

SAFE STAY +

Расширенный страховой полис для иностранного рабочего

При условии выплаты страховых взносов, как указано ниже, страховая компания возместит застрахованному лицу, иностранному работнику, расходы на медицинские услуги и/или расплатится непосредственно с поставщиками медицинских услуг и/или заплатит медицинскому учреждению, которое предоставило медицинское обслуживание застрахованному лицу в связи со страховым случаем, и/или выплатит компенсацию застрахованному лицу – в соответствии с определениями и положениями, изложенными в основной части Полиса, в Приложении и в Списке. Все вышесказанное действительно на протяжении периода действия страхования, в пределах ответственности страховой компании, на условиях, изложенных в настоящем полисе и с указанными в нем оговорками и исключениями.

Глава Алевф: определения и общие условия

1. Определения

1.1. **Страховой случай**

случай, при котором застрахованное лицо нуждается в медицинской помощи, включенной в настоящий полис, и при этом выполняются следующие условия: застрахованное лицо находится в этот момент в Израиле; данный случай произошел в период действия страхования; медицинская помощь в связи с данным случаем оказана в период действия страхования и/или не позднее чем в течение 90 дней по истечении периода действия страхования; при этом учтены все условия, оговорки и исключения, изложенные в настоящем полисе.

1.2. **Медицинская справка**

медицинская справка в соответствии с параграфом 1-Бэт Закона об иностранных рабочих, в соответствии с определением ниже и/или медицинская справка, свидетельствующая о том, что иностранный рабочий прошел медицинский осмотр/обследование в Израиле по требованию Страховой компании.

1.3. **Больница общего профиля**

медицинское учреждение в Израиле, признаваемое компетентными инстанциями в качестве больницы общего профиля и функционирующее исключительно в качестве больницы; в данное понятие не входят учреждения, являющиеся также санаторием и/или реабилитационным учреждением.

1.4. **Владелец полиса**

работодатель (будь то физическое лицо, юридическое лицо или корпорация), заключающий договор о страховании со Страховой компанией, заинтересованный застраховать иностранного рабочего в рамках настоящего Страхового полиса; имя и фамилия данного лица/название юридического лица указывается в Страховом полисе в графе «владелец полиса».

1.5. **Страховые взносы**

суммы, которые Владелец полиса выплачивает Страховой компании за страховое покрытие согласно настоящему Страховому полису и на его условиях.

1.6. **Страховая компания**

Страховая компания «Арэль ЛТД».

1.7. **Застрахованное лицо**

лицо, пребывающее в Израиле в качестве иностранного работника, работающего по найму у Владельца полиса или намеревающееся устроиться на работу в Израиле в качестве иностранного работника у Владельца полиса.

1.8. **Полис**

договор страхования между Страховой компанией, Владельцем полиса и Застрахованным лицом, работником Владельца полиса. В договор включены: Предложение по страхованию; Список; Приложения; данные – в т. ч. даты начала и окончания периода страхования, сумма страховых взносов, сроки внесения страховых взносов и проч.

1.9. **Предложение по страхованию**

форма предложения, установленная Страховой компанией, заполненная во всех деталях, в том числе декларация о состоянии здоровья, декларация о дате въезда в Израиль и отказ от конфиденциальности медицинской информации – за подписью Застрахованного лица и Владельца полиса (подпись должна быть во всех требуемых местах).

1.10. **Установленная плата**

плата, в том числе платежное обязательство или депозит, возлагаемая на застрахованное лицо и взимаемая за фактическое предоставление медицинского обслуживания. Установленная плата взимается в размере наиболее высокой из сумм, указанных в следующих источниках: во втором или третьем дополнении к Закону о страховании здоровья на момент начала Периода страхования; в государственном Уведомлении об условиях и выплатах, действующем на данный момент в соответствии с Законом о страховании здоровья; в предложении больничной кассы согласно параграфу 8 (Алеф 1) Закона о страховании здоровья, с подтверждением в соответствии с параграфом 8 (Алеф 2) того же Закона; а также в различных инструкциях, если таковые имелись в отношении оплаты данного медицинского обслуживания.

1.11. **Заграница/ за пределами Израиля**

любое место за пределами Израиля, включая транспортные средства, в которых застрахованное лицо находится на пути в Израиль или из Израиля.

1.12. **Израиль**

территория Израиля, за исключением транспортных средств, в которых застрахованное лицо находится на пути в Израиль или из Израиля, включая территории, находящиеся под контролем ЦАХАЛа, но за исключением территорий, находящихся в юрисдикции Палестинской автономии.

1.13. **Закон о страховании здоровья**

Государственный закон о страховании здоровья от 1994 г.

1.14. **Закон об иностранных гражданах**

Закон об иностранных гражданах (незаконный найм и обеспечение приемлемых условий) от 1991 г.

1.15. **Карточка застрахованного лица**

карточка, которая оформляется Страховой компанией в дополнение к полису. В карточке указываются личные данные застрахованного лица; в ней имеется также фотография, необходимая для удостоверения личности. Застрахованное лицо должно представлять Карточку при каждом обращении в медицинское учреждение для получения медицинского обслуживания.

1.16. **Медицинское учреждение**

больница или поликлиника.

- 1.17. **Телефонный центр обслуживания**
действующий круглосуточно телефонный пункт обслуживания клиентов Страховой компании, дающий информацию застрахованным лицам обо всем, что касается поставщиков медицинских услуг.
- 1.18. **Ситуация, требующая экстренной медицинской помощи**
состояние, при котором жизни человека угрожает непосредственная опасность в данный момент, а также состояние, чреватое необратимой тяжелой инвалидностью в случае, если не будет оказана экстренная медицинская помощь – в соответствии с определениями Закона о правах больного от 1996 г. и с момента наступления периода страхования.
- 1.19. **Исходное состояние**
порок/физический дефект, врожденное заболевание - в том числе наследственные заболевания; и/или состояние здоровья, и/или отклонение, и/или заболевание, по поводу которого лечение проводится или не проводится, и/или последствия вышеназванных, прямые или косвенные, возникшие или усугубившиеся на фоне тех явлений, которые характеризовали состояние здоровья Застрахованного лица до начала периода страхования – согласно декларации Застрахованного лица и/или справке от врача и в соответствии с параграфом 5.1.4 ниже.
- 1.20. **Поставщики медицинских услуг**
общественная больница и/или частная больница, заранее утвержденные Страховой компанией, а также врачи и/или медицинское учреждение, связанное договором со Страховой компанией; названия данных учреждений и имена врачей указаны в Списке, прилагаемом к настоящему Полису; их местонахождение отвечает требованиям Указа об иностранных рабочих. От данных Поставщиков – и только от них – застрахованное лицо вправе получать медицинские услуги, перечисленные в настоящем Полисе, на условиях настоящего Полиса.
- 1.21. **«Корзина медицинских услуг»**
пакет услуг в соответствии с определением его в Законе о страховании здоровья.
- 1.22. **Иностранный рабочий**
лицо, работающее в Израиле и не являющееся гражданином или постоянным жителем Израиля.
- 1.23. **Указ об иностранных рабочих**
Указ об иностранных рабочих (обеспечение приемлемых условий и запрет на незаконный наем) (пакет медицинских услуг для работника) от 2001 г.
- 1.24. **Врач**
обладатель лицензии на ведение медицинской деятельности, по закону имеющий разрешение на работу врачом в Израиле.
- 1.25. **Лечащий врач**
врач-терапевт, не имеющий статуса «специалиста», а также врач-специалист общего профиля и/или в области внутренних болезней и/или в области гинекологии.
- 1.26. **Услуги здравоохранения/медицинские услуги**
все медицинские услуги, на получение которых иностранный работник имеет право по условиям настоящего Полиса.
- 1.27. **Первичные медицинские услуги**
услуги врача-терапевта, не имеющего статуса «специалиста», а также услуги

врача-специалиста в области общей терапии и/или терапии внутренних болезней и/или в гинекологии.

1.28. **Период страхования**
период, указанные в Полисе и в Списке, прилагаемом к Полису, либо более короткий период – т. е. сокращенный в соответствии с положениями настоящего Полиса и его условиями.

1.29. **Один период найма**
весь период работы Застрахованного лица, в том числе и с перерывами, на протяжении которого имели место отношения работника-работодателя между данным работодателем и данным иностранным рабочим.

1.30. **Постановление о медицинском обслуживании на производстве**
постановления о параллельном налоге (медицинское обслуживание на производстве) от 1973 г.

2. Общие условия

2.1. **Обязанность раскрытия информации:** страхование в соответствии с настоящим Полисом осуществляется на основе прилагаемых к нему сведений и письменных деклараций, представленных Страховой компанией Владелец полиса и Застрахованным лицом. Истинность упомянутых сведений и деклараций является главным условием действительности страхования. В случае, если Застрахованное лицо и Владелец полиса дали неполный/неполные или нечестный/нечестные ответ/ответы или декларацию/декларации в отношении состояния здоровья Застрахованного лица, Страховая компания вправе аннулировать Страховой полис или отказаться от удовлетворения претензии Застрахованного лица относительно выплаты страховой суммы – в соответствии с Законом о договорах страхования от 1981 г.

2.2. **Возраст:** возраст застрахованного лица является существенным моментом применительно к параграфу 2.1 настоящего Полиса. Сказанное не умаляет обязанности Застрахованного лица сообщать о себе любые другие существенные данные, как сказано выше в параграфе 2.1.

2.3. **Действительность Полиса:** настоящий Полис действителен с первого дня Периода страхования, указанного в Полисе, но лишь после того, как осуществились все предварительные условия, изложенные в Полисе и в Списке, прилагаемом к Полису, в том числе выплата первого страхового взноса, как установлено в Списке, прилагаемом к Полису. В случае, если первый день Периода страхования, указанный в Полисе, наступает прежде, чем Страховой компании представлены все необходимые документы, перечисленные в Списке, прилагаемом к Полису, владелец Полиса и Застрахованное лицо должны будут представить документы в течение 14 дня с начала Периода страхования. В случае, если указанные документы не будут представлены в указанные сроки, Полис аннулируется автоматически. В случае, если Полис аннулирован, Владелец полиса или Застрахованное лицо обязаны вернуть Страховой компании Карточку застрахованного лица, а Владелец полиса будут возвращены страховые взносы, выплаченные за период, наступающий после возвращения Карточки застрахованного лица Страховой компании – в соответствии с принципами возвращения Владелец полиса страховых взносов в случае сокращения Периода страхования, как изложено в настоящем Полисе.

2.4. **Обязанность представить медицинскую справку**
Владелец полиса даст письменную декларацию о том, что он получил медицинскую

справку о состоянии здоровья каждого из застрахованных лиц в Полисе. Владелец полиса представит Страховой компании такую справку по первому требованию.

2.5. Отказ от конфиденциальности медицинской информации

2.5.1. Владелец Страхового полиса вручит Страховой компании отказ от конфиденциальности медицинской информации, подписанный Застрахованным лицом. Данный отказ предписывает врачу и/или любой организации/медицинскому учреждению – как в Израиле, так и за рубежом - и/или Институту национального страхования и/или Министерству обороны и/или любому другому министерству и/или страховой компании и/или больничной кассе передать Страховой компании любую имеющуюся в их распоряжении медицинскую информацию, касающуюся застрахованного лица (здесь и далее: **форма отказа от конфиденциальности медицинской информации**).

2.5.2. Владелец Полиса даст на подпись Застрахованному лицу Форму отказа от конфиденциальности медицинской информации (бланк Формы на понятном Застрахованному лицу языке вручит Владельцу полиса Страховая компания) вместе с декларацией Владельца полиса о том, что Форма отказа от конфиденциальности медицинской информации подписана Застрахованным лицом после того, как ему было объяснено ее содержание на понятном ему языке и/или о том, что Застрахованное лицо подписало Форму отказа от конфиденциальности медицинской информации, прочитав ее на понятном ему языке и поняв его содержание.

2.5.3. **Представление Формы отказа от конфиденциальности медицинской информации, как сказано в настоящем параграфе, является предварительным условием наступления материальной ответственности Страховой компании в соответствии с настоящим Полисом.**

2.6. Форма декларации о состоянии здоровья

все сказанное в пункте 2.5 действительно в отношении декларации о состоянии здоровья застрахованного лица, с учетом необходимых коррективов.

2.7. Страховой случай, ответственность в связи с которым возлагается более чем на одну страховую компанию и/или на третье лицо:

2.7.1. В случае, если у застрахованного лица в связи со страховым случаем, покрываемым в рамках настоящего Полиса, имеется также и право на компенсацию от третьего лица, не на основании Закона о договорах страхования, это право переходит к Страховой компании с момента, когда она выплатила страховую сумму и в размере выплаченной суммы – не в ущерб праву Застрахованного лица вначале истребовать с третьего лица компенсацию, превышающую страховую выплату в рамках настоящего Полиса. В случае, если Застрахованное лицо получило от третьего лица сумму компенсации, причитающуюся Страховой компании в соответствии с данным параграфом, Застрахованное лицо обязано передать указанную сумму Страховой компании. В случае, если Застрахованное лицо пришло к компромиссу, уступке или совершило другое действие, наносящее ущерб праву, перешедшему к Страховой компании, Застрахованное лицо обязано скомпенсировать Страховой компании данный ущерб. Застрахованное лицо обязуется сотрудничать во всем, что от него потребуется для реализации указанного права Страховой компании.

2.7.2. В случае, если Страховые случаи – все или некоторые – застрахованы более чем у одного страховщика, и если периоды страхования полностью или

частично совпадают, Владелец полиса обязан известить об этом Страховую компанию в письменной форме немедленно по оформлении двойной страховки и как только ему стало об этом известно. Страховая компания вправе обусловить выплату страховых сумм переуступкой прав Застрахованного лица в рамках других полисов Страховой компании применительно к сумме страховых выплат, превышающих долю Страховой компании в фактически понесенных расходах, покрываемых страховкой.

2.8. Заявления о выплате страховых сумм

- 2.8.1. Уведомление о всяком страховом случае должно быть представлено Страховой компании в приемлемые сроки, по возможности в кратчайшие, почтовым отправлением или факсом. К уведомлению должны быть приложены все данные о Страховом случае, что позволит Страховой компании выяснить все необходимые факты.
- 2.8.2. Владелец Полиса и/или Застрахованное лицо должны приложить к Форме уведомления о страховом случае все релевантные медицинские документы, касающиеся Страхового случая, с указанием диагноза и медицинской предыстории (анамнеза), а также сведения о том, произведены ли платежи Владелцем полиса и/или Застрахованным лицом – квитанции о произведенных платежах принимаются только в оригинале.
- 2.8.3. Владелец полиса и Застрахованное лицо должны действовать со Страховой компанией сообща – как до подачи Заявления о выплате страховых сумм, так и после этого; они должны сделать все необходимое, чтобы Страховая компания смогла установить факт своей финансовой ответственности в рамках настоящего Страхового полиса, а также размер финансовой ответственности.
- 2.8.4. **Выполнение всего сказанного в пункте 2.8 со всеми подпунктами Владелцем полиса и/или Застрахованным лицом является предварительным условием наступления материальной ответственности Страховой компании в рамках настоящего Полиса.**

2.9. Медицинский осмотр

Застрахованное лицо обязано по требованию Страховой компании пройти медицинский осмотр у врача Страховой компании и за счет Страховой компании, а также представить все данные и/или медицинские документы, которые потребует Страховая компания. **Выполнение сказанного в данном пункте является предварительным условием наступления материальной ответственности Страховой компании в рамках настоящего Полиса.**

2.10. Продление срока страхования

- 2.10.1. Страховая компания обязуется продлить Застрахованному лицу срок действия Полиса (при условии непрерывности), если соответствующая заявка поступит от Владельца полиса или от Застрахованного лица – до тех пор, пока Застрахованное лицо продолжает работать в качестве иностранного рабочего в Израиле. Срок продления периода страхования без повторного проведения оценки рисков и соответствующего начисления страховых взносов (**андеррайтинг**) не превысит 5 лет со дня начала страхового периода в Страховой компании (здесь и далее: **продление без андеррайтинга**). Переход Застрахованного лица от одного Владельца полиса к другому (здесь и далее: **переходный период**) не повлечет за собой ущерба правам Застрахованного лица на продление Полиса – но при условии, что страховые взносы продолжают выплачиваться также и в Переходный период в соответствии с условиями Полиса, и при условии, что Застрахованное лицо

нанято новым Владельцем полиса в течение 30 дней со дня прекращения найма предыдущим Владельцем полиса.

Несмотря на сказанное выше в пункте 2.10.1, Страховая компания обязуется продлевать Период страхования Застрахованного лица на срок, превышающий указанный в пункте 2.10.1, при соблюдении непрерывности, в случае продления израильской рабочей визы Застрахованному лицу – но исключительно на период продления визы.

В данном пункте «непрерывность» означает продление и/или возобновление Полиса не позднее чем за 30 дней до окончания предыдущего Периода страхования. Застрахованное лицо, обратившееся в Страховую компанию после наступления указанного срока, не будет иметь права на Продление без андеррайтинга. Применительно к такому застрахованному лицу будут в силе все положения, действующие в отношении нового застрахованного лица.

Во избежание сомнений: продление или возобновление Полиса в соответствии с положениями данного пункта не изменят даты начала Периода страхования в Страховой компании.

- 2.10.2. В отношении Застрахованного лица, не имеющего права на Продление без андеррайтинга, как сказано в пункте 2.10.1, будут действовать нижеизложенные положения пунктов 2.10.3-2.10.6. В отношении какого бы то ни было продления Периода страхования будут действовать нижеизложенные положения пунктов 2.10.7-2.10.8.
- 2.10.3. В случае, если Застрахованное лицо не имеет права на Продление без андеррайтинга, Владелец полиса вправе обратиться в Страховую с прошением о продлении Периода страхования. Продление страхования в соответствии с настоящим Полисом обусловлено письменным согласием Страховой компании, которое будет дано в ясной, недвусмысленной форме для данной цели. Следует подчеркнуть, что по окончании Периода страхования, определенного в Полисе, страхование не будет продлеваться автоматически; страхование не может быть продлено по умолчанию или каким-либо иным действием Страховой компании, за исключением упомянутого в настоящем пункте согласия – даже в том случае, если Владелец полиса и Застрахованное лицо в той или иной форме в те или иные сроки предложили Страховой компании продлить страхование.
- 2.10.4. Владелец полиса вправе обращаться с прошением о продлении Периода страхования (здесь и далее: **прошение о продлении периода страхования**). Прошение о продлении периода страхования должно быть отправлено в Страховую компанию заказной почтой не менее чем за 30 дней до окончания Периода страхования.
- 2.10.5. В случае, если Страховая компания согласна на продление Периода страхования, она известит об этом Владельца полиса в письменной форме. Письмо будет отправлено Владельцу полиса в течение 10 дней со дня получения Прошения о продлении периода страхования. В случае согласия Страховой компании на продление Периода страхования непрерывность страхования Застрахованного лица сохранится, включая Первый срок, определение которому дано ниже применительно к Исходному состоянию.
- 2.10.6. В случае, если Страховая компания не выслала уведомления о согласии на продление Периода страхования в сроки, указанные выше в пункте 2.10.5, данный факт следует расценивать как отказ Страховой компании продлить Период страхования.

- 2.10.7. Расчет страховых взносов на дополнительный период будет произведен в соответствии с числом дней, на которое продлевается Период страхования, и в соответствии с тарифами страховых взносов, действующими на момент начала продления Периода страхования.
- 2.10.8. Страховая компания вправе изменить страховые взносы со дня начала продления Периода страхования в рамках настоящего Полиса.
- 2.11. **Аннулирование Полиса**
- 2.11.1. В случае, если страховые взносы не выплачивались в соответствии с установленным в Полисе, а также не были выплачены в течение 15 дней со дня письменного требования Страховой компании в адрес Владельца полиса, Страховая компания вправе известить Владельца полиса в письменной форме о том, что Полис аннулируется в течение 21 дня со дня уведомления, если задолженность к этому моменту не будет погашена.
- 2.11.2. В случае, если Полис аннулируется по инициативе Владельца полиса до истечения Периода страхования в связи с окончанием периода найма Застрахованного лица Владельцем полиса, Страховая компания возвратит Владельцу полиса долю страховых взносов – в соответствии со сказанным ниже в пункте 2.11.3 и в соответствии с обязанностью страховщика, предусмотренной Законом о страховых договорах от 1981 г.
- 2.11.3. Применительно к пункту 2.11.2: доля страховых взносов будет возвращена Владельцу полиса за период, начинающийся с момента возвращения Карточки застрахованного лица Страховой компании, и за вычетом платы за услугу. Применительно к данному пункту «плата за услугу» - расходы Страховой компании на оформление Страхового полиса, расходы на оформление Карточки застрахованного лица, марки гербового сбора и все прочие накладные расходы, сопряженные с оформлением Полиса и сумма которых не ниже страховых взносов за два месяца страхования в рамках данного Полиса.
- 2.11.4. Сказанное выше в настоящем параграфе не умаляет права Страховой компании аннулировать Страховой полис на основании положений, изложенных в разделе об обязанности раскрытия информации, и/или в соответствии с любым другим принципиальным условием, упомянутым в Полисе, и/или в соответствии с Законом о договорах страхования.
- 2.12. **Отсутствие ответственности Страховой компаний за действия и/или упущения поставщиков услуг: Страховая компания не несет никакой ответственности за действия и/или упущения поставщиков услуг в связи с медицинским обслуживанием и/или его последствиями – независимо от того, были ли поставщики услуг избраны Страховой компанией или Застрахованным лицом.**
- 2.13. **Срок давности: срок давности применительно к Заявлению о выплате страховых сумм в связи со Страховым случаем в рамках настоящего Полиса составляет 3 года с момента наступления Страхового случая.**
- 2.14. **Закон о договорах страхования:** положения Закона о договорах страхования от 1981 г. действуют в отношении настоящего Полиса применительно ко всем вопросам, не регулирующимся самим Полисом и которые могут быть оговорены в качестве особого условия.
- 2.15. **Изменения в услугах здравоохранения –**
- 2.15.1. **Застрахованное лицо будет иметь право на медицинские услуги, включенные в Корзину медицинских услуг и/или в Корзину лекарств и/или в Корзину медицинских услуг на производстве, в соответствии с**

приведенным ниже определением и с учетом вносимых время от времени изменений.

2.15.2. В случае, если будут внесены изменения в Корзину медицинских услуг и/или в Корзину лекарств и/или в Корзину медицинских услуг на производстве и/или в Закон о здравоохранении и/или во всякий указ и/или постановление после начала Периода страхования (здесь и далее: новая корзина здравоохранения), Страховая компания известит Владельца полиса и/или застрахованных лиц об изменениях, внесенных в Корзину медицинских услуг и/или в Корзину лекарств и/или в Корзину медицинских услуг на производстве и/или в Закон о здравоохранении и/или во всякий указ и/или постановление после начала Периода страхования и потребует надбавки к страховым взносам, необходимой в связи с упомянутым изменением. Страховая компания укажет также срок оплаты (здесь и далее: надбавка к страховому взносу).

2.15.3. Надбавка к страховому взносу с юридической точки зрения должна рассматриваться так же, как и сам страховой взнос, и положения пункта 2.11 относительно страхового взноса будут действовать также в отношении надбавки.

2.16. Извещения

Владелец полиса обязан извещать Страховую компанию о всяком изменении своего адреса. Извещение должно быть отправлено заказным письмом. Извещение, отправленное Страховой компанией по последнему известному ей адресу Владельца полиса будет считаться врученным надлежащим образом.

2.17. Выплата страховых взносов, налогов и сборов

Владелец полиса обязан платить Страховой компании как страховые взносы, так и государственные и другие налоги, которыми облагается данный Полис или Страховые взносы и все прочие выплаты, которые Страховая компания обязана выплачивать в соответствии с настоящим Полисом – будь то налоги, существующие на момент оформления Полиса, или налоги, которые будут введены в будущем.

2.18. Территориальная юрисдикция: любые споры, связанные с настоящим Полисом и вытекающие из него, могут рассматриваться компетентными судами в Израиле и только в Израиле.

Раздел Бэт: медицинские услуги

3. Медицинские услуги, которые будут предоставляться застрахованному лицу

3.1. В соответствии со сказанным в настоящем Полисе, Застрахованное лицо будет иметь право на медицинские услуги в соответствии с приведенным ниже списком.

3.1.1. Пакет медицинских мероприятий –

3.1.1.1. Все медицинские мероприятия, перечисленные во Втором дополнении к Закону о страховании здоровья на момент начала Периода страхования, с учетом вносимых время от времени изменений.

3.1.1.2. Услуги госпитализации в психиатрической больнице или в психиатрическом отделении больницы общего профиля – в ситуации, требующей немедленного оказания медицинской помощи, и на период, не превышающий 60 дней за один период найма.

3.1.1.3. Перечисленные ниже услуги:

3.1.1.3.1. Анализ околоплодных вод для женщин в возрасте 35 лет и старше на момент возникновения беременности.

- 3.1.1.3.2. Прививки от столбняка, бешенства и дифтерии.
- 3.1.1.3.3. Пробы Манту и рентгеновский снимок легких.
- 3.1.1.3.4. Инвалидные коляски и «ходунки».
- 3.1.2. Корзина лекарств: все перечисленное в Указе о государственном страховании здоровья (лекарства, входящие в Корзину услуг здравоохранения) от 1995 г. на момент начала Периода страхования.
- 3.1.3. Корзина услуг на производстве – все услуги, перечисленные в постановлениях 2 и 5 Постановлений о медицинском обслуживании на производстве, в форме, оговоренной в данных постановлениях, с учетом необходимых изменений, на момент начала Периода страхования.
- 4. **Дополнительные обязательства Страховой компании.**
 - 4.1. В соответствии со сказанным в настоящем Полисе, Страховая компания понесет расходы, перечисленные ниже, в соответствии с условиями, оговорками и исключениями, изложенными ниже в настоящем Полисе –
 - 4.1.1. Установленная плата: в связи с медицинскими услугами, покрываемыми настоящим Полисом и условием получения которых является внесение Установленной платы, данную плату внесет Страховая компания. **Страховая компания не будет выплачивать Установленной платы в случае, если медицинская услуга, за которую внесена Установленная плата, не покрывается настоящим Полисом.**
 - 4.1.2. Все расходы, связанные с доставкой на самолете Застрахованного лица из Израиля в страну его постоянного проживания, во всех случаях, когда по состоянию здоровья Застрахованному лицу необходимо сопровождение или иные особые условия полета.
 - 4.1.3. Расходы по транспортировке тела Застрахованного лица:
 - 4.1.3.1. В случае смерти Застрахованного лица при обстоятельствах, предоставляющих ему право на медицинское обслуживание в соответствии с условиями настоящего Полиса, Страховая компания понесет все расходы по транспортировке тела Застрахованного лица в страну его постоянного проживания.
 - 4.1.3.2. Несмотря на сказанное выше в пункте 4.1.3.1 и ниже в п. 5.1.6, в случае, если смерть Застрахованного лица явилась результатом производственной травмы, определение которой приведено ниже в пункте 5.1.6, Страховая компания понесет расходы по транспортировке тела Застрахованного лица в страну его постоянного проживания.
 - 4.1.3.3. Ответственность Страховой компании в соответствии с пунктами 4.1.3.1 и 4.1.3.2 обусловлена получением предварительного утверждения от Страховой компании, а также осуществлением транспортировки воздушным путем исключительно через посредство Страховой компании.
 - 4.1.4. Экстренный полет близкого родственника в Израиль.
 - 4.1.4.1. Применительно к данному пункту под близкими родственниками подразумеваются: супруга, супруг, сын, дочь, брат, сестра.
 - 4.1.4.2. В случае, если Застрахованное лицо госпитализировано **при обстоятельствах, дающих ему право на медицинское обслуживание в соответствии с условиями настоящего Полиса**, для проведения инвазивного хирургического вмешательства, сопряженного с госпитализацией на срок свыше 10 дней, либо в случае, если, согласно заключению лечащего врача, жизнь Застрахованного лица в опасности, Страховая компания выплатит Ближнему родственнику сумму, равную

стоимости авиабилета и поездки к месту госпитализации Застрахованного лица в Израиле, но не более 1500 долларов, а также стоимость пребывания в гостинице сроком до 10 дней из расчета не более 40 долларов в день. Обязательство Страховой компании в соответствии с данным пунктом обуславливается тем, что дорожный билет куплен через посредство Страховой компании и через нее же оформлено расселение в гостинице, а также предварительным письменным утверждением Страховой компании.

4.1.5. Дорожные расходы (авиаперевозка) в случае нетрудоспособности. В случае, если врач-специалист, специализирующийся в области производственной медицины, заключил, что Застрахованное лицо по состоянию здоровья неспособно заниматься той трудовой деятельностью, для которой оно принято на работу Владельцем полиса, и что Застрахованное лицо не будет способно выполнять данную работу в течение 90 дней с момента осмотра данным врачом, даже при условии проведения необходимого лечения (здесь и далее: **нетрудоспособность**), и если это произойдет в Период страхования, Страховая компания понесет расходы по приобретению авиабилета в страну постоянного проживания Застрахованного лица, но не более чем на сумму в 2000 долларов. **Страховая компания не понесет расходов по приобретению авиабилета, как сказано выше в пункте 4.1.5 в случае, если Нетрудоспособность возникла в силу обстоятельств, не предоставляющих Застрахованному лицу права на медицинское обслуживание в соответствии с условиями настоящего Полиса – за исключением обстоятельств, указанных выше в пункте 4.1.5 и ниже в пункте 5.1.5.**

4.1.6. Первая медицинская помощь в стоматологическом кабинете –

4.1.6.1. Застрахованное лицо имеет право на экстренную медицинскую помощь и на те и только те виды первой помощи в стоматологических кабинетах, которые перечислены ниже; при этом помощь должна быть оказана лишь в тех стоматологических кабинетах в стране, которые будут назначаться время от времени Страховой компанией и данные которых можно будет получить в Телефонном центре обслуживания страховой компании. Список стоматологических услуг:

4.1.6.1.1. Обширный кариес – временная пломба.

4.1.6.1.2. Открытая полость в зубе – временная пломба.

4.1.6.1.3. Обнажение шейки зуба – применение препарата для снятия болевой чувствительности.

4.1.6.1.4. Острое воспаление – удаление нерва или применение формальдегида.

4.1.6.1.5. Дентальный абсцесс – дренаж и/или устранение закупорки.

4.1.6.1.6. Прессование пищи – лечение десен.

4.1.6.1.7. Воспаление под коронкой – промывание и/или медикаментозное лечение.

4.1.6.1.8. Боли после удаления зуба – болеутоляющие средства.

4.1.6.1.9. Пролежни под имеющимся зубным протезом – освобождение поврежденной ткани от сдавливания.

4.1.6.1.10. Любые другие состояния, связанные с зубной болью – будет оказана помощь по облегчению или снятию болей.

4.1.6.1.11. Осмотр и рентген заболевших зубов.

4.1.6.1.12. Выдача рецепта на болеутоляющие средства в случае, если на данный момент провести лечение зуба невозможно.

4.1.6.2. Несмотря на сказанное ниже в пункте 5.1.4, Застрахованное лицо имеет право на экстренную медицинскую помощь и на первую медицинскую помощь в случаях, перечисленных выше в пункте 4.1.6.1, даже если помощь понадобилась ввиду Исходного состояния.

5. Исключения к Разделу Бэт.

5.1. Несмотря на сказанное выше в пунктах 3 и 4, Страховая компания не понесет расходов и/или медицинских расходов на услуги, перечисленные ниже – услуги, на которые и/или на покрытие которых Застрахованное лицо не имеет права в рамках настоящего Полиса.

5.1.1. В рамках Корзины медицинских мероприятий:

5.1.1.1. Услуги психотерапевта.

5.1.1.2. Процедуры на Мертвом море для больных псориазом.

5.1.1.3. Генетические анализы.

5.1.1.4. Госпитализация в стационар для физически и/или психически недееспособных лиц, а также прочие услуги для недееспособных.

5.1.1.5. Медицинские услуги в связи с импотенцией, нарушением половой функции, мужским или женским бесплодием, а также искусственное оплодотворение или искусственная инсеминация.

5.1.1.6. Услуги, предоставляемые за пределами Израиля.

5.1.1.7. В случаях, когда Страховой случай имел место по окончании Периода страхования и/или периодов страхования, следующих непрерывно друг за другом, как изложено выше в пункте 2.10.

5.1.2. В рамках Корзины лекарств:

5.1.2.1. Лекарства для лечения болезни Альцгеймера.

5.1.2.2. Лекарства, предназначенные для лечения импотенции, нарушения половой функции, мужского или женского бесплодия, а также препараты, применяемые при искусственном оплодотворении или искусственной инсеминации.

5.1.3. Беременность – медицинские услуги, связанные с беременностью, на протяжении 9 первых месяцев пребывания в Израиле, когда между работницей и одним или несколькими работодателями в Израиле имели место отношения работодатель-работница – за исключением случаев, требующих экстренной медицинской помощи.

5.1.4. Исходное состояние – в случаях, когда на момент оформления Застрахованному лицу первой медицинской страховки в Израиле каким-либо работодателем у Застрахованного лица уже имелось заболевание, и когда нынешнее состояние, в связи с которым Застрахованному лицу потребовались медицинские услуги, вытекает из упомянутого заболевания. Данное положение действительно на протяжении 3 первых лет со дня вступления в силу Указа об иностранных рабочих или со дня, когда впервые была оформлена медицинская страховка на работника – в расчет принимается более поздняя из двух дат («первая дата»), при выполнении двух следующих условий:

5.1.4.1. Само Застрахованное лицо подтвердило, что медицинская проблема, в связи с которой ему понадобились медицинские услуги, является следствием исходного состояния;

на основании результатов имеющихся обследований врач подтвердил, что медицинская проблема, в связи с которой работнику понадобились медицинские услуги, является следствием исходного состояния.

5.1.4.2. В случае, если Застрахованное лицо находилось за пределами Израиля после Первой даты на протяжении периода или периодов, превышающих 90 дней подряд у нескольких работодателей, либо период, превышающий 120 дней подряд, если пребывание за границей разделила периоды найма у одного работодателя, то Первой датой применительно к пункту 5.1.4 будет считаться первый день страхования в рамках полиса страхования здоровья после пребывания за границей.

5.1.4.3. Медицинские услуги в ситуации, требующей экстренной медицинской помощи, если необходимость возникла вследствие исходного состояния: несмотря на сказанное выше в параграфе 5.1.4, Страховая компания понесет медицинские расходы, связанные с медицинскими услугами, в которых возникнет экстренная необходимость также и в случае, если она вызвана исходным состоянием. Речь идет о стабилизации состояния, позволяющей продолжить лечение за пределами Израиля, а также о расходах на иные медицинские услуги, необходимые Застрахованному лицу ввиду Исходного состояния, если необходимость в них возникла в течение 30 дней после упомянутого заключения врача или заключения в отношении стабилизации состояния.

5.1.5. Нетрудоспособность

5.1.5.1. Медицинские услуги, в которых нуждается Застрахованное лицо, – если Врач, специализирующийся у области производственной медицины, постановит, что Застрахованное лицо не в состоянии заниматься трудовой деятельностью, ради которой оно нанято на работу Владельцем полиса, и что оно не будет в состоянии заниматься данной трудовой деятельностью в течение 90 дней со дня освидетельствования упомянутым врачом, несмотря на необходимое лечение.

5.1.5.2. Несмотря на сказанное выше в пункте 5.1.5.1, Застрахованное лицо будет иметь право на медицинские услуги, которые ему понадобятся в случае экстренной необходимости для стабилизации состояния – до тех пор, пока состояние здоровья Застрахованного лица не позволит продолжать лечение за пределами Израиля. Застрахованное лицо будет также иметь право на иные медицинские услуги, необходимые ему ввиду Исходного состояния, если необходимость в них возникла в течение 30 дней после упомянутого заключения врача или заключения в отношении стабилизации состояния.

5.1.6. Дорожно-транспортные происшествия и вражеские действия – медицинские услуги, в которых нуждается Застрахованное лицо вследствие:

5.1.6.1. ДТП, определение которому дано в Законе о компенсации потерпевшим в ДТП от 1975 г.;

5.1.6.2. Вражеские действия, определение которым дано в Законе о компенсациях потерпевшим в результате вражеских действий от 1970 г., если Застрахованное лицо является потерпевшим в соответствии с определением вышеупомянутого закона.

5.1.7. Медицинские услуги в связи с производственной травмой.

5.1.7.1. Страховая компания не понесет расходов на медицинские услуги для Застрахованного лица в случае, если необходимость в этих услугах возникла в связи с травмой на производстве, определение которой дано в Законе о национальном страховании (комбинированная версия) от

1995 г. (здесь и далее: производственная травма) – при условии, что работодатель подтвердил тот факт, что речь идет именно о производственной травме, в специальной форме, установленной для данной цели Институтом национального страхования (здесь и далее: форма извещения о производственной травме).

5.1.7.2. В случае, если Работодатель представил Форму извещения о производственной травме в Институт национального страхования, и Институт в течение трех месяцев со дня получения не пришел к заключению о том, что речь идет действительно о Производственной травме, расходы на медицинские услуги, предоставленные Застрахованному лицу в связи с упомянутой травмой в течение трех месяцев со дня происшествия, понесет Страховая компания – при условии, что медицинские услуги были представлены Поставщиками услуг.

5.1.7.3. В случае, если травма была получена на производстве, Владелец полиса обязуется подтвердить данный факт, как сказано выше в пункте 5.1, заполнив Форму извещения о производственной травме и подать Форму в Институт национального страхования в течение 7 дней после получения травмы; копию Владелец должен направить Страховой компании. В случае, если Владелец полиса не подтвердил факта производственной травмы, и при этом травма была признана производственной в соответствии с приведенным выше определением, то Владелец полиса возместит Страховой компании все расходы – с привязкой к индексу цен и с максимальными процентами, предусмотренными законом, в течение 7 дней со дня требования Страховой компании.

6. Правила подтверждения или представления заключения врача-специалиста в связи с исходным состоянием и нетрудоспособностью

6.1. ...

- 6.1.1. Врачебное заключение о том, что медицинская проблема, в связи с которой Застрахованному лицу понадобились медицинские услуги, вытекает из Исходного состояния, а также врачебное заключение о том, что состояние Застрахованного лица стабилизировалось, выдается врачом-специалистом. Врачебное заключение о нетрудоспособности Застрахованного лица, в том числе при предоставлении ему лечения, выдается специалистом в области производственной медицины.
- 6.1.2. 30 дней, упомянутых в абзацах 5.1.4 и 5.1.5, будут отсчитываться только со дня выдачи окончательного подтверждения или окончательного заключения в соответствии со сказанным ниже в пункте 6.3. В то же время, в случае, если, согласно заключению заведующего отделением больницы, где госпитализировано Застрахованное лицо, или заместителя заведующего (при отсутствии заведующего), состояние Застрахованного лица не стабилизировалось на момент истечения срока его прав на медицинские услуги в рамках настоящего Полиса, то такое заключение окончательным считаться не будет. Упомянутое заключение будет в силе до тех пор, пока не будет выдано иное заключение – заведующим отделением или его заместителем.
- 6.1.3. Правила выдачи подтверждения или заключения, в соответствии со сказанным в пункте 6.2, будут следующими.

- 6.1.3.1. Страховая компания вправе требовать, чтобы Застрахованное лицо прошло медицинский осмотр у специалиста, назначенного Страховой компанией, за счет Страховой компании. Заключение врача будет вручено Застрахованному лицу вместе с уведомлением о праве Застрахованного лица на альтернативное заключение, как изложено ниже в пункте 6.1.3.2. В Уведомлении будут указаны инстанции и организации, могущие оказать помощь Застрахованному лицу в реализации данного права и давшие на это свое согласие.
- 6.1.3.2. Застрахованное лицо вправе получить альтернативное медицинское заключение и у врача-специалиста по его выбору. Это альтернативное заключение должно быть представлено Страховой компании в течение 21 дня со дня получения Застрахованным лицом заключения врача, назначенного Страховой компанией. Страховая компания понесет расходы на альтернативное медицинское заключение в пределах суммы, установленной Генеральным управлением Минздрава, а также Отделом страхования и рынка капитала Министерства финансов (здесь и далее: **установленный гонорар**).
- 6.1.3.3. В случае несовпадения мнений двух врачей-специалистов стороны назначат по взаимной договоренности третьего врача, финансируемого Страховой компанией, и его мнение будет решающим. В случае, если Стороны не придут к соглашению о кандидатуре врача-специалиста, мнение которого будет решающим, такого врача назначит существующая при Медицинском профсоюзе в Израиле (Профсоюз) ассоциация врачей, специализирующихся в той области, к которой относится заболевание Застрахованного лица. В отношении заключения о нетрудоспособности, несмотря на предоставляемое лечение, врач будет назначен председателем Ассоциации врачей в области производственной медицины при Профсоюзе (здесь и далее: **врач, выносящий окончательное решение**). Его заключение будет решающим. В случае, если в течение 15 дней со дня обращения Застрахованного лица председатель Ассоциации не назначит врача, выносящего окончательное решение, то такой врач будет назначен генеральным директором Минздрава или уполномоченным им лицом. Гонорар врача, выносящего окончательное решение, будет соответствовать Установленному гонорару; гонорар будет выплачен Страховой компанией.

Глава Гимель: поставщики услуг и обязательность утверждения для предоставления медицинских услуг

7. Поставщики услуг

- 7.1. Медицинские услуги, включенные в настоящий страховой Полис, будут предоставляться только Поставщиками услуг – с учетом всех изменений, о которых Страховая компания известит Владельца полиса в письменной форме. В случае, если тот или иной поставщик услуг прекратил сотрудничество со Страховой компанией, Застрахованное лицо обратится в Телефонный центр обслуживания при Страховой компании за направлением к другому поставщику услуг.
- 7.2. Медицинские услуги, включенные в настоящий Страховой полис, будут предоставляться Застрахованному лицу в соответствии с медицинскими показаниями, на приемлемом уровне, в приемлемые сроки и на приемлемом расстоянии от места жительства Застрахованного лица.

- 7.3. Несмотря на сказанное выше в пункте 7.1, Застрахованное лицо будет вправе получить за счет Страховой компании перечисленные ниже медицинские услуги в перечисленных ниже обстоятельствах:
- 7.3.1. Услуги приемного покоя в любой больнице общего профиля в Израиле, в каждом из следующих случаев:
- 7.3.1.1. Любой новый перелом.
 - 7.3.1.2. Острое смещение плечевого или локтевого сустава.
 - 7.3.1.3. Рана, требующая наложения швов или иного способа соединения краев.
 - 7.3.1.4. Попадание инородного тела в дыхательные пути.
 - 7.3.1.5. Попадание инородного тела в глаз.
 - 7.3.1.6. Медицинские мероприятия в связи с раковым заболеванием.
 - 7.3.1.7. Медицинские мероприятия в связи с гемофилией.
 - 7.3.1.8. Медицинские мероприятия в связи кистозным фиброзом поджелудочной железы.
 - 7.3.1.9. Эвакуация на «скорой помощи» в приемный покой с улицы или из любого общественного места в связи с внезапным происшествием.
 - 7.3.1.10. В случае, если обращение закончилось направлением на обязательную срочную госпитализацию.
 - 7.3.1.11. В случаях необходимости экстренной медицинской помощи.
- 7.3.2. Услуги госпитализации, предоставленные застрахованному лицу в срочном порядке после обращения в приемный покой, – в случаях, перечисленные выше в пункте 7.3.1.

8. Получение предварительного утверждения как условие предоставления медицинского обслуживания.

- 8.1. Перечисленные ниже медицинские услуги будут предоставлены владельцам абонементов только Поставщиками услуг.**
- 8.2. Доступ к различным медицинским услугам будет обусловлен предварительным утверждением Страховой компании и/или утверждением лечащего врача и/или будет свободным – в соответствии со сказанным ниже.**
- 8.2.1. Доступ к первичным медицинскими услугам, включенным в настоящий Полис, будет свободным, и от Застрахованного не потребуются предварительное утверждение Страховой компании для получения медицинского обслуживания такого рода.**
- 8.2.2. Доступ к иным медицинским услугам – не первичным – за исключением случаев, перечисленных выше в пункте 7.3, будет обусловлен получением предварительного утверждения лечащего врача, принимающего в рамках первичного медицинского обслуживания.**
- 8.2.3. Доступ к обслуживанию в центрах диагностической визуализации, в диагностических центрах, в клинике гастроэнтерологии, в лабораториях, а также необязательная госпитализация будут обусловлены предварительным согласием Страховой компании, представленным в письменной форме.**
- Застрахованное лицо должно подать в Страховую компанию письменное заявление на утверждение услуг, перечисленных в данном пункте, вместе со справкой лечащего врача о том, что Застрахованное лицо нуждается в данном обслуживании.**
- Искомое утверждение или уведомление об отказе будет выдано в течение 7 дней с момента выдачи заключения лечащего врача о надобности проведения обследования/госпитализации, и/или со дня получения**

Страховой компанией заявления Застрахованного лица, если таковое было получено позже. В любом случае Страховая компания не допустит такого промедления с ответом, которое может подвергнуть риску Застрахованное лицо или негативно сказаться на лечении, на которое Застрахованное лицо имеет право в рамках настоящего Полиса.

- 8.2.4. За исключением случаев, перечисленных выше в параграфе 7.3, Страховая компания не понесет расходов по медицинскому обслуживанию Застрахованного лица в приемном покое – если Застрахованное лицо не получило предварительного утверждения лечащего врача.**

Часть Далет: компенсация в связи со смертью или инвалидностью, наступивших в результате несчастного случая

Для застрахованных лиц, не достигших 18 лет или достигших 65 лет, по данному пункту страховое покрытие не предусмотрено.

Сумма обязательства Страховой компании по данному пункту не превысит максимальной суммы в 10 тысяч долларов на каждое застрахованное лицо. На упомянутую компенсацию каждое застрахованное лицо имеет право лишь один раз.

9. ...

9.1. В данной главе –

9.1.1. **Застрахованное лицо** – лицо, пребывающее в Израиле в качестве иностранного рабочего, при условии, что его возраст превышает 18 лет и не достигает 65 лет.

9.1.2. **Несчастный случай** – непредвиденное физическое повреждение, полученное на протяжении Периода страхования от некоего внешнего, видимого глазу объекта – при условии, что данное повреждение является единственной, прямой и непосредственной причиной смерти или инвалидности Застрахованного лица. К упомянутым повреждениям не относится вред, нанесенный в результате вербальной агрессии, а также в результате вражеских действий, определение которым дано в Законе о компенсациях пострадавшим от вражеских действий от 1970 г.

9.1.3. **Постоянная инвалидность** – абсолютная – анатомическая или функциональная – потеря органа, конечности или их частей, возникшая в результате Несчастного случая сразу или в течение 6 месяцев после него.

9.1.4. **Смерть застрахованного лица** – смерть застрахованного лица в результате Несчастного случая, последовавшая сразу или в течение 6 месяцев после него.

9.2. В случае, если Застрахованное лицо получило физическое повреждение в Период страхования, и если непосредственной причиной этого повреждения был Несчастный случай, Застрахованному лицу будет выплачена страховая компенсация в соответствии с изложенным ниже.

9.2.1. В случае Смерти застрахованного лица, достигшего 18-летнего возраста и не достигшего 65-летнего возраста, выгодоприобретателю, указанному в Предложении по страхованию, или – если таковой не указан – законным наследникам Застрахованного лица, либо управляющим имуществом покойного, либо исполнителям завещания будет выплачена сумма в 10 тысяч долларов.

9.2.2. В случае Постоянной инвалидности: Застрахованному лицу будут выплачены проценты от суммы, указанной выше в пункте 9.2.1.

Орган	Проценты	Орган	Правый	Левый
Один глаз	30%	Плечо	75%	65%
Два глаза	100%	Предплечье	65%	55%
Одно ухо	20%	Кисть руки	60%	50%
Два уха	50%	Большой палец руки	25%	20%
Нога (выше колена)	60%	Указательный палец руки	15%	12%
Бедро	70%	Средний палец руки	12%	10%

Стопа	50%	Безымянный палец руки	10%	8%
Большой палец ноги	5%	Мизинец руки	12%	10%
Один палец ноги	3%	Фаланга пальца	Треть указанного процента	

- 9.2.3. Проценты, указанные в приведенной выше таблице, касаются 100% постоянной инвалидности данного органа. Иная постоянная инвалидность рассчитывается путем сопоставления с данной таблицей. Инвалидность, имевшаяся до Несчастного случая, учитывается при установлении процента инвалидности.
- 9.2.4. Для левши правый орган будет приравнен к левому в соответствии с таблицей, и наоборот.

Глава Хей. Исключения к главе Далет: компенсации в связи со смертью или инвалидностью в результате несчастного случая

10. Страховая компания не будет выплачивать страховой компенсации в рамках настоящего Полиса в случае, если смерть или инвалидность наступили прямо или косвенно в силу следующих причин или в результате следующих обстоятельств:
- 10.1. Землетрясение, извержение вулкана, расщепление атома, ядерный синтез, радиоактивное заражение.
 - 10.2. Активное участие Застрахованного лица в военных действиях, в операциях полиции, в подпольной деятельности, революционной деятельности, в мятежах, беспорядках, волнениях, диверсиях, терроре, забастовках, в противозаконной деятельности.
 - 10.3. Пассивное участие Застрахованного лица в террористической деятельности, какова бы она ни была, и/или в военных действиях и/или в военной деятельности вражеских сил, будь то регулярная армия или любые другие формирования.
 - 10.4. Полет Застрахованного лица на любом летательном аппарате, за исключением полета в качестве пассажира на гражданском транспортном средстве воздушного сообщения, имеющем удостоверение пригодности для перевозки пассажиров – в пределах ответственности Страховой компании и только в пределах Израиля.
 - 10.5. Намеренное членовредительство самому себе, самоубийство или попытка самоубийства – независимо от вменяемости или невменяемости застрахованного лица.
 - 10.6. Альпинизм с использованием веревок, восхождение на скалы или спуск с них (снеплинг), подводное плавание, прыжки с высоты «банджи-джампинг», спортивная деятельность в рамках спортивной ассоциации и/или участие в спортивных состязаниях; бокс, борьба и все виды рукопашного боя (в т. ч. «крав мага»), спуск с парашютом, полет/планерный спуск с помощью парашютов и/или любых других приспособлений, используемых для этой цели; зимние виды спорта; охота.
 - 10.7. Использование взрывчатых веществ.
 - 10.8. Действия, сопряженные с заведомым риском – за исключением самообороны или действий по спасению других людей.
 - 10.9. Нетрезвое состояние, пьянство или употребление наркотиков Застрахованным лицом.
 - 10.10. Смерть или инвалидность, явившиеся следствием операций, в том числе и мелких хирургических вмешательствах.
 - 10.11. Производственная травма, определение которой приведено в Законе о национальном страховании.
 - 10.12. Дорожная авария, определение которой приведено в Законе о компенсациях пострадавшим в дорожных авариях от 1975 г.

Обязательную силу для сторон имеет версия на иврите