprenant les détails de cette modification.
- 20.8. Si la police renouvelée, pour le groupe d'assurés auprès d'un autre assureur, qui n'assurait pas le groupe la veille du renouvellement - l'Assureur remettra à chaque individu du groupe d'assurés un avis par écrit quant à ce renouvellement, au plus 30 jours après la date de renouvellement de l'assurance.
- 20.9. Si l'affinité entre l'Assuré et le titulaire de la police prenait fin, l'Assureur remettra à chaque individu du groupe d'assurés, dans les 30 jours qui suivront la date à laquelle il aura pris connaissance de l'interruption de l'affinité, ou, au plus tard dans les 90 jours qui suivront l'interruption de l'affinité, un avis par écrit sur la fin de l'assurance, comprenant le détail des droits de l'Assuré selon la police groupée.
- 20.10. S'il incombait à l'Assuré à la date d'adhésion à l'assurance groupée de soins de longue durée, le devoir de payer des primes d'assurance, dont la collecte selon les conditions de la police commencera après ledit avis, l'Assureur remettra à la personne payant les primes d'assurance qui n'est pas le titulaire de la police, un avis par écrit quant à la date à laquelle la collecte des primes d'assurance commencera ; cet avis sera remis à la personne payant les primes d'assurance au cours des trois mois précédant la date de la dite collecte.
- 20.11. Si l'assurance avait été renouvelée ou si ses conditions avaient été modifiées pendant la période d'assurance sans que le consentement exprès de l'Assuré ne soit nécessaire comme indiqué aux articles 20.2 et 20.3, et que l'Assuré ait avisé l'Assureur ou le titulaire de la police, au cours des 60 jours suivant la date de renouvellement de l'assurance ou la date de la modification,

selon le cas, de la résiliation de l'assurance pour cet Assuré, l'assurance sera résiliée pour celui-ci à partir de la date de renouvellement de l'assurance ou de la date de la modification, selon le cas, à condition que n'ait été déposée aucune réclamation d'exercice de droits selon la police en raison d'un cas de sinistre survenu pendant ces 60 jours.

- 20.12. La police groupée d'assurance de soins de longue durée ne viendra pas à expiration pour un Assuré avant la fin de la période d'assurance, et toutes les couvertures d'assurance selon celle-ci seront applicables jusqu'au terme de la période d'assurance, si l'Assureur avait reçu les primes d'assurance pour l'Assuré du fait de ces couvertures.
- 20.13. L'Assureur sera responsable, seul, envers les Assurés, de l'intégralité du montant des indemnités d'assurance jusqu'à hauteur du plafond fixé dans la police groupée, même si l'Assuré avait droit à la couverture des frais payés pour le cas de sinistre même selon une autre police de soins de longue durée, auprès du même Assureur ou auprès d'un autre assureur.
- 20.14. Dans les polices dont les indemnités d'assurance selon celles-ci sont payées selon le taux des dommages causés, les assureurs assumeront les charges entre eux, selon la proportion entre les plafonds d'indemnités d'assurance concernant le cas de sinistre tels qu'ils sont prévus dans les polices d'assurance.

21. Généralités

- 21.1. Cette police est subordonnée au règlement de contrôle des services financiers (assurances) (assurance groupée de soins de longue durée des adhérents de la caisse-maladie) de 2017 (ci-avant et ci-après : « **le Règlement** »).
- 21.2. Si le Règlement venait à changer pendant la période d'assurance, les conditions de la police changeront en conséquence, et l'Assureur pourra modifier les primes d'assurance selon le contrat entre Maccabi et l'Assureur ou résilier la police, et le tout sous réserve de l'approbation du Contrôleur des assurances.
- 21.3. Il est précisé que selon le contrat entre le titulaire de la police et l'Assureur, au cas où le Règlement changeait et que les conditions de la police changeaient en conséquence, il sera possible de modifier les primes d'assurance à condition qu'un actuaire commun aux deux parties détermine que ce changement, du taux demandé par l'Assureur, est nécessaire du fait du changement du Règlement.
- 21.4. Il est précisé que selon le contrat entre le titulaire de la police et l'Assureur, les fonds comme prévu à l'article 15.2 ci-dessus seront gérés par l'Assureur, conformément aux dispositions ou à l'approbation du Contrôleur des assurances.

21.5. Si un paiement selon cette police était effectué par virement bancaire, la date de réalisation du paiement sera la date à laquelle les fonds auront été effectivement virés à l'Assureur ou à l'Assuré.

21.6. Les adresses des parties aux fins de communication d'avis en rapport avec les dispositions de cette police sont :

Le titulaire : Maccabi Health Services, 27 rue Hamered, Tel-Aviv.

L'Assureur : Clal Insurance Co. Ltd., 36 rue Raoul Wallenberg, Tel-Aviv.

L'Assuré : la dernière adresse de l'Assuré, telle qu'elle figure chez le titulaire de la police. Tout avis envoyé selon les adresses susvisées sera considéré comme un avis parvenu à son destinataire dans les 72 heures qui suivront le dépôt de la lettre contenant l'avis dans un bureau de poste, se remise au destinataire étant prouvée pas son dépôt à la poste.

Tableau d'évolution des primes d'assurance

Âge	Du 01.07.17 au 31.12.17	Du 01.01.18 au 31.12.18
18-25	6,75	6,98
26-29	7,26	7,98
30-35	24,92	25,71
36-40	33,03	34,42
41-45	35,37	37,90
46-50	72,50	75,55
51-55	83,93	89,94
56-60	94,91	103,02
61-65	112,54	122,15
66-70	141,59	152,64
71-75	166,44	178,34
76-80	180,78	193,31
81 et +	190,31	202,10

*Les primes d'assurance sont actualisées au 01.07.2017 et sont indexées à l'indice déterminé dans les conditions de la police.

*Les primes d'assurance évoluent en fonction du groupe d'âge auquel l'assuré appartient.

**Primes d'assurance des polices « Maccabi Siudi »
pour la période de 15 ans commençant le 01.01.2019
Primes en NIS**

Âge	Du 1.1.19 au 31.12.19	Du 1.1.20 au 31.12.20	Du 1.1.21 au 31.12.21	Du 1.1.22 au 31.12.22	Du 1.1.23 au 31.12.23	Du 1.1.24 au 31.12.24	Du 1.1.25 au 31.12.25
18-25	7,19	7,41	7,62	7,83	8,05	8,27	8,49
26-29	8,70	9,41	10,14	10,86	11,58	12,30	13,01
30-35	26,51	27,31	28,10	28,90	29,70	30,49	31,29
36-40	35,81	37,21	38,60	39,99	41,38	42,77	44,16
41-45	40,43	42,96	45,49	48,01	50,54	53,07	55,60
46-50	78,61	81,67	84,72	87,78	90,83	93,89	96,94
51-55	95,93	101,93	107,94	113,94	119,93	125,94	131,94
56-60	111,13	119,25	127,36	135,48	143,59	151,71	159,82
61-65	131,78	141,39	151,02	160,64	170,26	179,89	189,51
66-70	163,70	174,76	185,82	196,88	207,92	218,98	230,04
71-75	190,24	202,14	214,04	225,94	237,83	249,74	261,63
76-80	205,85	218,39	230,93	243,47	256,01	268,55	281,09
81 et +	213,88	225,67	237,45	249,23	261,02	272,80	284,58

*Les primes d'assurance sont actualisées au 01.07.2017 et seront indexées à l'indice prévu par les conditions de la police.

**Les primes d'assurance évoluent en fonction du groupe d'âge auquel l'assuré appartient. Il est précisé que le tableau des primes est actualisé à la date de rédaction de la brochure et qu'il est susceptible d'évoluer.

**Primes d'assurance des polices « Maccabi Siudi »
pour la période de 15 ans commençant le 01.01.2019
Primes en NIS**

Âge	Du 1.1.26 au 31.12.26	Du 1.1.27 au 31.12.27	Du 1.1.28 au 31.12.28	Du 1.1.29 au 31.12.29	Du 1.1.30 au 31.12.30	Du 1.1.31 au 31.12.31
18-25	8,70	8,86	9,01	9,17	9,32	9,49
26-29	13,74	14,26	14,79	15,30	15,83	16,35
30-35	32,09	32,66	33,23	33,82	34,39	34,98
36-40	45,55	46,57	47,58	48,60	49,60	50,62
41-45	58,13	59,97	61,81	63,65	65,49	67,33
46-50	100,00	102,22	104,44	106,67	108,89	111,10
51-55	137,94	142,30	146,67	151,03	155,40	159,76
56-60	167,94	173,84	179,74	185,65	191,54	197,45
61-65	199,13	206,13	213,13	220,12	227,13	234,12
66-70	241,10	249,14	257,18	265,22	273,26	281,30
71-75	273,54	282,18	290,84	299,50	308,15	316,81
76-80	293,62	302,74	311,86	320,97	330,10	339,22
81 et +	296,37	304,94	313,50	322,07	330,65	339,22

*Les primes d'assurance sont actualisées au 01.07.2017 et seront indexées à l'indice prévu par les conditions de la police.

**Les primes d'assurance évoluent en fonction du groupe d'âge auquel l'assuré appartient. Il est précisé que le tableau des primes est actualisé à la date de rédaction de la brochure et qu'il est susceptible d'évoluer.

Questions et réponses

Qu'est-ce qu'une assurance de soins de longue durée ?

Une assurance de soins de longue durée est un programme d'assurance dans le cadre duquel l'assuré paie des primes d'assurance une fois par mois, selon son âge. Le paiement lui garantit que si par malheur il avait à l'avenir besoin de soins de longue durée étant incapable d'accomplir les gestes quotidiens, il aura droit à des indemnités d'assurance mensuelles de la compagnie d'assurance, selon les conditions de la police. Il est possible d'obtenir une indemnité mensuelle pour l'assuré résidant à domicile ou le remboursement des frais de séjour dans un établissement de soins de longue durée, selon les termes de la police.

Qu'est-ce que l'assurance de soins de longue durée accorde aux assurés de « Maccabi Siudi » ?

Le programme accorde à l'assuré nécessitant des soins de longue durée, tant qu'il en a besoin, des indemnités mensuelles de soins de longue durée pendant cinq ans (60 mois cumulés), le tout conformément aux conditions de la police. Le montant de l'éligibilité est déterminé en fonction de l'âge de première adhésion de l'assuré à l'assurance de soins de longue durée de la caisse-maladie, à partir de laquelle il était assuré de manière continue (à partir du 1^{er} janvier 2017 l'âge est préservé également au passage d'une caisse à l'autre), le tout selon le détail de l'article 7 de la police.

Quel patient de soins de longue durée a droit aux indemnités d'assurance selon la police ?

Un assuré qui ne peut effectuer par lui-même une partie essentielle (au moins 50% de l'opération) d'au moins 3 sur 6 des opérations suivantes :

Se lever et se coucher, s'habiller et se déshabiller, faire sa toilette, manger et boire, maîtriser la défécation et l'urination, mobilité ;

Ou un assuré dont l'état de santé et de fonctionnement est médiocre en raison d'un « épuisement mental » prescrit par un médecin spécialisé. Les définitions complètes se trouvent à l'article 3 de la police.

L'examen de l'état de l'assuré lors du dépôt d'une réclamation en vue de l'exercice de ses droits, est effectué, entre autres, par voie d'examen fonctionnel et/ou cognitif d'évaluation de son état ainsi que par la documentation médicale.

Quelle est la période d'assurance selon la police ?

La période d'assurance pour chaque assuré sera à partir du 1^{er} juillet 2017 ou à partir de la date d'adhésion de cet assuré à la police, selon la plus tardive, et jusqu'au 30 décembre 2018. Maccabi agira en vue de proroger l'assurance de soins de longue durée passé ce

délai, par l'entremise de la compagnie d'assurance qu'elle sélectionnera, et le tout sous réserve de l'approbation du Contrôleur des assurances et des dispositions législatives.

Qui peut être assuré par une assurance de soins de longue durée ?

Assuré existant :

Une personne qui était assurée selon la police « Maccabi Siudi » le 30 juin 2017 a été transférée à la nouvelle police avec continuité des droits sans souscription nécessaire.

Nouvel assuré :

Un adhérent de Maccabi ou toute personne qui était adhérent de Maccabi et qui l'a quitté en raison de sa mobilisation dans les rangs de l'armée, de tout âge, qui a adhéré à la police « Maccabi Siudi » à partir du 1^{er} juillet 2017 (après souscription), y compris les assurés qui passeront à Maccabi d'une autre caisse-maladie où ils étaient assurés selon une assurance de soins de longue durée, et qui à partir du 1^{er} juillet 2017 seront admis en continuité selon les conditions du Règlement.

Soldats du service obligatoire et soldats de carrière

À compter du 1^{er} juillet 2017, les soldats peuvent continuer à être assurés selon une assurance de soins de longue durée pour adhérent d'une caisse-maladie. La poursuite de l'adhésion est subordonnée à la poursuite du paiement des primes d'assurance.

Attention – Une personne dont l'adhésion à l'assurance de soins de longue durée a été interrompue à partir du 1^{er} juillet 2016 et jusqu'au 30 juin 2017, parce qu'elle a cessé d'être membre de la caisse (mais pas en raison du passage à une autre caisse-maladie), pourra adhérer à nouveau à la police dans les 120 jours qui suivront le 1^{er} juillet 2017, sans réexamen de l'état de santé antérieur – à condition qu'il n'existe pas à son égard un cas de sinistre à la date de sa demande d'adhésion. Passé ce délai, il pourra adhérer à la police sous réserve de remplir une déclaration de santé et d'une souscription médicale.

Pour de plus amples détails et pour adhérer, veuillez bien vous adresser au centre d'appel « Maccabi Siudi » de Clal Insurance, selon les détails qui suivent.

Qu'est-ce que le Fonds de soins de longue durée de Maccabi Magen ?

Jusqu'au 30 juin 2008 la couverture de soins de longue durée était accordée selon le règlement du Fonds de soins de longue durée – Maccabi Magen. Le 1^{er} juillet 2008 les adhérents de Maccabi Magen ont été transférés à la police « Maccabi Siudi », en continuité, sans qu'il ne soit nécessaire de remplir un formulaire d'adhésion et sans souscription médicale.

Le 1^{er} juillet 2008 sont restés dans le cadre du Fonds de soins de longue durée – Maccabi Magen que les membres « nécessitant des soins de longue durée » selon la définition du règlement du Fonds de soins de longue durée. Selon les conditions de la police, les convalescents du Fonds qui ne répondent plus à cet état de santé selon la définition du règlement du Fonds – sont transférés pour la poursuite de l'assurance selon la police

« Maccabi Siudi », sous réserve du paiement des primes exigées, moins les mois d'éligibilité dans le cadre du Fonds de soins de longue durée.

Ces jours-ci, l'exploitation du Fonds de soins de longue durée a été transférée à Clal Insurance Co.

Comment puis-je adhérer à l'assurance de soins de longue durée ?

Le formulaire de demande d'adhésion à l'assurance se trouve sur le site Internet de Clal Insurance : www.clal.co.il, sur le site de Maccabi Health Services : www.maccabisiudi.co.il ou en s'adressant directement au centre d'assistance de « Maccabi Siudi » de Clal Insurance Co. au tél. n° : 1-700-505-520.

Vous pouvez soumettre le formulaire rempli directement à Clal Insurance Co. par email : maccabisiudi@clal-ins.co.il, ou par fax au n° 077-6383171.

Vous pourrez remplir la déclaration de santé en appelant directement par téléphone la compagnie d'assurance au : 1-700-505-520.

Le montant des primes d'assurance et des indemnités mensuelles (en cas de paiement à l'assuré) demeurera-t-il fixe ?

Les primes d'assurance à payer pendant la période d'assurance de cette police changent lors du passage d'un groupe d'âge à l'autre et le 1^{er} janvier 2018, et elles sont indexées, le tout selon le détail des pages 25-27 de cette brochure.

Le plafond de l'indemnité de soins de longue durée est fixe pendant toute la période d'assurance. Les indemnités de soins de longue durée sont payées à l'assuré indexation comprise.

Quelle est la durée du délai d'attente de la police ?

Le délai d'attente en cas de survenance d'un cas de sinistre est de 60 jours à partir de la survenance du cas de sinistre et jusqu'à la date où les indemnités sont versées à l'assuré. Il est précisé que l'assuré n'aura pas droit aux indemnités de soins de longue durée pour le délai d'attente, comme précisé aux articles 2.11 et 8 de la police, et qu'il continue à payer des primes.

Dois-je décider de l'option que j'ai choisie pour obtenir les indemnités à la date de début d'assurance ou à une autre date ?

L'option d'exercice est déterminée selon le lieu de séjour de l'assuré – chez lui ou dans un établissement. Si l'assuré change de lieu de séjour pendant la période d'exercice – les modalités d'obtention de l'indemnité peuvent changer, sous réserve d'un avis à l'assureur.

Que doit faire l'assuré en cas de réclamation de soins de longue durée ?

Il convient de remplir le formulaire de réclamation et de le communiquer à l'adresse figurant sur le formulaire. Le formulaire de réclamation comprend des coordonnées personnelles et il convient d'y joindre les documents indiqués dans le texte du formulaire. Vous trouverez le formulaire de réclamation sur le site de Clal Insurance Co. : www.clal.co.il sur le site de Maccabi Siudi : www.maccabisiudi.co.il et en vous adressant au centre d'assistance par téléphone de Clal Insurance au : 1-700-505-520. Vous pourrez également déposer votre réclamation en ligne sur le site www.clal.co.il .

Puis-je résilier la police ?

Vous pouvez résilier la police et terminer la couverture à tout moment, par avis par écrit au centre d'assistance de « Maccabi Siudi » de Clal Insurance Co., dont les coordonnées figurent ci-dessous. La résiliation prendra effet à partir du 1^{er} du mois calendaire qui suivra le dépôt de la réclamation.

Où puis-je obtenir de plus amples renseignements sur l'assurance de soins de longue durée ?

Pour toute question sur le paiement des primes d'assurance, vous pouvez contacter le centre d'assistance téléphonique des adhérents de « Maccabi Health Services » au n° : *3555 ou 1-700-50-53-33.

Pour toute autre question concernant l'assurance de soins de longue durée (sauf les primes) vous pouvez contacter le centre d'assistance de « Maccabi Siudi » de Clal Insurance Co. au n° : 1-700-505-520, par fax au : 077-6383171, par la poste : P.O.B. 37190 Tel-Aviv 6137002 ou sur le site Internet : www.clal.co.il .

Tout ce qui précède est subordonné aux conditions intégrales de la police. En tout cas de contradiction les dispositions de la police prévaudront.

Maccabi Siudi

Renseignements, adhésions et dépôt de réclamations :

- **1-700-505-520**
- ***8494**
- **www.maccabisiudi.co.il**
- **www.clal.co.il**

Il est précisé que Maccabi n'est ni l'agent ni le représentant de l'assureur et que l'assureur est seul responsable du respect de ses engagements envers les assurés selon cette police.

Maccabi Siudi

**Assurance groupée de soins de longue durée
pour les adhérents de Maccabi Health Services
par l'entremise de Clal Insurance Co. Ltd.**

Par souci de clarté, en cas de contradiction entre la traduction et les termes du document original en hébreu, les termes du document original prévaudront.