

טל': 03-6735915 פקס: 03-6729025

"CARE 4 U"

ביטוח רפואי לעובדים זרים

בית איילון ביטוח:

רחוב אבא הילל סילבר 12, רמת גן

מיקוד 52008 ת.ד 10957

Жаңа җаһан

אגף בריאות, מחלקת עובדים זרים:

03-7569564 :D7D 1-800-35-2001 :7U

health@ayalon-ins.co.il

מוקד שרות רפואי כללית 2700*

"CARE 4 U"

ביטוח רפואי לעובדים זרים

מבוטח/ת יקר/ה,

אנו מברכים אותך על הצטרפותך ל – פוליסת CARE 4 U לכיסוי הוצאות רפואיות לעובדים זרים.

היקף הכיסוי הביטוחי בפוליסת CARE 4 U עומד בתקנות המפקח על הביטוח תוך התאמה רחב ומשופר והותאם לצו עובדים זרים (איסור העסקה שלא כדין והבטחת תנאים הוגנים) (סל שירותי בריאות לעובד), התשס"א – 2001 מיום 17/10/2001. מאמצים רבים הושקעו כדי שבעת הצורך יעמוד לשרותך מערך מיומן ויעיל הנותן פתרון מידי לכל פניה, באמצעות מוקד רפואי דובר שפות הפועל 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט יום כיפור.

השירותים הרפואיים יינתנו בסניפי קופת חולים כללית בפריסה ארצית ונותן מענה למגוון הטיפולים תחת קורת גג אחת בדומה לאזורי ישראל. וללא השתתפות עצמית.

שירותים אלו ניתנים באמצעות כרטיס מגנטי ייחודי לכל מקבל שירות בדומה לאזורי ישראל החבר בקופה.

אל תהססו לפנות אלינו במידה ויש לכם שאלה או בעיה כל שהיא. לרשותך בכל עת,

בברכת בריאות טובה,
אגף הבריאות

אנו מברכים אותך על היותך מבוטח בפוליסת CARE 4 U לעובדים זרים, של איילון חברה לביטוח בע"מ.

מאמצים רבים הושקעו כדי שבעת הצורך יעמוד לשירותך מערך מיומן ויעיל, הנותן פתרון מיידי לכל פנייה לקבלת שירותים רפואיים באמצעות מוקד שרות, הפועל 24 שנות ביממה כל ימות השנה למעט יום הכיפורים.

השרות הרפואי יינתן באמצעות שירותי בריאות כללית בהתאם לצו עובדים זרים ובכפוף לכיסויי הפוליסה הנרכשת.

אופן קבלת השרות:

לרשותך המבוטח עומד מוקד שרות רפואי בטלפון **2700*** – המוקד מאויש על ידי נציגי שירות דוברי שפות, המסייעים בקבלת השרות הרפואי הנדרש ועומדים לרשותך לשירותך בכל פניה.

כמו כן ניתן למצוא באתר האינטרנט של ה"כללית" פירוט אודות מרפאות, בתי מרקחת, רופאים ושירותים נוספים אשר נמצאים בקרבת מקום מגוריך, דרכם ניתן לקבל זימונים לשירותי רפואת המשפחה. כתובת האתר: www.clalit.co.il.

כרטיס שרות:

כרטיס מגנטי אישי הכולל את פרטייך האישיים יישלח לביתך עד לחודש ימים מיום כניסתך לביטוח. אנא שמור עליו והצג אותו בעת קבלת השרות הרפואי ובתאום עם המוקד. עד לקבלת הכרטיס המגנטי שירותים רפואיים יינתנו באמצעות הצגת דרכון ומספר זיהוי.

שרות רופא כללי:

במקרה הצורך, עליך לפנות לסניף קופת חולים כללית הקרוב למקום מגוריך, אשר יקבע עבורך תור לבדיקת רופא.

רכישת תרופות:

במידה ותקבל מרשם לקבלת תרופות על ידי הרופא המטפל, יש לפנות לבית מרקחת בסניפי קופת חולים כללית באזור מגוריך לצורך רכישת התרופות. בעת פנייה לבית מרקחת עליך להציג את כרטיס המבוטח. ללא הצגת הכרטיס, לצערנו לא יוכלו להינתן התרופות הדרושות! עד לקבלת הכרטיס המגנטי שירותים רפואיים יינתנו באמצעות הצגת דרכון ומספר זיהוי.

עזרה ראשונה לטיפול שנייים

במידה ותזדקק לעזרה ראשונה לטיפול שנייים, יפנה אותך מוקד השרות למרפאת שנייים הסמוכה למקום מגוריך, בה תוכל לקבל עזרה ראשונה, לרשותך יעמדו גם מרפאות העובדות 24 שעות ביממה.

שרות רופא מומחה:

במקרה של אבחון מחלה על ידי הרופא הכללי ומתן הפניה מתאימה, תוכל לקבוע תור באמצעות מוקד השרות בטלפון 2700* לרופא מומחה בקרבת מקום מגוריך.

ביצוע בדיקות אבחוניות

במקרה ותופנה על ידי רופא כללי ו/או מומחה לבצוע בדיקות אבחון תוכל לקבוע תור בסניפי קופת החולים או המוקד הרפואי. בסניפי קופ"ח כללית עומדים מכוני צילום, מעבדות לבדיקות ואנדוסקופיה, טומוגרפיה ממוחשבת. צילום רנטגן ואולטרא סאונד, בדיקת א.ק.ג. ולחץ דם. כל אלה בסניפי קופת חולים כללית בקרבת מקום מגוריך ובתיאום עם נציגי השירות.

אשפוז בבית חולים:

בכל מקרה של אשפוז בבית חולים יש להודיע על כך בימים א' – ה' בין השעות 17:00 – 8:00 למוקד השרות בטל': 2001 – 35 – 800 – 1 באופן מיידי.

הכיסוי הביטוחי כולל::

- הוצאות אשפוז.
- אבחונים
- תרופות
- שירותים כלליים
- הוצאות ניתוח
- צילומי רנטגן

פינוי המבוטח לארץ מוצאו

במקרים רפואיים קשים בהתאם למצבו הרפואי של העובד ובמידה ואינו כשיר לעבודה תוך 90 יום, יוחזר המבוטח החולה לארץ מוצאו בסיוע אחת מחברות הטיסה שבהסכם עם המבטחת.

הוצאות העברת נפטר לארץ מוצאו

הוצאות העברת נפטר מבוטח לארץ מוצאו או קבורה בישראל עד מקסימום \$5,000

**אין מסמך זה מהווה תחליף לפוליסה
והתנאים הקובעים הם התנאים המפורטים בפוליסה.
אנא קראו בעיון רב את תנאי הפוליסה וחריגיה.**

CARE 4 U

ביטוח רפואי לעובדים זרים

חלקי הפוליסה ופרקיה	
<ul style="list-style-type: none"> הגדרות חלק א' – אחריות המבטחת עפ"י הצו סייגים לחלק א' חלק ב' – ביטוחים נוספים סייגים לחלק ב' תנאים כלליים 	
1.	הגדרות
1.1	בעל הפוליסה
<p>חברה ו/או תאגיד ו/או יחיד ו/או חבר בני אדם המעסיק/ה ו/או מטפל/ת בעובד/ים בעלי אזרחות זרה ו/או כל תושב זר אחר כמפורט בדף פרטי הביטוח.</p>	
1.2	המבוטח
<p>יחיד, השווה במדינת ישראל כעובד זר או עתיד לשהות בה כעובד זר ו/או כל אחד מיחיד בני משפחתו הנקובים בהצעה, בתנאי וכל עוד שהם שוהים עם העובד הזר בישראל.</p>	
1.3	המבטחת
1.4	מקרה הביטוח
<p>איילון חברה לביטוח בע"מ.</p> <p>שירות רפואי, הנובע בעקבות צורך בטיפול רפואי בעקבות בעיה רפואית אצל המבוטח, כמפורט ובכפוף לכל אחד מסעיפי פוליסה זו ו/או בביטוחים הנוספים לה.</p>	
1.5	הצעת הביטוח
<p>טופס ההצעה לרבות הצהרת הבריאות וכתב ויתור על סודיות רפואית חתום על ידי המבוטח ובעל הפוליסה שהוגש על-ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח המשמש בסיס להתקשרות בפוליסה זו.</p>	
1.6	דף פרטי הביטוח
<p>דף פרטים המצורף לפוליסה, הכולל בין היתר את מספר הפוליסה, שם בעל הפוליסה, שם המבוטח, גובה הפרמיה, דרך ומועד תשלומה, מדד הבסיס, תאריך תחילת וסיום הביטוח.</p>	
1.7	הפוליסה
<p>חוזה זה לרבות דף פרטי הביטוח, הצעת הביטוח וכל נספח או תוספת לפוליסה כפי שצורפו אליה על-ידי המבטחת.</p>	
1.8	תקופת הביטוח
<p>כמפורט בדף פרטי הביטוח, אך לא לפני כניסת המבוטח לישראל ולא לאחר עזיבתו את ישראל.</p>	
1.9	ישראל
<p>שטח מדינת ישראל הריבונית לרבות שטחי יהודה שומרון וחבל עזה, למעט השטחים בשליטת הרשות הפלשתינאית.</p>	
1.10	ספק שירות
<p>ספק שירותים רפואיים ו/או אחרים לרבות בתי חולים, מכונים רפואיים, בתי-מרקחת, מעבדות, רופאים</p>	

ועוסקים במקצועות הרפואה והפרה-רפואה, אשר בינם לבין המבטחת קיים הסכם להספקת שירותים רפואיים.

1.11 בית חולים מוסד המוכר על-ידי הרשויות המוסמכות הרשמיות בישראל כבית חולים בלבד לרבות בתי חולים ציבוריים, ממשלתיים ופרטיים.

למען הסר ספק יובהר, כי בהגדרת בית חולים לא יכללו:

1.12 צו עובדים זרים סנטוריום, בית מרפא ובית חולים למחלות כרוניות. צו עובדים זרים (איסור העסקה שלא כדין והבטחת תנאים הוגנים) (סל שירותי בריאות לעובד) התשס"א – 2001.

1.13 חוק ביטוח בריאות חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 או כל חוק אחר, ממלכתי אשר יחליף אותו.

1.14 אשפוז טיפול רפואי הכרוך באשפוז ושהיית מבוסס בבית-חולים ממשלתי, ציבורי או פרטי בישראל במהלך תקופת הביטוח.

1.15 הוצאות רפואיות על פי האמור בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994, במועד תחילת תקופת הביטוח.

1.16 מוקד שירות רפואי מוקד הפועל 24 שעות ביממה בכל ימות השנה, למעט יום הכיפורים, ומשמש לקבלה ולמתן מידע, הפנייה למרפאות ו/או רופאים, טיפולים רפואיים, אישור אשפוז בבית חולים, טיפול בהחזרת נפגעים לארץ מוצאם, החזרת גופת נפטר למקום מושבו בחו"ל וכן מתן סיוע אחר הדרוש בקשר עם השירותים הרפואיים המכוסים על-פי פוליסה זו.

1.17 רופא הסכם רופא המצוי בהסכם עם המבטחת ו/או גוף אחר, אשר הוסמך על ידי המבטחת ואשר הוסמך על-ידי הרשויות בישראל, להעניק שירותים רפואיים.

1.18 תאונה חבלה גופנית כתוצאה מאירוע בלתי צפוי מראש, אשר נגרמה במשך תקופת הביטוח במישרין על-ידי גורם חיצוני ומקרי וגלוי לעין ואשר מהווה את הסיבה היחידה הישירה והמיידי לנכותו ו/או למותו של המבוטח.

1.19 נכות צמיתה פירושה אובדן מוחלט אנטומי או פונקציונלי של איבר או גפה או חלקיהן אשר אירע עקב תאונה, בתוך 12 חודשים ממועד התרחשות התאונה.

1.20 מוות מבוסס שנפטר חו"ח כתוצאה ישירה מתאונה ובתוך 12 חודשים מיום קרות התאונה בפועל ובתנאי שהמוות אירע במדינת ישראל.

1.21 דולר שערו היציג של דולר ארה"ב.

1.22 כרטיס שירות כרטיס שהוצא למבוטח, בנוסף לפוליסה, בו מצוינים פרטיו האישיים של המבוטח והמהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה.

1.23	פרמיה	דמי הביטוח ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה לשלם למבטחת.
1.24	מצב חירום רפואי	נסיבות שבהן אדם מצוי בסכנה מיידית לחייו או קיימת סכנה מיידית כי תגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא יינתן לו טיפול רפואי דחוף, והכל בכפוף לחוק זכויות החולה התשנ"ו – 1996.
1.25	תקופת העסקה	מלוא תקופת העבודה של מבוטח, אף אם אינה רצופה, שבה התקיימו יחסי עובד מעביד בין המבוטח למעביד מסויים.
1.26	סל שירותים	כל השירותים המנויים בתקנות 2 ו- 5 לתקנות מס מקביל בעבודה (שירותי בריאות בעבודה) התשל"ג – 1973 (להלן: "תקנות שירותי בריאות בעבודה"), ואולם כל מקום באותן תקנות שנאמר "קופת חולים", יקרא "המבטחת הרפואית".

2.	חלק א' : אחריות המבטחת עפ"י הצו	
2.1	המבטחת תשלם הוצאות אשפוז והוצאות רפואיות על-פי צו עובדים זרים (איסור העסקה שלא כדין והבטחת תנאים הוגנים) (סל שירותי בריאות לעובד) התשס"א – 2001, בגין מקרה ביטוח שאירע במדינת ישראל בלבד כמפורט:	
2.1.1	סל טיפולים:	
2.1.1.1	כל השירותים המנויים בתוספת השניה לחוק ביטוח בריאות, בשינויה מזמן לזמן.	
2.1.1.2	שירותי אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי, במצב חירום רפואי, לתקופה שלא תעלה על 60 ימים לתקופת העסקה אחת.	
2.1.1.3	השירותים הבאים:	
	א. בדיקות מי שפיר לנשים שהן בגיל 35 ומעלה בתחילת ההריון.	
	ב. חיסונים נגד צפדת כלבת קרמת.	
	ג. בדיקות מנטו וצילום ריאות.	
	ד. כיסאות גלגלים והליכונים.	
2.1.1.4	סל התרופות: כל השירותים המנויים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות) התשנ"ה – 1995, במועד תחילת תקופת הביטוח כשינוי מזמן לזמן.	
2.2	במידה ויידרש המבוטח על-ידי המבטחת, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית, על-ידי רופא מטעם המבטחת, וימסור כל פרט ו/או מסמך רפואי ו/או מידע סביר שידרש, ויתיר בחתימתו לרופאים ולכל גוף ו/או מוסד אחר למסור למבטחת כל ידיעה הנוגעת למבוטח.	
	קיום הוראה זו יהיה תנאי מוקדם לחובת המבטחת לתשלום תגמולי ביטוח על-פי פוליסה זו.	
	במקרה של פטירת המבוטח, חו"ח, לא תשלל מהמבטחת הזכות האמורה להלן.	

- 2.3 המבטחת תהיה רשאית, על-פי שיקול דעתה הבלעדי, לשלם תגמולי ביטוח ו/או חלק מהם ישירות לספק השירות או למבוטח עצמו. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח לספק השירות יבוצע התשלום כנגד חשבונית מקורית שתומצא למבטחת, הכוללת את פירוט השירות שניתן למבוטח, על-ידי ספק השירות וכן את אישור המבוטח המעיד על קבלת השירות דלעיל.
- 2.4 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח למבוטח, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות ומסמך רפואי המציין את מהות השירות הרפואי. מסמכים אלו יומצאו למבטחת בהקדם האפשרי, מהמועד בו שילם המבוטח את הסכומים הנקובים בהן.
- 2.5 המבטחת תהיה פטורה מהמשך חבותה במקרה וקבע רופא מומחה ברפואה תעסוקתית, כי בעקבות בעיה רפואית, המבוטח אינו כשיר לבצע את העבודה שלשמה נתקבל לעבוד אצל המעביד בישראל ולא יהיה כשיר לבצעה בפרק זמן רצוף של 90 יום מהמועד שבו נבדק על ידו אף אם ינתן לו הטיפול הרפואי שהוא נזקק לו. המבוטח יהיה זכאי לשירותי חירום רפואיים לשם ייצוב מצבו, עד למצב המאפשר המשך טיפול בו מחוץ לישראל וכן לשירותים רפואיים אחרים, שהוא נזקק להם בתקופת 30 הימים שלאחר קביעת הרופא כאמור או הקביעה בדבר ייצוב מצבו הרפואי כאמור.
- במקרה זה יהיה זכאי המבוטח לכרטיס טיסה חזרה לארץ מוצאו על פי מצבו הרפואי ובלבד שהאירוע בגינו אושפז המבוטח, מכוסה בתנאי הפוליסה והמבטחת אישרה את ההטסה.
- 2.6 למען הסר ספק יובהר, כי חבות המבטחת תישאר בתוקפה למקרה ביטוח במהלך תקופת הביטוח למשך 90 יום ממועד ביטול הפוליסה ובכפוף להוראות פוליסה זאת.
- 2.7 במסגרת פרק זה יכללו שירותי חדר מיון בבתי חולים כלליים בארץ, בכל אחד מהמקרים הבאים:
- א. כל שבר חדש.
 - ב. פריקה חריפה של כתף או מרפק.
 - ג. פציעה הדורשת איחוי על ידי תפירה או אמצעי איחוי חלופי.
 - ד. שאיפת גוף זר לדרכי נשימה.
 - ה. חדירת גוף זר לעין.
 - ו. טיפול במחלת הסרטן.
 - ז. טיפול במחלת ההמופיליה.
 - ח. טיפול במחלת סיסטיק פיברוזיס.
 - ט. פינוי באמבולנס לחדר מיון מהרחוב או ממקום ציבורי אחר, עקב אירוע פתאומי.
 - י. הפנייה שהסתיימה באישפוז שאינו אלקטיבי.
 - יא. שירותי אישפוז שניתנו למבוטח תכוף לאחר פנייה לחדר מיון, אם נעשתה בכפוף למקרים האמורים מעלה.
- 2.8 אין בהוראות פרק זה, כדי לאפשר למבטחת להגביל מתן שירותי בריאות למבוטח שהוא נזקק להם במצב חירום רפואי, הנובע ממצב רפואי קודם, לשם ייצוב מצבו הרפואי עד למצב המאפשר המשך הטיפול בו מחוץ לישראל או להגביל מתן שירותי בריאות אחרים הדרושים לו עקב אותו מצב רפואי קודם בתקופת 30 הימים שלאחר אישור הרופא כאמור או הקביעה בדבר ייצוב מצבו הרפואי כאמור.

2.9	2.9.1	דרשה המבטחת הרפואית מהמבוטח לעבור בדיקת רופא מומחה מטעמה, לצורך בירור מצב רפואי קודם ו/או ייצוב מצבו הרפואי ו/או כשירות המבוטח לעבודתו, תהיה הבדיקה במימון המבטחת הרפואית. המבטחת הרפואית תמסור למבוטח את חוות דעתו של הרופא המומחה, בצירוף הודעה בדבר זכאות המבוטח כאמור להלן ובצירוף פרטי גופים או ארגונים העשויים לסייע לו במימושה, שנתנו את הסכמתם לכך.
	2.9.2	המבוטח זכאי להציג חוות דעת נגדית מרופא מומחה שבחר, שתימסר למבטחת הרפואית בתוך 21 ימים מיום שהמבוטח קיבל את חוות דעת הרופא המומחה מטעם המבטחת הרפואית. שכן הרופא המומחה מטעם המבוטח ישולם בידי המבטחת הרפואית, בשיעור שקבעו המנהל הכללי של משרד הבריאות והממונה על הביטוח ושוק ההון במשרד האוצר (להלן: "השכר הקבוע").
	2.9.3	נחלקו בדעותיהם 2 הרופאים המומחים כאמור, ימנו הצדדים רופא מוסכם עליהם, במימון המבטחת הרפואית ודעתו תקבע. לא הגיעו הצדדים להסכמה על רופא כאמור, ימונה רופא מומחה מכריע בידי ראש האיגוד של ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן: "ההסתדרות"), העוסק בענף הרפואי הנוגע למחלת המבוטח ולענין קביעת אי הכושר לעבודה, אף בהינתן טיפול רפואי – בידי ראש האיגוד לרפואה תעסוקתית של ההסתדרות (להלן: "הרופא המכריע") וחוות דעתו היא שתקבע. לא מינה ראש איגוד כאמור רופא מכריע בתוך 15 ימים מיום שפנתה אליו המבטחת הרפואית, ימונה רופא מכריע בידי המנהל הכללי של משרד הבריאות או מי שהסמיכו לכך.
		שכרו של הרופא המכריע יהיה השכר הקבוע והוא ישולם על ידי המבטחת הרפואית.
	2.9.4	על אף האמור לעיל, אם קבע מנהל מחלקה בבית חולים, שבה מאושפז המבוטח או סגן מנהל מחלקה – בהיעדר המנהל – כי במועד שבו, לפי ההתניה בביטוח הרפואי אודות מצב רפואי קודם ו/או ייצוב מצבו הרפואי של המבוטח ו/או כשירות המבוטח לעבודתו, כי אמורה להיפסק זכאות המבוטח לשירותי בריאות, והמבוטח לא הגיע עדיין לייצוב מצבו הרפואי, תהיה קביעתו קובעת כל עוד לא נקבע אחרת, בין בידי מנהל המחלקה או סגנו כאמור ובין להוראות סעיף זה.

3.	השתתפות עצמית
	למען הסר ספק יובהר, כי על המבוטח לשאת בהשתתפויות עצמיות בטיפולים ובבדיקות האמורים להלן עד לתקרה של התשלום הנהוג ובכפוף לאמור בתוספת השניה והשלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 ולצו עובדים זרים התשס"א – 2001.
4.	סייגים לחלק א' – אחריות המבטחת עפ"י הצו
	המבטחת לא תישא באחריות ולא תכסה ו/או תשפה את המבוטח בגין תביעה כל שהיא הנובעת או הקשורה לאחד או יותר מהמקרים הבאים:

- 4.1 שירותי בריאות לאישה בקשר להריון במשך תשעת החודשים הראשונים במצטבר (להלן: "תקופת אכשרה להריון") שבהם התקיימו יחסי עובד – מעביד בינה לבין מעביד אחד או יותר בישראל, זולת מצב חירום רפואי. בדיקות גנטיות.
- 4.2 הוצאות רפואיות, אשפוז ו/או טיפולים רפואיים כלשהם מחוץ למדינת ישראל.
- 4.3 תאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונת דרכים התשל"ה – 1975 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.
- 4.4 פעולות איבה כהגדרתה בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה התש"ל – 1970 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.
- 4.5 לא יינתנו למבוטח שירותים שהוא נזקק להם מחמת בעיה רפואית הנובעת ממצב רפואי שקדם למועד הראשון שבו הסדיר בעבורו מעביד כלשהו בישראל ביטוח רפואי (להלן: "מצב רפואי קודם") וזאת במשך 3 השנים הראשונות שממועד תחילתו של צו זה או מן המועד הראשון האמור (להלן: "המועד הראשון"), לפי המאוחר, אם נתקיים אחד משני הסעיפים להלן:
- א. המבוטח עצמו אישר, כי הבעיה הרפואית שבגינה אירע מקרה הביטוח, נובע ממצב רפואי קודם שקדם לביטוח.
- ב. רופא מומחה אישר על-פי ממצאים, כי הבעיה הרפואית שבגינה אירע מקרה הביטוח, נובע ממצב רפואי קודם.
- 4.7 שירותים פסיכולוגיים.
- 4.8 טיפולים בים המלח הניתנים לחולי פסוריאזיס.
- 4.9 אשפוז סיעודי או שירותי סיעוד אחרים.
- 4.10 שירותים לטיפול בבעיות אין אונות, הפרעות בתפקוד המיני, פוריות הגבר או האישה, וכן טיפולי הפריה מלאכותית או הזרעה מלאכותית.
- 4.11 תרופות לטיפול במחלת האלצהיימר.
- 4.12 למען הסר ספק, באם שהה המבוטח מחוץ לישראל לאחר המועד הראשון שבו הסדיר בעבור המבוטח מעביד כלשהו בישראל ביטוח רפואי (להלן: "השהייה"), תקופה או תקופות העולות על 90 ימים רצופים או על 120 ימים רצופים, אם השהייה הפרידה בין תקופות העסקה אצל אותו מעביד – יראו כמועד הראשון, לעניין פסקה זו, את המועד הראשון לאחר השהייה שבו היה המבוטח מבוטח בביטוח רפואי.

5. חלק ב' – כיסויים נוספים לאמור בצו העובדים הזרים

- בנוסף תכסה המבטחת את האמור מטה על-פי התנאים כדלהלן:
- 5.1 הוצאות לצורך העברת מבוטח שנפגע או חלה מיד ובסמוך לאירוע באמבולנס ממקום האירוע לבית החולים או למוקד מד"א לאור מצבו הבריאותי, כל זאת כתוצאה ישירה ממקרה הביטוח וזאת על-פי מחירון מד"א למבוטח לתקופת ביטוח.
- 5.2 הוצאות הטסה במקרה של מות המבוטח ובכפוף לתנאי הפוליסה, תכסה המבטחת הוצאות העברת הנפטר לארץ מוצאו או הוצאות קבורה בישראל עד לסכום של 5,000 דולר ובלבד שהאירוע בגינו נפטר המבוטח, מכוסה בתנאי הפוליסה והמבטחת אישרה את ההטסה.

5.3 תאונות אישיות – סכום הביטוח על-פי סעיף זה הינו עד לסך של 10,000 דולר.

5.3.1 מוות מתאונה: במקרה של מות המבוטח מתאונה ובכפוף לסייגי הפוליסה, באם גילו של המבוטח ביום המוות הינו בין 18–60 שנה, תשלם המבטחת סך של 10,000 דולר למוטבים, אשר צויין בטופס ההצעה ובאין מוטב ליורשיו החוקיים.

5.3.2 נכות צמיתה: סעיף זה מעניק למבוטח בין הגילאים 18–60 שנה, פיצוי במקרה של אובדן מוחלט, אנטומי או תיפקודי, של איבר או גפה או חלקיהם לצמיתות, בשיעור של 100% של המבוטח כתוצאה מתאונה סך של 10,000 דולר.

במקרה נכות חלקית וצמיתה של המבוטח כתוצאה מתאונה מעניק הסעיף חלק יחסי מהסכום האמור וכמפורט:

שיעור האחוז	מהות הנכות	שיעור האחוז	מהות הנכות
12%	איבוד גמור ומוחלט של הזרת ביד ימין	60%	איבוד גמור ומוחלט של הזרוע הימנית או היד הימנית
10%	איבוד גמור ומוחלט של הזרת ביד שמאל	50% *	איבוד גמור ומוחלט של הזרוע השמאלית או היד השמאלית
8%	איבוד גמור ומוחלט של האמה ביד ימין	40%	איבוד גמור ומוחלט של רגל אחת
6%	איבוד גמור ומוחלט של האמה ביד שמאל	25%	איבוד גמור ומוחלט של ראייה בעין אחת
6%	איבוד גמור של הקמיצה באחת הידיים	16%	איבוד גמור ומוחלט של האגודל באחת מהידיים
5%	איבוד גמור ומוחלט של הבוהן ברגל	14%	איבוד גמור ומוחלט של האצבע ביד ימין
3%	איבוד גמור ומוחלט של כל אצבע אחרת ברגל	12%	איבוד גמור ומוחלט של האצבע ביד שמאל
40%	איבוד גמור ומוחלט של השמיעה בשתי האוזניים		
10%	איבוד גמור ומוחלט של השמיעה באוזן אחת		

* לגבי איטר יד ימינו – ההיפך

בכל מקרה של נכות חלקית עקב תאונה שלא נזכרה בפירוט שלעיל או במקרה של איבוד איברים, חלקי או מלא שאינו כולל הפרדתם האנטומית מגוף המבוטח, ישולם שיעור מתאים של סכום הביטוח המלא, לפי שיעור הנכות שיקבע על-ידי שני רופאים תעסוקתיים, בתנאי שאותה נכות היא תמידית.

אחריות המבטחת על-פי סעיף זה, לא תעלה על סכום ביטוח של 10,000 דולר בין שישולם בבית אחת עקב נכותו המלאה של המבוטח או מותו ובין שישולם בחלקים בעקבות מספר תביעות לנכות חלקית כאשר יגיע סך התשלומים המצטברים שעל המבטחת לשלם לפי סעיף זה לסך השווה לסכום הביטוח המלא, יפוג תוקפו של סעיף זה.

5.4	טיפול עזרה ראשונה בשיניים כאמור להלן למקרים האמורים, אשר יינתנו על-ידי רופא הסכם ועד לסכום של 500 דולר למבוטח, לכל תקופת הביטוח ובכפוף לאישור מוקד השירות הרפואי. הטיפולים שיכוסו:
5.4.1	עששת נרחבת, סתימה זמנית.
5.4.2	חלל פתוח בשן, סתימה זמנית.
5.4.3	צוואר שן חשוף, חומר למניעת רגישות.
5.4.4	דלקת חריפה, עקירת עצב או חומר חניטה.
5.4.5	מורסה ממקור שן, ניקוז מורסה ו/או טיפול בסגר.
5.4.6	דחיסת מזון, טיפול בחניכיים.
5.4.7	דלקת סב כותרתית, שטיפה ו/או טיפול תרופתי.
5.4.8	כאבים לאחר עקירה, שיכוך כאבים.
5.4.9	פצעי לחץ תחת תותבת קיימת, שחרור פצעי לחץ.
5.4.10	כל טיפול נוסף הנובע מכאב שיניים, יינתן טיפול להקלה או להפסקת הכאב.
5.4.11	בדיקה וצילום השיניים הכואבות.
5.4.12	מתן מרשם מתאים לשיכוך הכאב במקרה ולא ניתן לטפל בשן באותה עת.

6.	סייגים לחלק ב' – כיסויים נוספים
	המבטחת לא תישא באחריות ולא תכסה ו/או תשפה את המבוטח בגין תביעה כל שהיא הנובעת או הקשורה לאחד או יותר מהמקרים הבאים:
6.1	ניסיון להתאבדות או חבלה עצמית במתכוון, או סיכון עצמי במתכוון (פרט לניסיון הצלת חיי אדם) או השתתפות המבוטח בביצוע פשע.
6.2	שכרות או שימוש בסמים פרט למקרה של שימוש על פי הוראות רופא.
6.3	מלחמה או סכסוך מזויין או פעולה של כוחות עוינים סדירים ובלתי סדירים, או השתתפות בפעולות מלחמתיות או צבאיות.
6.4	טיסת המבוטח בכלי טייס כאיש צוות.
6.5	טיפול רפואי או כירורגי (מלבד אם הטיפול נעשה הכרחי מסיבת היזק גופני הנכלל בביטוח זה).
6.6	ביקוע גרעיני או קרינה מיננט.
6.7	תאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונת דרכים התשל"ה – 1975 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.
6.8	פעולות איבה כהגדרתה בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה התשל"ה – 1970 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.
6.9	תאונת עבודה כמשמעה בחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשכ"ח – 1968 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.
6.10	מצב בריאות קודם כהגדרתו, תופעה או מחלה או תוצאות מחלה או תאונה שהיו קיימים אצל המבוטח ו/או אירעו למבוטח לפני מועד תחילת הביטוח.

7.	תנאים כלליים
7.1	בהיוודע למבוטח על הצורך במקרה הביטוח, יפנה המבוטח למוקד השירות הרפואי.

במקרה של מצב חירום רפואי ו/או אישפוז בבית חולים, יודיע על-כך המבוטח למוקד השירות הרפואי בהקדם האפשרי.

7.2 המבוטח ימסור למבטחת את המידע המתייחס לתביעתו לרבות באבחנת הרופא המטפל ואת המסמכים הרפואיים המקוריים והאחרים הדרושים למבטחת לברור התביעה.

7.3 המבוטח ימסור למבטחת את המידע האמור לעיל לפני קבלת השירותים הרפואיים ו/או לאחר קבלתם, לפי דרישת המבטחת. על כל תאונה או מקרה הגורר אחריו או עלול לגרור אחריו תביעה לפי פוליסה זו, על המבוטח ו/או בעל הפוליסה להודיע בהקדם האפשרי למוקד השירות הרפואי ו/או למבטחת.

7.4 על המבוטח ו/או בעל הפוליסה להמציא למבטחת לפי הכתובת האמורה, בהקדם האפשרי מיום קרות מקרה הביטוח, בכתב את כל מידע באופן סביר ובכלל זה ידיעות, הוכחות, תעודות ומסמכים מגורמים מוסמכים כגון: משטרה, הנהלת בתי מלון, הנהלת בתי חולים, רופא, בית מרקחת, חברת תעופה, חברת ספנות וכדומה, וחומר אחר שיידרש מהמבוטח ו/או בעל הפוליסה על-ידי המבטחת. סעיף זה הוא תנאי מהותי לאחריות של המבטחת.

7.5 במקרה של הגשת תביעה, תהיה רשאית המבטחת לנהל חקירה ובייחוד לבדוק את המבוטח על-ידי רופא או רופאים מטעמה על חשבונה וזאת כתנאי לאישור התביעה.

7.6 במקרה מות המבוטח, תהיה המבטחת זכאית לדרוש ביצוע ניתוח שלאחר המוות שיבוצע על חשבון המבטחת, אלא אם כן ידוע סירובו של החולה או משפחתו, לביצוע הניתוח.

7.7 המבוטח ו/או בעל הפוליסה, מתחייבים להמציא למבטחת על-פי דרישתה, את הפרטים הדרושים על מנת לאפשר למבטחת לבדוק את עברו הרפואי של המבוטח לרבות טופס ויתור על סודיות רפואית.

7.8 במידה וניתנו על-ידי המבוטח ו/או בעל הפוליסה תשובות או הצהרות שאינן מלאות וכנות לשאלות הנוגעות למצב בריאותו ועיסוקיו של המבוטח או שלא הובאו לידיעת המבטחת עובדות הנוגעות בעניין מהותי לעניינים אלה, אשר אילו הובאו לידיעתו לא היה המבטחת מתקשר על-פי פוליסה זו, בה במידה יחולו ההוראות המפורטות להלן:

- א. נודע הדבר למבטחת, בטרם אירע מקרה הביטוח, תהיה המבטחת רשאית לבטל את הפוליסה, בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ו/או למבוטח, בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח התשמ"א – 1981.
- ב. נודע הדבר למבטחת, לאחר שקרה מקרה הביטוח ובכפוף לאמור בסעיף ג' להלן, המבטחת תשלם תגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים.
- ג. נודע הדבר למבטחת, לאחר שקרה מקרה הביטוח, במקרים הבאים תהיה המבטחת פטורה מכל חבות שהיא:
 1. התשובה ניתנה במירמה.

2. מבטחת סבירה לא היתה מתקשרת באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידעה את מצב לאמיתו; במקרה זה זכאי המבוטח (בעל הפוליסה) להחזר דמי

הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטחת.
האמור לעיל לא יגרע מכל תרופה, לה זכאית המבטחת, על-פי כל דין.

7.9 על המבוטח להוכיח את תאריך לידתו על-ידי תעודה מזהה לשביעות רצונה של המבטחת. תאריך לידתו של המבוטח הינו ענין מהותי ומהווה חלק בלתי נפרד מחובת הגילוי החלה על המבוטח.

7.10 הפוליסה כפופה להצהרת בריאות של כל מבוטח ומותנית בכתב ויתור על סודיות רפואית מטעם המבוטח כלפי המבטחת, כמופיע בטופס ההצעה לביטוח ונספחיו.

7.11 פוליסת ביטוח זו כפופה לחוק חוזה ביטוח התשמ"א – 1981.

7.12 המבטחת לא תהיה אחראית למעשיו ו/או מחדליו של מי מנותני השירותים.

למבטחת לא תהיה אחריות כלשהי לפעולות ו/או למחדלים של נותני השירותים בקשר עם שירות כלשהו ו/או תוצאותיו.

7.13 מקרה ביטוח המכוסה ע"י יותר מחברת ביטוח אחת ו/או ע"י גורם שלישי:

7.13.1 היתה למבוטח בשל מקרה ביטוח המכוסה על פי פוליסה זו, גם

זכות לשיפוי מגורם שלישי, שלא מכוח חוק חוזה ביטוח, עוברת

זכות זו למבטחת מעת ששילמה תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים

ששילמה וזאת מבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מהגורם

השלישי שיפוי שמעבר לתגמולי הביטוח על פי פוליסה זו.

קיבל המבוטח מהגורם השלישי סכום שיפוי שהיה מגיע למבטחת

על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטחת. עשה פשרה, ויתור או

פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטחת, עליו לפצותה

בשל כך. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו, לשם

מימוש זכותה של המבטחת כאמור.

7.13.2 בוטחו מקרי הביטוח כולם או מקצתם אצל יותר ממבטחת אחת

לתקופות חופפות, על בעל הפוליסה או המבוטח, להודיע על כך

למבטחת בכתב מיד לאחר שנעשה ביטוח כפל או לאחר שנודע

לו עליו. המבטחת תהא זכאית להתנות את תשלום תגמולי

הביטוח בהמחאת זכויותיו של המבוטח, על פי הפוליסות האחרות

למבטחת לגבי סכום תגמולי הביטוח העולים על חלקה היחסי של

המבטחת בהוצאות המכוסות על פי פוליסה זאת, שהוצאו בפועל.

7.13.3 על בעל הפוליסה ו/או המבוטח, לשתף פעולה עם המבטחת

ולעשות כל פעולה על מנת לאפשר למבטחת, קבלת הסכומים

אשר שולמו על ידי המבטחת והיו באחריות הצד השלישי.

7.14 במידה ויחולו שינויים בצו עובדים זרים או בחוק ביטוח בריאות ממלכתי

ו/או בכל צו ו/או הוראה לאחר תחילת תקופת הביטוח, תודיע המבטחת

לבעל הפוליסה ו/או למבוטחים בדבר השינויים שחלו לאחר תחילת

תקופת הביטוח והתוספת לפרמיה הנדרשת בעקבות השינוי האמור ומועד

לתשלומה.

7.15 כל תביעה לפי פוליסה זו תשולם למבוטח בשקלים חדשים לפי שער היציג

של הדולר במועד התשלום או במקרה מותו של המבוטח ליורשיו החוקיים

או למנהלי עזבונו של המבוטח כפי שבית המשפט יקבע.

- 7.16 השירותים הכלולים בסל הטיפולים ובסל התרופות כמשמעם בפוליסה זאת, יינתנו למבוטח על פי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגוריו ובהתאם להוראות סעיף זה.
- 7.17.1 השירותים הכלולים בפוליסה זאת, לא יינתנו למבוטח, אם נזקק להם עקב פגיעה בעבודה, כמשמעה בחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה – 1995, ובלבד שהמעביד אישר, בטופס שקבע המוסד לביטוח לאומי ושמועד לכך (להלן: "טופס פגיעה"), כי הפגיעה האמורה היא פגיעה בעבודה.
- 7.17.2 נתן המעביד טופס פגיעה והמוסד לביטוח לאומי לא קבע בתוך 3 חודשים ממועד הפגיעה, כי היא פגיעה בעבודה, יחול הביטוח הרפואי על שירותים שניתנו למבוטח עקב אותה פגיעה בתוך 3 החודשים, אף אם ניתנו שלא בידי נותן השירותים מטעם המבטחת הרפואית ולאחר 3 החודשים בכפוף להוראות סעיף 2, כל עוד לא קבע המוסד לביטוח לאומי, כי היא פגיעה בעבודה.

8. תוקף הפוליסה

- הפוליסה תחול כמצויין בדף פרטי הביטוח ובכפוף לכל התנאים המצטברים הבאים:
- 8.1 ניתנה הסכמת המבטחת, על תנאיה וסייגיה, להצעת הביטוח. למען הסר ספק מובהר, אם שולמו למבטחת כספים על חשבון הפרמיה לפני שניתנה הסכמת המבטחת לבטח את המועמד להיות מבוטח, לא תחשב קבלת הכספים האמורים, כהסכמת המבטחת לעריכת הביטוח.
- 8.2 שולמה הפרמיה הראשונה על-פי הנקוב בדף פרטי הביטוח.

9. ביטול הפוליסה

- המבטחת תהא רשאית לבטל פוליסה זו ו/או נספחיה במידה ולא שולמה הפרמיה או חלקה במועד ולא תוך 15 ימים, לאחר שהמבטחת דרשה מהמבוטח או מבעל הפוליסה לשלמם. המבטחת תהיה רשאית להודיע לבעל הפוליסה ו/או למבוטח, כי הפוליסה תבטל כעבור 21 ימים נוספים, אם הסכום שבפיגור לא יסולק.
- המבוטח יהא רשאי לבטל את הפוליסה בהודעה שתימסר בדואר רשום, 30 ימים לפני מועד הביטול.
- במקרה כזה, המבטחת לא תהא חייבת בתגמולי ביטוח או בכל אחריות על-פי הפוליסה מיום קבלת הודעת הביטול, מטעם המבוטח, אצל המבטחת.

10. חידוש הפוליסה

- 10.1 בכפוף לתשלום הפרמיה מאת המבוטח תחודש הפוליסה.
- 10.2 תקופת הביטוח הראשונה, (להלן: "תקופת הביטוח הראשונה"), תהיה בהתאם לתקופת עבודתו הפעילה של המבוטח בישראל, אך לא יותר מ- 5 שנים ובלבד ששילם המבוטח 30 יום קודם לסיום כל שנת ביטוח את הפרמיה במלואה. חידוש הפוליסה במהלך תקופת הביטוח הראשונה תהיה ללא צורך בהצהרת בריאות.
- 10.3 בתום תקופת הביטוח הראשונה, מבוטח שקיבל אשרה ממשד הפנים לשהייה נוספת, יימשך תקופת הביטוח כל עוד האשרה ממשד הפנים בתוקף ושולמה הפרמיה בהתאם.

10.4. במהלך תקופת הביטוח שלאחר תקופת הביטוח הראשונה, במקרה של התקשרות המבוטח לבעל פוליסה חדש או במקרה והמבוטח הפך לבעל הפוליסה, במטרה לחדש את הפוליסה לתקופת ביטוח נוספת ללא צורך בחיתום מחדש, יפנה בעל הפוליסה החדש למבטחת, תוך 30 ימים מעת השינוי ויציג טופס מקורי ממשרד הפנים, הכולל את פרטיו האישיים של המבוטח והמאשר את המשך העסקתו של המבוטח לשנת עבודה נוספת, בתפקיד שלשמו הגיע לישראל ואצל בעל הפוליסה החדש שבעבורו מותרת המשך שהייתו של המבוטח לצורך עבודה בישראל. בעל הפוליסה, יעביר בנוסף, מסמך מקורי, בו מצהיר בעל הפוליסה על עיסוקו של המבוטח ומקום עבודתו לתקופת הביטוח האמורה. בעל הפוליסה יחתום על התחייבות, שבה הוא מתחייב ליידע את המבטחת, במקרה שהמבוטח יחליף את תפקידו לתפקיד אחר מהתפקיד שלשמו הותרה שהייתו של המבוטח בישראל או יחליף את מקום עבודתו או יעזוב את מקום עבודתו לתקופה העולה על 30 ימים.

11. תשלום הפרמיה

- 11.1. בעל הפוליסה ישלם עבור כל אחד מהמבוטחים, בגין תקופת ביטוח, של כל אחד מהמבוטחים, את הפרמיה, המגיעה על-פי הנקוב בדף פרטי הביטוח.
- 11.2. הפרמיה תשולם מראש עבור כל חודש או פרק זמן מוסכם אחר בתקופת הביטוח, ביום הראשון של אותו חודש או של פרק הזמן המוסכם או ביום אחר, באותן תקופות, בהתאמה, על-פי החלטת המבטחת.
- 11.3. הפרמיה וסכומי הביטוח יהיו צמודים לשיעור עליית דולר יציג ארצות הברית האחרון, שפורסם לפני ביצוע כל תשלום פרמיה, במועדים הנקובים בדף פרטי הביטוח.
- 11.4. לפרמיות שלא שולמו במועדן, תתווסף במועד תשלומן, בנוסף להפרשי הצמדה כאמור בסעיף לעיל, ריבית כפי שתהיה נהוגה באותה עת בחשבונות חח"ד, מיום היווצר הפיגור בתשלום ועד לפירעונו בפועל, על-ידי בעל הפוליסה.
- 11.5. הפרמיה המשולמת בגין פוליסה זו תהיה, כמצוין בדף פרטי הביטוח.
- 11.6. המבטחת זכאית לשנות את הפרמיה והתנאים של ביטוח זה לכלל המבוטחים בביטוח זה.
- שינוי הפרמיה יהיה בכפוף לאישור הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון.
- 11.7. שונתה הפרמיה כאמור, תחושב הפרמיה החדשה ללא התחשבות בשינוי שחל במצב בריאותו של המבוטח במשך התקופה שקדמה לשינוי כאמור.

12. התיישנות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח, על-פי פוליסה זו, היא 3 שנים ממועד קרות מקרה הביטוח.

13. שיפוט

תביעות שנויות במחלוקת, הנובעות מפוליסה זו, תוגשנה לבית משפט בישראל.

period without the need for a new underwriting, the new policy holder will approach the Insurer within 30 days from the time of change and present the original form from the Ministry of the Interior, which includes the personal details of the Insured and confirms the continued employment of the Insured for an additional year of work, for the function for which he came to Israel and with the new policy holder for whom the continued stay of the Insured in Israel, for the purpose of his work in Israel is permitted. The policy holder will send in addition an original document in which the policy holder declares his employment of the Insured and the place of work for the said insurance period. The policy holder will sign an undertaking in which he undertakes to inform the Insurer, in the event that the Insured will change his function to another function for which his stay in Israel was permitted, or change his place of work or leave his place of work for a period exceeding 30 days.^{7.17 7.17.1} The services included in this policy will not be provided to the Insured if he requires them due to a work accident, within the meaning of the National Insurance Law (Combined Version) – 1995, provided that the employer confirms, in a form determined by the National Insurance Institute and earmarked for it (hereinafter: "the Injury Form"), that the injury was a work accident.

11. Payment of premium

- 11.1 The policy holder will pay the premium for each of the Insured, for the insurance period, of each of the Insured, which is due according to that stated in the Insurance Details Page.
- 11.2 The premium will be paid in advance for every month or agreed other period of time, during the period of the insurance, on the first day of that month or of the agreed period of time or on another day, during those periods, respectively, according to the decision of the Insurer.
- 11.3 The premium and amounts of insurance will be linked to the rate of increase of the last representative rate of exchange of the U.S. dollar, published before each of premium payments on the date stipulated in the Insurance Details Page.
- 11.4 The premiums not paid in due time will have added to them, in addition to linkage differences as mentioned in the previous clause, interest as prevailed at that time in a debitory account, from the date of the creation of the arrears in payment until the date of actual payment by the policy holder.
- 11.5 The premium paid for this policy will be as stated in the Insurance Details Page.
- 11.6 The Insurer will be entitled to change the premium and the conditions of this insurance for all Insured in this insurance, the change in the premium will be subject to approval of the Director of the Capital Market Insurance and Savings.
- 11.7 Should such premium be changed, the new premium will be calculated without taking into account the change that applied in the state of health of the Insured during the period prior to such change.

12. Prescription

The period of prescription of the claim for insurance compensation under this policy is 3 years from the date of the occurrence of the insured event.

13. Jurisdiction

Claims in dispute, resulting from this policy, will be submitted to a court in Israel.

and of a reasonable quality within a reasonable time and a reasonable distance from the place of residence, according to the provisions of this clause.

7.17.2 Should the employer submit the injury form and the National Insurance Institute did not determine within three months of the date of the accident, that it is a work accident, the medical insurance will apply to services provided to the Insured due to that accident within three months, even if not by a provider of the service on behalf of the medical Insurer; and after three months, subject to the provisions of clause 2, as long as the National Insurance Institute does not stipulate otherwise that it is a work accident.

8. The policy's validity

The policy will apply as stated in the insurance details page and subject to the following aggregate conditions:

- 8.1 The Insurer gave its agreement, on its conditions and exclusions, to the insurance proposal.
To avoid doubt, it is hereby clarified that should amounts have been paid on account of the premium to the Insurer prior to the Insurer giving its agreement to insure the candidate as an insured party, the receipt of such amounts will not be considered as the Insurer's agreement to issue the insurance.
- 8.2 The initial premium was paid in accordance with that stated in the Insurance Details Page.

9. Cancellation of the policy

The Insurer will be entitled to cancel the policy and/or its appendices should the premium or part thereof not be paid in due time and not within 15 days after the Insurer demanded from the Insured or from the policy holder to pay. The Insurer will be entitled to inform the policy holder and/or the Insured that the policy will be cancelled within 21 additional days if the amount in arrear is not settled.

The Insured will be entitled to cancel the policy by notice delivered by registered mail 30 days prior to the date of cancellation.

In such a case, the Insurer will not be liable to insurance compensation for any liability under the policy from the date of notice of cancellation, on behalf of the Insured, at the Insurer.

10. Renewal of the policy

- 10.1 Subject to payment of the premium by the Insured, the policy will be renewed.
- 10.2 The initial insurance period (hereinafter: "the initial insurance period") will be according to the period of active work of the Insured in Israel, but not more than 5 years provided that the Insured paid the full premium 30 days prior to the end of every insurance year. The renewal of the policy during the initial insurance period will be without the need for a health declaration.
- 10.3 At the end of the insurance period, an Insured who received a permit from the Ministry of the Interior, for an additional stay, the period of insurance will continue as long as the period from the Ministry of the Interior is valid and the premiums have been paid accordingly.
- 10.4 During the insurance period and after the initial insurance period, in the event that the Insured is engaged with a new policy holder or in the event that the Insured became the policy holder with a view to renew the policy during an additional initial insurance

3. The aforesaid will not derogate from any relief that the Insurer is entitled to under any law.
- 7.9 The Insured must prove the date of his birth by an identifying certificate to the satisfaction of the Insurer. The date of birth of the Insured is a fundamental matter and is an integral part of the obligation of disclosure applying to the Insured.
- 7.10 The policy is subject to the Insured's health declaration and is conditional on a letter of waiver of medical confidentiality, on behalf of the Insured to the Insurer, as stated in the insurance proposal form and its appendices.
- 7.11 This insurance policy is subject to the Insurance Contract Law – 1981.
- 7.12 The Insurer will not be responsible for any acts and/or omissions of any of the service providers.
The Insurer will not be responsible at all for any acts and/or omissions of the services providers in connection with any service and/or its results.
- 7.13 Should the insured event be covered by more than one insurance company and/or by a third party:
- 7.13.1 Should the Insured due to the insured event covered under this policy also have a right of indemnity from a third factor, not by virtue of the Insurance Contract Law, that right is transferred to the Insurer from the time that it paid the insurance compensation and the rate of compensation paid, and this without derogating from the Insured's right to collect indemnity first from a third factor, over and above the insurance compensation under this policy.
Should the Insured receive from a third factor an amount of indemnity that is due to the Insurer under this clause, he must transfer it to the Insurer. Should he come to a compromise, waiver or any other action which harms the right of transfer to the Insurer, he must compensate it for this. The Insured undertakes to cooperate as far as required for the Insurer to realize its rights.
- 7.13.2 Should insured events be insured fully or partly by more than one Insurer for overlapping periods, the policy holder or the Insured must inform the Insurer in writing immediately after taking out the double insurance or after knowing of this. The Insurer will be entitled to condition the payment of insurance compensation on the assignment of the rights of the Insured, under the other policies to the Insurer, regarding the amount of insurance compensation exceeding the proportional share of the Insurer in the expenses covered, under this policy, which were actually paid.
- 7.13.2 The policy holder and/or the Insured must cooperate with the Insurer and take every action to enable the Insurer to receive the amounts which were paid by the Insurer and which were the responsibility of the third party.
- 7.14 Should there be changes in the Foreign Workers Order or the National Health Insurance Law and/or any order and/or instructions after the start of the insurance period, the Insurer will inform the policy holder and/or the Insured regarding the changes which took place after the start of the insurance period, and the addition to the premium required as a result of such change, and the date of its payment.
- 7.15 Any claim under this policy will be paid to the Insured in new shekels at the representative rate of exchange of the dollar on the date of payment, or in the event of the death of the Insured to his legal heirs or to the administrator of the Insured's estate, as the court will rule.
- 7.16 The services included in the basket of treatments and the basket of medicines, within the meaning of this policy, will be given to the Insured according to medical discretion

- Insured will inform the medical service center as soon as possible.
- 7.2 The Insured will provide the Insurer with the information relating to his claim including the treating doctor's diagnosis and the written medical and other documents required by the Insurer to clarify the claim.
The Insured will deliver to the Insurer the information mentioned above prior to receiving the medical services and/or after their receipt, on the Insurer's demand.
- 7.3 Every accident or event which is likely to result in a claim under this policy, the Insured and/or the holder of the policy must, as soon as possible, inform the medical service center and/or the Insurer.
- 7.4 The Insured and/or the policy holder must submit to the Insurer at the said address, as soon as possible after the occurrence of the insured event, in writing, all the information in a proper manner and including all the data, proof, certificates and documents from competent authorities, such as: the police, the hotel management, the hospital's management, doctor, pharmacy, airline, shipping company etc., and other material required from the Insured and/or the holder of the policy by the Insurer. This clause is a fundamental condition for the Insurer's liability.
- 7.5 In the event of submitting a claim, the Insurer will be entitled to carry out an investigation and in particular to examine the Insured by a doctor or doctors on its behalf and on its account, and this as a condition for proving the claim.
- 7.6 In the event of the death of the Insured, the Insurer will be entitled to demand a post mortem which will be carried out on the Insurer's account, unless it knows of the objection of the patient or its family to carry out the post mortem.
- 7.7 The Insured and/or the policy holder undertake to submit to the Insurer, on its demand, the details required by it in order to enable the Insurer to examine the medical past of the Insured, including the form for waiving medical confidentiality.
- 7.8 Should responses or declarations given by the Insured and/or the policy holder to the questions relating to the medical condition and the occupation of the Insured not be full and frank, or the facts relating to significant points regarding these matters not be brought to the attention of the Insurer, which, had they been brought to its knowledge, the Insurer would not have engaged in this policy, the provisions detailed below will apply:
- a. Should the Insurer become aware, prior to the occurrence of the insured event, the Insurer will be entitled to cancel the policy with a written notice to the policy holder and/or the Insured, according to the provisions of the Insurance Contract Law – 1981.
 - b. Should the Insurer become aware after the occurrence of the insured event and subject to the provisions of clause (c) below, the Insurer will pay reduced insurance compensation, proportionally to the ratio between the insurance premium, which would have been paid as usual according to the real conditions, and the agreed insurance premium.
 - c. Should the Insurer become aware after the occurrence of the insured event, in the following cases, the Insurer will be exempt from any liability whatsoever:
 1. The response was given fraudulently.
 2. A reasonable insurer wouldn't have engaged in that contract, even with a higher premium, had it known the real situation; in such a case, the Insured (policy holder) will be entitled to a refund of the insurance premium he paid for the period after the occurrence of the insured event, less the Insurer's expenses.

- 5.4 First aid treatment for teeth, as mentioned below in the said cases, which was given by an agreement doctor up to an amount of 500 dollars per Insured, for the whole insurance period, and subject to approval of the medical service center.

The treatments covered:

- 5.4.1 Extensive caries, temporary filling.
- 5.4.2 An open cavity in the tooth, temporary filling
- 5.4.3 Exposed cervical under the tooth, substance to prevent sensitivity.
- 5.4.4 Acute infection, extirpation of pulp or protecting material.
- 5.4.5 Abscess of dental origin, drainage of abscess and/or treatment of occlusion.
- 5.4.6 Packing of food, treatment of gums.
- 5.4.7 Infection under existing prosthesis, rinsing and/or medical treatment
- 5.4.8 Pain after an extraction, relieving pain.
- 5.4.9 Pressure ulcers under existing prosthesis, easing the pressure ulcers.
- 5.4.10 Every additional treatment resulting from toothache, treatment will be given to ease or stop the pain.
- 5.4.11 Examination and x-rays of the painful teeth.
- 5.4.12 Providing a suitable prescription to ease pain in the event that the tooth cannot be treated at that time.

6. Exclusions to part 2 – additional cover

The Insurer will not bear the liability and not cover and/or indemnify the Insured for any claim resulting or connected with one or more of the following events:

- 6.1 In an attempt of suicide or intentional self harm or intentional personal risk (apart from an attempt to save the life of a person) or the Insured's participation in carrying out a crime.
- 6.2 Drunkenness or the use of drugs, apart from the case of the use according to a doctor's instruction.
- 6.3 War or armed conflict or an action of regular and irregular enemy forces or participation in war or military activities.
- 6.4 The Insured flying in an aircraft as a member of the crew.
- 6.5 Medical or surgical treatment (unless the treatment was essential from the point of view of bodily injury included in this insurance).
- 6.6 Nuclear fission or radiation.
- 6.7 Road accident, as defined in the Law for Compensation of Road Accident Injured – 1975, or any other law that replaces it.
- 6.8 Hostile action as defined in the Law for Compensation to Injured due to Hostile Action – 1970, or any other law that replaces it.
- 6.9 Work accidents within the meaning of the National Insurance Law (Combined Version) – 1968, or any other law that replaces it.
- 6.10 A previous health condition as defined, a phenomenon or illness or result of an illness or an accident which the Insured had or which occurred to the Insured prior to the date of the start of the insurance

7. General conditions

- 7.1 On the Insured becoming aware of the need due to the insured event, the Insured will contact the medical service center.
In the event of a medical emergency situation and/or hospitalization in a hospital, the

transport.

5.3 Personal accidents – the amount of insurance under this clause is up to an amount of 10,000 dollars.

5.3.1 Accidental death: in the event of the accidental death of the Insured and subject to the exclusions in the policy, should the age of the Insured on the date of the death be between 18 and 60 years, the Insurer will pay the amount of 10,000 dollars to the beneficiaries, as stated in the proposal form, and if there are no beneficiaries, to his legal heirs.

5.3.2 Permanent invalidity: this clause grants the Insured, between the age of 18 to 60, compensation in the event of permanent loss, anatomical or functional, of an organ or limb or parts thereof, permanently at a rate of 100% of the Insured, as a result of an accident, an amount of 10,000 dollars.

In the event of partial permanent invalidity of the Insured as a result of an accident, this clause grants a proportional part of that amount as follows:

Nature of the invalidity	Percentage	Nature of the invalidity	Percentage
Permanent and absolute loss of the right limb or the right hand	60%	Permanent and absolute loss of the little finger in the right hand	12%
Permanent and absolute loss of the left limb or the left hand	50% *	Permanent and absolute loss of the little finger in the left hand	10%
Permanent and absolute loss of one leg	40%	Permanent and absolute loss of the third finger in the right hand	8%
Permanent and absolute loss of sight in one eye	25%	Permanent and absolute loss of the third finger in the left hand	6%
Permanent and absolute loss of the thumb on one of the hands	16%	Permanent and absolute loss of the ring finger in one of the hands	6%
Permanent and absolute loss of a finger in the right hand	14%	Permanent and absolute loss of the big toe	5%
Permanent and absolute loss of a finger in the left hand	12%	Permanent and absolute loss of any other finger in the foot	3%
		Permanent and absolute loss of hearing in both ears	40%
		Permanent and absolute loss of hearing in one ear	10%

* With regard to a left-handed person – the opposite

In every case of partial invalidity, due to an accident not mentioned in the details above in the event of a loss of organs, partial or fully, which does not include an anatomical separation from the Insured's body, a suitable rate will be paid of the full insurance amount, according to the rate of invalidity determined by two occupational doctors, on condition that the invalidity is permanent.

The liability of the Insurer, under this clause, will not exceed an insurance amount of 10,000 dollar whether paid once due to the full invalidity of the Insured or his death, or paid partially as a result of a number of partial invalidity claims, when the total payments that the Insurer must pay under this clause will equal the total amount of the full insured amount, this clause will expire.

which stems or is connected with one or more of the following cases:

- 4.1 Health services to a woman in connection with pregnancy for a first accumulated period of nine months (hereinafter: "the pregnancy eligibility period") during which employee/employer relations existed between her and one or more employers in Israel, apart from an emergency medical situation.
- 4.2 Genetic tests
- 4.3 Medical expenses, hospitalization and/or any medical treatment outside of the State of Israel.
- 4.4 Road accident, as defined in the Law for Compensation of Road Accident Injured – 1975, or any other law that replaces it.
- 4.5 Hostile action, as defined in the Law of Hostile Action – 1970, or any other law that replaces it.
- 4.6 No services will be provided to the Insured who requires them, due to a medical condition, which preceded the first date on which any employer in Israel arranged medical insurance for him (hereinafter: "the previous medical condition"), and this for the first three years from the date of the start of this Order or from the first such date (hereinafter: "the first date"), whichever later, if one of the following clauses exists:
 - a. The Insured himself confirmed that the medical condition, for which the medical event occurred, stems from a previous medical condition prior to the insurance.
 - b. A specialist confirmed, according to the findings, that the medical problem, for which the insured event occurred, stems from a previous medical condition.
- 4.7 Psychiatric services.
- 4.8 Treatment in the Dead Sea given to those suffering from psoriasis.
- 4.9 Nursing hospitalization or other nursing services.
- 4.10 Services for treating impotency, problems of sexual performance, male or female fertility, artificial fertilization or artificial insemination.
- 4.11 Medications for treating the Alzheimer illness.
- 4.12 To avoid doubt, if the Insured stayed abroad after the first date on which the employer arranges any medical insurance for him in Israel (hereinafter: "the stay abroad"), for a period or periods exceeding 90 consecutive days or 120 consecutive days if the stay abroad is separated between the period of employment with that employer – the first date will be seen, for the purpose of this clause, the first date after the stay abroad during which the Insured was insured with medical insurance.

5. Part 2 – Additional cover to that appearing in the Foreign Workers Order

In addition, the Insurer will cover the following according to the following terms:

- 5.1 Expenses for transferring the Insured who was injured or fell ill immediately and close after the event by ambulance, from the place of the event to the hospital or to a Magen David Adom center, in view of his medical condition, and this as a direct result of the insured event, and this according to the Magen David Adom price list for an Insured during the period of insurance.
- 5.2 Air transport expenses
In the event of death of the Insured, and subject to the terms of the policy, the Insurer will cover the transport expenses of the deceased to his country of origin or funeral expenses up to an amount of 5,000 dollars, provided that the event for which the Insured died is covered under the terms of the policy and the Insurer approved the air

medical condition and/or stabilize his medical condition and/or as a service to the Insured in his work, this examination will be financed by the medical Insurer. The medical Insurer will deliver to the Insured this specialist doctor's opinion plus a notice regarding the eligibility of the Insured, as mentioned below, plus details of the bodies or organizations which are likely to assist in realizing them, who gave their agreement for this.

- 2.9.2 The Insured will be entitled to present a contrary opinion from a specialist doctor that he chose, which will be delivered to the medical Insurer within 21 days from the date that the Insured received the specialist's medical opinion on behalf of the medical Insurer. The specialist's fees, on behalf of the Insured, will be paid by the medical Insurer at a rate which will be determined by the Director General of the Ministry of Health and the Director of Insurance and the Capital Market in the Ministry of Finance (hereinafter: "the fixed fees").
- 2.9.3 Should the opinions of the two medical specialists contradict each other, the parties will appoint a doctor agreed by them, financed by the medical Insurer, and his opinion will prevail. Should the parties not come to an agreement about such a doctor, the specialist whose opinion will decide will be appointed by the head of the Israel Medical Association (hereinafter: "the Association"), who is engaged in the branch of medicine relating to the illness of the Insured and regarding the determining his inability to work, even if given medical treatment - by the head of the Occupational Medical Association of the Association (hereinafter: "the determining doctor"), and his opinion will prevail. Should the head of the Association not appoint a determining doctor within 15 days from the date on which the medical Insurer approached him, the determining doctor will be appointed by the Director General of the Ministry of Health or anyone who was authorized to do so by him. The fees of the determining doctor will be the fixed fees and will be paid by the medical Insurer.
- 2.9.4 Notwithstanding the aforesaid, should the head of the department in the hospital, in which the Insured was hospitalized, or the deputy-head of the department – in the absence of the head – that the date on which, according to the medical insurance stipulation about the previous medical condition and/or stabilizing medical condition of the Insured and/or the ability of the Insured to work, then the entitlement of the Insured for medical service is liable to be discontinued, and the Insured did not yet have his medical condition stabilized, the doctor's decision will prevail, as long as not determined otherwise whether by the head of the department or his deputy or by the provisions of this clause.

3. Excess

To avoid doubt, it is hereby clarified that the Insured must bear his excess for the said treatments and examinations up to the maximum of payment customary and subject to the provisions of the second and third addenda of the National Health Insurance Law – 1994, and the Foreign Workers Order – 2001.

4. Exclusions to Part 1 – the Insurer's liability under the order

The Insurer will not bear any liability and not cover and/or indemnify the Insured for any claim

- against an original invoice to be submitted to the Insurer, which includes details of the service provided to the Insured, by the service provider and confirmation by the Insured proving receipt of that service.
- 2.4 In the event of a payment of insurance compensation to the Insured, payment will be made against receiving original receipts and a medical document which states the nature of the medical service.
These documents will be submitted to the Insurer as soon as possible, after the date on which the Insured paid the amounts stated in them.
- 2.5 The Insurer will be exempt from further liabilities in the event that the specialist in occupational medicine determines that as a result of a medical problem, the Insured is not fit to carry out the work for which he was accepted at work by the employer in Israel, and will not be fit to carry it out for continuous period of 90 days from the date on which he was examined, even if he is provided with the medical treatment that he requires. The Insured will be entitled emergency medical services in order to stabilize his condition until a condition which enables his continued treatment outside of Israel and other medical services that he needs during a period of 30 days after the doctor's opinion or an opinion regarding the stabilization of his medical condition.
In this case, the Insured will be entitled to a plane ticket back to his country of origin, according to this medical condition, provided that the event for which the Insured was hospitalized is covered by the terms of the policy, and the Insurer approved the flight.
- 2.6 To avoid any doubt it is hereby clarified that the Insurer's liability will remain valid for an insured event that during the period of insurance for 90 days from the date of cancellation of the policy and subject to the provisions of this policy
- 2.7 In the framework of this chapter, emergency room services in the general hospitals in Israel, in each of the following events will be included:
- a. Every new fracture.
 - b. Severe dislocation of shoulder or wrist.
 - c. An injury which requires joining by stitching or other means of alternate stitching.
 - d. Inhaling a foreign body into the airways.
 - e. A foreign body penetrating the eye.
 - f. Treatment for cancer.
 - g. Treatment for hemophilia.
 - h. Treatment for cystic fibrosis.
 - i. Evacuation by ambulance to an emergency room, from the street or from another public place, due to a sudden event.
 - j. The event ended with hospitalization which is not elective.
 - k. Hospitalization services given to the Insured soon after appearing at the emergency room, if done subject to the events mentioned above.
- 2.8 The provisions of this chapter do not enable the Insurer to restrict the provision of all services to an Insured who requires them in an emergency medical situation, resulting from a previous medical condition, in order to stabilize the medical condition until a state which enables his continued treatment outside Israel, or to limit the provision of other health services required to him due to that previous medical condition, for a period of 30 days after the said doctors' confirmation or a decision regarding the stabilization of his medical condition.
- 2.9 2.9.1 Should the medical Insurer demand from the Insured to undergo medical examinations by a specialist on its behalf, in order to clarify a previous

- | | | |
|------|-----------------------------|---|
| 1.24 | Emergency medical situation | Circumstances in which a person is in immediate danger of his life and there is an immediate danger that the person will suffer serious and irreversible injury should he not receive urgent medical treatment, and all this subject to the Rights of the Patient Law – 1996. |
| 1.25 | One period of employment | The full period of work of the Insured, even if not continuous, in which employee/employer relations existed between the Insured and a certain employer. |
| 1.26 | Basket of services at work | All the services set forth in Articles 2 and 5 of the Parallel Tax Regulations (Health Services at Work) – 1973 (hereinafter: The Health Services at Work Regulations"), but any place in those articles which states "the Sick Fund" will hereinafter be called "the Medical Insurer". |

2. **Part 1 – The Insurer's liability under the Order**

- 2.1 The Insurer will pay hospitalization and medical expenses according to the Foreign Worker Order (Prohibition of Illegally Employing and Ensuring Fair Conditions) (Basket of Medical Services for an Employee) – 2001, for the insured event which occurred in the State of Israel only, as detailed below.
- 2.1.1 Basket of treatments
- 2.1.1.1 All the services set forth in the second amendment to the Health Insurance Law, as changed from time to time.
- 2.1.1.2 Hospitalization services in a psychiatric hospital or a psychiatric department in a general hospitals, in an emergency medical situation, for a period not exceeding 60 days during one employment period.
- 2.1.1.3 The following services
- a. Examining amniotic fluid for women who are aged 35 and above at the beginning of pregnancy.
- b. Vaccinations against tetanus, rabies and diphtheria.
- c. Mento tests and lung x-rays
- d. Wheelchairs and walkers.
- 2.1.1.4 Medications basket: All the services set forth in the National Health Insurance Law (Medications in the Basket of Health Services) – 1995, on the date of the start of the insurance period, as changed from time to time.
- 2.2 Should the Insured be asked by the Insurer, the Insured will present himself for a medical examination by a doctor on behalf on the Insurer, and will provide every medical detail and/or document and/or information which is reasonable to request, and will leave with his signature for the doctors and every other body and/or other institution to supply to the Insurer all the information relating to the Insured.
Compliance with this provision will be a prior condition for the Insurer's liability to pay insurance compensation under this policy.
In the event of the death of the Insured, heaven forbid, the Insurer will not be denied the following right.
- 2.3 The Insurer may, at its sole discretion, pay the insurance compensation and/or part thereof directly to the service provider or to the Insured himself. In the event of payment of insurance compensation to the service provider the payment will be made

1.11	Hospital	An institution approved by the competent authorities in Israel, as a hospital only, including public, government and private hospitals. To avoid doubt it is hereby clarified that the definition of a hospital does not include: a sanatorium, a clinic, and a hospital for chronic illness.
1.12	Foreign Workers Order	The Foreign Workers Order (Prohibition of Illegally Employing and Ensuring Fair Conditions) (Basket of Health Services for the Employee) – 2001.
1.13	National Health Insurance Law	The National Health Insurance Law – 1994, or any other law which replaces it.
1.14	Hospitalization	Medical treatment connected with hospitalization and an Insured staying in a government, public or private hospital in Israel during the insurance period.
1.15	Medical expenses	According to the provisions of the Second Addendum to the National Health Insurance Law – 1994, on the date of the start of the insurance period
1.16	Medical service center	A center operating 24 hours a day during all days of the year, apart from the Day of Atonement, which serves to receive and provide information, directs Insured to clinics and/or doctors, medical treatment, approves hospitalization in hospitals, handles the return of injured to their country of origin, returns the bodies of the deceased to their country of origin abroad and provides other assistance required in connection with the medical services covered by this policy.
1.17	Agreement doctors	A doctor who has an agreement with the Insurer and/or another body, which was approved by the Insurer and authorized by the authorities in Israel, to provide medical services.
1.18	Accident	Physical injury as a result of an unexpected event, which was caused during the period of insurance directly by an external random visible factor and which is the sole and direct and immediate reason for the invalidity and/or death of the Insured.
1.19	Permanent invalidity	Means the absolute anatomical or functional loss of an organ or limb or part thereof, which occurred as a result of an accident within 12 months of the date of the accident.
1.20	Death	An Insured who dies, heaven forbid, as a direct result of an accident within 12 month from the date of the actual occurrence of the accident, on condition that the death occurred in the State of Israel.
1.21	Dollar	The representative rate of exchange of the U.S. dollar.
1.22	Service card	A card issued to the Insured, in addition to the policy, which states personal details of the Insured, and which is an integral part of the policy.
1.23	Premium	The premium and other payment that the policy holder must pay to the Insurer.

CARE 4 U

Medical Insurance for Foreign Workers

Parts of the policy and its chapters

- **Definitions**
- **Part 1 – the Insurer's liability according to the Order**
- **Exclusions to Part 1**
- **Part 2 – Additional insurances**
- **Exclusions to Part 2**
- **General conditions**

1. Definitions

- | | | |
|------|------------------------|---|
| 1.1 | Policy holder | A company and/or corporation and/or individual and/or association of individuals employing and/or handling employee/s with foreign citizenship and/or any other foreign resident as set forth in the Insurance Details Page. |
| 1.2 | The Insured | An individual staying in the State of Israel as a foreign worker or intending to work in it as a foreign worker and/or any of the individual's family members included in the proposal, on condition and as long as they live with the foreign worker in Israel. |
| 1.3 | The Insurer | Ayalon – Insurance Company Ltd. |
| 1.4 | insured event | Medical service, due to a need for medical treatment, as a result of the Insured having a medical problem, as detailed and subject to each of the clauses in this policy and/or in the additional policies to it. |
| 1.5 | Insurance Proposal | The proposal form, including a health declaration and a letter of waiver on medical confidentiality, signed by the Insured and the policy holder, submitted by the policy holder and/or the Insured, serving as a basis for the engagement under this policy. |
| 1.6 | Insurance Details Page | Page of details attached to the policy, which includes, inter alia, the number of the policy, the name of the policy holder, the name of the Insured, the amount of premium, the method and time of its payment, basic index, and date of start and termination of the insurance. |
| 1.7 | The Policy | This contract, including the Insurance Details Page, the Insurance Proposal and every appendix or addendum to the policy, as attached to it by the Insurer. |
| 1.8 | Insurance period | As set forth in the Insurance Details Page, but not prior to the Insured entering Israel, and not after he leaves Israel. |
| 1.9 | Israel | The area of the autonomous State of Israel including areas of Judea and Samaria and the Gaza Strip, apart from areas controlled by the Palestinian Authority. |
| 1.10 | Service provider | A medical and/or other service provider, including hospitals, medical institutes, pharmacies, laboratories, doctors and those engaged in the medical and paramedical profession, with whom the Insurer has an agreement to provide medical services. |

Specialist doctor service:

In the event that an illness is diagnosed by the general practitioner and if he provides a suitable referral letter, you will be able to arrange an appointment with the call centre on *2700 with a specialist doctor in the area of your home.

Diagnostic tests

In the event that you are referred by a general practitioner and/or specialist doctor for diagnostic tests, you will be able to arrange an appointment in any Clalit Health Services branch or via the medical call centre. The Clalit Health Services branches are equipped with x-ray machines, test and endoscopy laboratories, computerised tomography (CT), x-ray and ultrasound, E.C.G. and blood pressure equipment, all in the area of your home and by prior appointment with the service representatives.

Hospitalisation:

In any event of hospitalisation please call the service centre immediately on 1-800-35-2001 between the hours of 08:00 – 17:00 from Sunday to Thursday.

The insurance cover includes:

- Hospitalisation expenses
- Diagnoses
- Medications
- General services
- Surgery fees
- X-rays

Repatriation of the insured to their country of origin

In severe medical cases depending on the medical condition of the employee and if he is unable to work for 90 days, the insured patient will be repatriated to their country of origin with assistance from one of the airline companies working with the insurer.

Expenses for repatriation of corpse to the country of origin

Expenses for repatriating the corpse of an insured who dies to their country of origin, or burial in Israel, up to US\$ 5,000.

This document does not replace the policy and the binding conditions are the conditions stated in the policy.

Please read the terms and conditions of the policy and its exclusions in detail.

Dear Insured,

Thank you for choosing to take out a Medical Insurance Policy for Overseas Residents with Ayalon Insurance Company Ltd.

Considerable efforts have been invested to ensure that there is an experienced and efficient network in place to provide you with assistance whenever necessary, via a multi-lingual call centre which operates 24 hours per day, all year round, other than on the Day of Atonement (Yom Kippur).

The medical services will be provided by Clalit Health Services in accordance with the Foreign Workers Ordinance and subject to the conditions of the policy taken out.

How to obtain service:

The insured may contact the medical call center by calling *2700 from any telephone. The call centre is manned by multi-lingual service representatives who will assist you in obtaining the medical service you need and provide you with any other assistance required.

A list of the clinics, pharmacies, doctors and additional services in your area with whom appointments for general medical services can be arranged can be found in the Clalit website www.clalit.co.il

Service card:

A personal magnetic card containing your personal details will be sent to your home address within one month of joining the insurance scheme. Please look after it and present it when you obtain the medical service or contact the call centre. Until you receive the magnetic card, the medical services will be provided with your passport number and I.D. number.

General medical service:

If necessary, you may contact the Clalit Health Services branch nearest to your home, where you will be able to arrange an appointment with a doctor.

Purchasing medication:

If you receive a prescription to purchase medication from the doctor, please go to a pharmacy in any of the Clalit Health Services branches in the area of your home in order to purchase the medication. You will need to present your insurance membership card when visiting the pharmacy. We regret that it will not be possible to obtain the medications required without presenting the card! Until you receive the magnetic card the medical services will be provided by showing an identity card and your I.D. number.

Dental first aid:

If you are in need of dental first aid, the call centre will refer you to a dental surgery near your home where you will be able to obtain first aid. You will also be able to visit clinics which operate 24 hours per day.

"CARE 4 U"

MEDICAL INSURANCE FOR OVERSEAS RESIDENTS

Dear Insured,

Thank you for choosing to take out a "CARE 4 U" policy covering medical expenses for overseas residents.

The scope of insurance cover under the CARE 4 U policy complies with the regulations established by the Commissioner of Insurance and has been extended, improved and adapted to the Foreign Workers Ordinance (Prohibition of Illegal Employment and Ensuring Fair Conditions) (National Health Basket for Employees) – 2001, dated 17/10/2011. Considerable efforts have been invested to ensure that there is an experienced and efficient network in place to provide you with assistance whenever necessary, via a multi-lingual call centre which operates 24 hours per day, all year round, other than on the Day of Atonement (Yom Kippur).

The medical services will be provided in nationwide branches of Clalit Health Services, which provide a diverse range of treatments under one roof in a similar manner that provided to Israeli citizens.

The policy is not subject to any deductible.

These services are provided with a special magnetic card which will be issued to each customer in a similar manner to Israeli citizens who are members of Clalit.

Please do not hesitate to contact us if you have any further questions or enquiries.

**At your service at all times and wishing you good health,
The Health Division**

"CARE 4 U"

MEDICAL INSURANCE FOR OVERSEAS RESIDENTS

Ayalon Insurance House

12 Abba Hillel Silver Road,
Ramat Gan 52008, P.O. Box 10957
mail@ayalon-ins.co.il

Health Division, Foreign Workers Department

Tel: 1-800-35-2001 Fax: 03-7569564
health@ayalon-ins.co.il

Clalit Health Services Call Center *2700