

כתב כיסוי - נסיעות לחו"ל עובדי מדינה בתפקיד

פרק א – כבודה

- 1. תקופת הכיסוי**
הכיסוי מתחיל מן הרגע בו עוזב העובד את ביתו בדרכו לחו"ל או אם מסר את הכבודה למוביל לפני כן, מרגע המסירה, אך לא לפני התאריך הרשום בהודעה על נסיעה לחו"ל (להלן "ההודעה"), ומסתיים בשוב העובד מחו"ל ישירות לביתו, או בתאריך הרשום במפרט, המוקדם מבין השניים.
- 2. כבודה – מטען וחפצי ערך**
א. מטען - מטען אישי נלווה של העובד למעט חפצי ערך כמוגדר להלן.
ב. חפצי ערך - דברי זהב וכסף, תכשיטים, פרוות, דברי אמנות, עתיקות וחפצי קודש, מצלמות על אביזריהן ומחשבים נישאים.
- 3. מקרה מכוסה**
אבדן או נזק ישירים תאונתיים ובלתי צפויים לכבודה.
- 4. סכום הכיסוי**
- | לבוגר | מטען | 1,500 דולר ארה"ב; |
|-------|----------|-------------------|
| | חפצי ערך | 500 דולר ארה"ב; |
| לקטין | מטען | 750 דולר ארה"ב; |
| | חפצי ערך | 250 דולר ארה"ב; |
- 5. אחור בהגעת כבודה**
א. על אף האמור בסעיף 3 לעיל, הקרן הפנימית לביטוחי הממשלה בהנהלת ענבל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הקרן") תשפה את העובד עבור הוצאות דחופות לרכישת חפצים חיוניים ובגדים הדרושים לו עקב השארות זמנית ללא המטען, בשל טעות בשליחתו ועיכוב בהגעתו למשך 12 שעות לפחות מעת שהגיע העובד ליעדו בחו"ל. סכום הכיסוי בשל
- 6.** הוצאות עקב אחור בהגעת המטען לא יעלה על 150 דולר ארה"ב.
ב. הקרן לא תשפה את העובד בגין אותו פריט עבור הוצאות עקב אחור בהגעת כבודה ועבור נזק לפי סעיף 3 לעיל גם יחד.
ג. הקרן לא תשלם תגמולים עבור נזקי אחור כמוגדר לעיל שבגינם קבל או זכאי לקבל העובד פיצוי מן המוביל האווירי.
- 7. תגמולים**
התגמולים יהיו בשיעור הנזק שנגרם ובלבד שלא יעלו על סכום הכיסוי למטען או לחפצי ערך ובכפוף להגבלה הבאה:
א. התגמולים עבור פריט בודד, זוג פריטים או מערכת פריטים של מטען לא יעלו על 250 דולר ארה"ב;
ב. התגמולים עבור מזוודה, תיק או ארנק לא יעלו על 75 דולר ארה"ב.
- 7. חישוב הפיצוי**
א. אם הכבודה הייתה חדשה בעת הנזק ובידי העובד קבלות קניה המעידות על כך, ישולמו התגמולים בלא ניכוי בלאי, אולם מהתגמולים ינוכה מס ערך מוסף הנהוג במדינה בה נרכש הפריט.
ב. אם לעובד אין קבלות קניה מתאריכים סמוכים לתאריך הנזק, תשלם הקרן תגמולים בניכוי בלאי שלא יפחת מ % 35.
ג. הוראות סעיף זה כפופות להוראות סעיף 6 לעיל.
- 8. תגמולים למקרי פריצה וגניבת כבודה מרכב**
תגמולים עבור אבדן או נזק למטען וחפצי ערך הנובעים מפריצה או מגניבה מרכב שאיננו ציבורי מוגבלים ל- 10% מסכום הכיסוי למטען או לחפצי ערך, לפי העניין.

פרק ב – כרטיסי טיסה ודרכונים

- 9. דרכון**
כמשמעותו בחוק הדרכונים התשי"ב – 1952.
- 10. כרטיס טיסה**
כרטיס טיסה בחברת תעופה לטיסה בינלאומית או פנים ארצית, מחוץ לישראל.
- 11. סכום כיסוי**
א. לדרכון - 100 דולר ארה"ב;
ב. לכרטיס טיסה - 100 דולר ארה"ב;
- 12. תקופת הכיסוי**
משך שהות העובד בחו"ל אבל לא לפני התאריך הרשום במפרט ולא אחרי התאריך הרשום במפרט.
- 13. מקרה מכוסה**
אבדן או נזק ישירים, תאונתיים ובלתי צפויים לדרכון או לכרטיסי הטיסה.
- 14. תגמולים**
התגמולים יהיו כשעור הנזק שנגרם ובלבד שלא יעלו על סכום הכיסוי בגין כל פריט בהתאם לקבועה בסעיף 11 לעיל.
- 15. תגמולים למקרי פריצה וגניבה מרכב**
לא ישולמו תגמולים עבור אבדן או נזק לכרטיסי טיסה ודרכון שנגרמו כתוצאה מפריצה וגניבה מרכב שאיננו ציבורי.

פרק ג – תנאים החלים על כיסוי כבודה, דרכון וכרטיסי טיסה

- 16. תביעה לתגמולים**
- א. קרה מקרה מכוסה, על העובד להודיע על כך לקרן על גבי טופס התביעה הרצ"ב מיד לאחר שנודע לו על קרות המקרה ועל זכותו לתגמולים.
- ב. על העובד למסור לקרן את המידע והמסמכים הדרושים לברור החבות, תוך זמן סביר, ומבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, להמציא קבלות רכישה, אשור משטרה, אשור מוביל, בית מלון וכיוצ"ב על קרות מקרה מכוסה.
- ג. נגרם האבדן או הנזק בעת שהרכוש המכוסה לפי פרקים א' ו-ב' היה בחזקתם של בתי מלון, שדות תעופה, או מובילים למיניהם (חברות תעופה, אוטובוסים, רכבות וכיוצ"ב) יש להודיע להם על כך מיד לאחר קרות האבדן או הנזק ולקבל מהם אישור על כך. על העובד להגיש תביעה למוביל בגין נזקו ולאחר שמיצה את כל ההליכים נגד המוביל, ימציא העובד לקרן את המסמכים הנוגעים לרכוש הנזק כולל פרטים לענין הסכום בו פוצה העובד ע"י המוביל.
- ד. **הקרן תשלם תגמולים בגין נזק או אבדן שנגרם בעת החזקתו של רכוש העובד ע"י מוביל רק מעל לסכום הפיצוי ששולם או שיכול היה להיות משולם ע"י המוביל אילו הוגשה תביעה נגדו, וכל זאת עד לשיעור הנזק שנגרם ובלבד שלא יעלה על סכום הכיסוי.**
- 17. סייגים לחבות הקרן**
- א. הקרן אינה אחראית ולא תשלם תגמולים עבור אבדן או נזק לרכוש המכוסה על פי פרקים א' ו-ב' הנובעים מאחד או יותר מהגורמים הבאים:
- 18. נזק תוצאתי**
- הקרן אינה אחראית ולא תשלם תגמולים עבור נזק תוצאתי שנגרם לעובד כתוצאה מאבדן או נזק המנויים בפרקים א' ו-ב'.
- 19. חובת זהירות**
- א. על העובד לנקוט באמצעים סבירים למניעת והקטנת האבדן או הנזק המכוסים על פי כתב כיסוי זה ומבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, בעת שהות העובד בבית מלון עליו להפקיד את כרטיסי הטיסה, דרכונו וחפצי הערך שלו בכספת המלון.
- ב. אי נקיטה באמצעים להקלת סיכון הקרן עשויה להקטין את חבות הקרן או לפטורה כליל מאחריות.

פרק ד – כיסוי הוצאות רפואיות

- 20. מקרה מכוסה**
- תאונה שארעה לעובד או מחלה שחלה בה במשך תקופת הכיסוי **למעט כאשר קבלת הטיפול בחו"ל הייתה אחת ממטרות הנסיעה.**
- 21. תקופת הכיסוי**
- משך שהות העובד בחו"ל אבל לא לפני התאריך הרשום בהודעה ולא אחרי התאריך הרשום בה.
- 22. הוצאות רפואיות ואחרות**
- ההוצאות המפורטות להלן עבור טפול רפואי שניתן בחו"ל, שהוציא העובד בחו"ל או שהתחייב בהן כתוצאה ישירה ממקרה מכוסה.
- א. הוצאות אשפוז בבית חולים, לרבות תשלום לרופאים, בדיקות וצילומי רנטגן בעת אשפוז.
- ב. הוצאות אמבולטוריות בבית חולים.
- ג. הוצאות בעד ניתוחים וטפול נמרץ.
- ד. הוצאות טפול רפואי לרבות תשלום לרופאים, בדיקות וצילומי רנטגן שלא בעת אשפוז.
- ה. הוצאות בעד תרופות על פי מרשם רופא לטיפול במקרה מכוסה.
- ו. הוצאות סבירות בשל שהיה נוספת של העובד בבית מלון בחו"ל מעבר לתקופת הכיסוי, אם נמסרה חוות דעת רפואית שאילולא השהות הנוספת עלולים חיי העובד להיות בסכנה.
- ז. הוצאות נסיעה נוספות שנגרמו לעובד, לעומת הוצאות הנסיעה שהיה חייב בהן ממילא, עקב חזרתו לארץ לפני המועד המתוכנן לכך, או עקב צורת נסיעה מיוחדת, אם נמסרה חוות דעת רפואית על חיוניות החזרת העובד למקום מגוריו הקבוע עקב מקרה מכוסה.
- ח. הוצאות נסיעה נוספות שנגרמו לעובד לעומת הוצאות הנסיעה שהיה חייב בהן ממילא, עקב חזרתו ארצה אחרי המועד המתוכנן לכך אף אם המועד הוא אחרי תום תקופת הכיסוי, אם נמסרה חוות דעת רפואית על חיוניות הישארות העובד בחו"ל עקב מקרה מכוסה.
- ט. הוצאות בגין כרטיסי טיסה של קרוב משפחה מדרגה ראשונה המצטרף

<p>28. הרחבה להוצאות הריון – עד שבוע 30 הכיסוי על פי פרק ד – כיסוי הוצאות רפואיות מורחב לכסות מקרה של החמרה בלתי צפויה של מהלך הריון עד שבוע 30 כולל, המחייב קבלת טיפול רפואי בחוץ לארץ בכפוף לתנאים הבאים:</p> <p>א. ניתן לעובדת קודם לנסיעה לחו"ל אישור רפואי מטעם רופא נשים המלווה את הריון האישה בארץ שאין מניעה שתיסע לחו"ל.</p> <p>ב. התחייבות הקרן על פי הרחבה זו כלולה במסגרת סעיפים 22 ו-23 כמפורט לעיל במסגרת סה"כ התחייבויות הקרן על פי פרק ד.</p> <p>ג. חריגים מיוחדים נוספים להרחבה זו - הקרן אינה אחראית ולא תשלם תגמולים בקשר להרחבה עבור המקרים הבאים:</p> <p>(1) בדיקות התפתחות, ביקורת ו/או טיפול שטוף;</p> <p>(2) הריון שהוגדר מלכתחילה בסיכון גבוה, כולל הריון מרובה עוברים שהושג בהפריה הריון. בסיכון גבוה משמעותי: הריון שבו יש חשד לסיכון יתר לאישה, לעובר, או לשניהם ואשר אובחן ככזה ע"י גורם רפואי מוסמך טרם היציאה לנסיעה לחו"ל;</p> <p>(3) הריון שבגיניו העובדת מועמדת לטיפול רפואי ו/או לניתוח ו/או לאשפוז;</p> <p>(4) דימומים במהלך הריון ובתקופה שטרם הנסיעה;</p> <p>(5) הריון שהגורם הרפואי המליץ בגינו לעובדת שלא תיסע לחו"ל;</p> <p>(6) שמירת הריון, לרבות כזאת המחייבת אשפוז בבית חולים;</p> <p>(7) הריון של אישה שבעברה יש אירועים של הפלות חוזרות;</p> <p>(8) הפלה יזומה;</p> <p>(9) לאחר מלאת 30 שבועות להריון.</p> <p>29. חריגים לחבות הקרן</p> <p>א. הקרן אינה אחראית ולא תשלם תגמולים עבור המקרים הבאים:</p> <p>(1) השתלת אברים.</p> <p>(2) השתלת קוצב לב בתקופת הכיסוי למעט כאשר הקוצב הושלם עקב אוטם שריר הלב שארע בתקופת הכיסוי.</p> <p>(3) בדיקות כלליות וטפולים תקופתיים, תכניות מרפא וניתוחים פלסטיים קוסמטיים.</p> <p>(4) טפול רפואי עקב אבוד לדעת או ניסיון לכך.</p> <p>(5) התקנת תותבות.</p> <p>(6) טפול בשיניים וחניכיים למעט טפול חרום על ידי רופא שיניים שניתן כעזרה ראשונה בלבד לשם שוכך כאבים. במקרה כזה מוגבל סכום הכיסוי ל- 200 דולר ארה"ב.</p>	<p>לעובד המאושפז בחו"ל תקופה העולה על 10 ימים ואין עמו מלווה, ללוותו בעת אשפוזו בחו"ל.</p> <p>י. פינוי חירום ממקום האירוע לבית חולים.</p> <p>יא. הוצאות הטסה רפואית של העובד לישראל בכפוף לחוות דעת רפואית ובתנאי שההטסה נעשתה בתיאום ובאישור מוקדם של הקרן.</p> <p>יב. הוצאות החזרת גופת העובד מחו"ל לישראל אם נפטר עקב מקרה מכוסה מכוסה ללא הגבלה בכפוף לאישור מוקדם של הקרן.</p> <p>23 סכומי כיסוי</p> <p>א. סכום הכיסוי הכולל – גבול אחריות הקרן עבור סעיפים א, ב, ג של סעיף 22 לעיל 300,000 דולר ארה"ב.</p> <p>ב. סכום הכיסוי הכולל עבור סעיפים ד ו-ה של סעיף 22 לעיל 10,000 דולר ארה"ב.</p> <p>ג. סכום הכיסוי הכולל עבור סעיפים ו עד ט של סעיף 22 לעיל 10,000 דולר ארה"ב.</p> <p>ד. סכום הכיסוי הכולל עבור סעיפים י – יא של סעיף 22 לעיל 50,000 דולר ארה"ב.</p> <p>24 שיעור התגמולים</p> <p>גובה התגמולים יהיה כשיעור ההוצאות שהוצאו על ידי העובד בחול או שהתחייב בהן כתוצאה ישירה ממקרה מכוסה ובלבד שלא יעלו על סכום הכיסוי בגין כל סעיף בהתאם לקבוע בסעיף 23 לעיל.</p> <p>25 תביעה לתגמולים</p> <p>א. תביעות בסכומים קטנים יוגשו על ידי העובד לקרן עם שובו ארצה באמצעות חשב משרדו, בצרוף כל האישורים, התעודות, המרשמים, הקבלות והמסמכים לאימות התביעה.</p> <p>ב. במקרה של הוצאות רפואיות שאין העובד יכול לעמוד בהן, עליו לפנות לנציגות הישראלית הקרובה ובאמצעותה תסדיר הקרן את תשלום התגמולים.</p> <p>26 הרחבה לעניין קיצור נסיעה עקב מות קרוב בישראל</p> <p>הקרן תשלם תגמולים עד סכום של 750 דולר ארה"ב עבור הוצאות שהיו לעובד בגין חזרתו מחו"ל עקב פטירתו בישראל, או אשפוז בבית חולים באופן בלתי צפוי, של קרוב משפחה של העובד שעל פי דיני ישראל חייב העובד ב"שבעה" עקב מותו.</p> <p>27 הרחבה לכיסוי היחידה - הפסד תשלומים בגין ביטול נסיעה.</p> <p>הקרן תשפה את היחידה במקרה של ביטול הנסיעה בנסיבות שלהלן, על אבדן פיקדונות שאינם מוחזקים (כולל כרטיס טיסה) או תשלומים ששולמו מראש או שחלה חובה על היחידה לשלמם עבור שירותי קרקע עד לסך 750 דולר. ביטול נסיעה משמעותו אי יציאה של העובד מישראל לחו"ל בתקופת הכיסוי, עקב הנסיבות הבאות:</p> <p>א. מחלה בתנאי שהעובד אושפז לפחות 24 שעות ברציפות במהלך תקופת הביטוח.</p> <p>ב. מוות העובד.</p> <p>ג. מוות או אשפוז של בן משפחה קרוב עקב תאונה או מחלה. (הגדרה של בן משפחה קרוב: בן/בת זוג; הורה; ילד; אח/ות; - לרבות חור/ת או מאומץ/ת.</p> <p>ד. חטיפתו של העובד.</p>
--	---

וכאשר הטיפול בהחמרה כזו שארע בחו"ל, היה הכרחי ולא היה ניתן לדחותו עד שובו של העובד לישראל.

(9) מקרים שהוחרגו במסגרת ההרחבה להוצאות הריון.

- ב. הקרן אינה אחראית ולא תשלם תגמולים עבור מקרה מכוסה שנגרם או נבע ממלחמה נגד ישראל, פעולות אויב או גורם עוין לישראל.
- ג. הקרן אינה אחראית ולא תשלם תגמולים עבור נזק תוצאתי שנגרם לעובד כתוצאה ממקרה מכוסה המוגדר בסעיף 20 לעיל.

(7) טפול רפואי, אשפוז או ניתוח שניתן היה לדחות באופן סביר למועד שובו של העובד לישראל.

(8) מחלה כרונית, מצב בריאותי שהטיפול בו היה צפוי, מחלה או מום גופני שהעובד לוקה בהם טרם הכנס הכיסוי לתוקפו, כולל טיפול תרופתי המיוחס למחלה כרונית, מחלה או למום הגופני. אולם חריג זה לא יחול במקרה של החמרה ושינוי לרעה פתאומי ובלתי צפוי של מחלה קיימת

פרק ה – חבות כלפי צד שלישי

30. **מקרה מכוסה**
הקרן תשפה את העובד בגין הוצאות ותשלומים עד לסך \$ 25,000 לכל תקופת הכיסוי, בגין חבות חוקית של העובד כלפי צד שלישי, עקב נזק גוף תאונתי לאדם או אבדן או נזק תאונתי לרכוש שאינו בהשגחתו או במרתו, ושאינו רכוש ממשלת ישראל, שארע בחו"ל במשך תקופת הכיסוי וזאת על פי הדין של המדינה בה אירעו התאונה או הנזק, בכפוף להסכמה מראש ובכתב של הקרן.
31. **הוצאות הגנה משפטיות**
בנוסף לכך תשפה הקרן את העובד בהוצאות סבירות שבהן נשא להגנה בפני תביעה בקשר לחבות כזאת ובלבד שטרם מינוי עורך דין יקבל העובד את הסכמת הקרן למינוי.
32. **סייגים לחבות הקרן:**
הקרן לא תכסה:
א. חבות כלפי עובדי מדינה אחרים, חבות חוזית או חבות כלפי בן משפחה של העובד;
ב. חבות עקב משלח יד, עסק או מקצוע למעט במסגרת תפקידו כעובד מדינה;
ג. חבות עקב בעלי חיים השייכים לעובד או נמצאים בשליטתו או בהחזקתו או תחת השגחתו;
ד. חבות עקב בעלות או החזקה במקרקעין או במבנה למעט כאשר תפיסתם היא רק לשם מגורים באופן זמני;
33. **הצמדה**
כל הסכומים הנקובים בכתב הכיסוי יחושבו לפי שוים בשקלים חדשים לפי השער היציג של הדולר ביום התשלום.
34. **ביטוח**
א. בוטחו הכבודה וההוצאות הרפואיות המכוסות לפי כתב כיסוי זה אצל מבטח מסחרי (כולל באמצעות חברות אשראי) כנגד סיכונים חופפים לתקופות חופפות, על העובד לתבוע את המבטח המסחרי.
ב. הקרן לא תשלם תגמולים עבור כבודה והוצאות רפואיות שבוטחו אצל מבטח אחר כאמור בסעיף קטן א מאחר שהכיסוי על פי כתב כיסוי זה נעשה על ידי הקרן הפנימית לביטוחי הממשלה.

מוקד שירות הלקוחות בענבל פועל בין השעות 08:00 – 16:30 וישמח לענות לכל שאלה ועניין בטל': 03-9778000. במקרה של אירוע רפואי חריג בחו"ל יינתן מענה לאחר שעות פעילות החברה (לאחר 16:30) ע"י מוקדן תורן בטל' הנ"ל.

הקרן הפנימית לביטוחי הממשלה בהנהלת ענבל חברה לביטוח בע"מ מהדורת אוקטובר 2012

שאלות ותשובות לכתב כיסוי נוסעים לחו"ל מטעם המדינה

1. שאלה: מהי תקופת הכיסוי?
 תשובה: למטען - מרגע יציאתך מהבית עם המטען ועד שובו של המטען לביתך.
 להוצאות רפואיות- מרגע עלייתך למטוס בשדה התעופה בארץ עד לרגע נחיתתך בשדה התעופה בארץ.
2. שאלה: האם אני יכול לקבל כיסוי מענבל עבור תקופת שהות פרטית שלי מעבר לתקופת התפקיד?
 תשובה: בעבר ניתן היה להאריך את הכיסוי ל- 7 ימים בלבד. נכון להיום, לא ניתן לעשות הארכה כאמור.
 עובד הרוצה לרכוש כיסוי עבור תקופה מעבר לתקופת שהייתו בחו"ל לצורך תפקיד חייב לרכוש ביטוח בחברה מסחרית. חשוב להדגיש שהחברה המסחרית לא תכסה את העובד רק עבור תקופת החופשה ולכן על העובד לרכוש כיסוי לכל תקופת שהייתו בחו"ל. את הכיסוי יש לרכוש לפני צאת העובד את הארץ.
 יש צורך להודיע לחשב המשרד על רכישת הביטוח בחברה מסחרית על מנת שלא יתבקש כיסוי בקרן הפנימית.
3. שאלה: עקב אירוע רפואי נזקקתי לטיפול ואשפוז רפואי בבי"ח בחו"ל. כיצד עלי להתנהל?
 תשובה: עליך לשלם לרופא או למרפאה ובשובך ארצה להעביר לקרן הפנימית את התביעה בצרוף הקבלות. אם אושפזת בבית חולים או אין באפשרותך לעמוד בגובה התשלום הנדרש, עליך לפנות לקרן הפנימית בענבל (מח' התביעות) וזו תמציא למוסד המטפל מכתב התחייבות לתשלום עם תום הטיפול
4. שאלה: נפגעתי בחו"ל ויש המשך טיפול רפואי בארץ. האם אני יכול לקבל החזרים בגין הוצאות רפואיות שהיו לי בארץ לאחר שובי?
 תשובה: לא. הכיסוי הינו רק עבור הוצאות שהוצאו בחו"ל. שהייתך בחו"ל מוכרת ברוב המקרים ע"י הביטוח הלאומי כתאונת עבודה (למעט בזמן חופשה או אם התאונה ארעה בזמן פעילות פנאי בחו"ל) ולכן המשך הטיפול בהוצאות הרפואיות יתנהל מול המוסד לביטוח לאומי.

תשובה: ראשית עליך להודיע למוביל ככל שניתן עוד בשדה התעופה או לכל היותר יום יומיים לאחר מכן על הנזק שארע. לאחר מכן עליך למצות את זכויותיך מול המוביל באמצעות פניה בכתב. הקרן הפנימית לביטוחי הממשלה תשלם לך רק ככל שסכום הנזק עולה על הסכום ששולם ע"י המוביל, ולא יותר מאשר סך נזקך בפועל ובכפוף למגבלות הכספיות של כתב הכיסוי. על מנת לקבל הנחיות ולפתוח תביעה אנא התקשר למוקד השירות בשעות הפעילות בין השעות 08:00-16:30 בטל" 03-9778000.

5. שאלה: מזוודתי אבדה או תכולתה ניזוקה בזמן שהייתה תחת אחריות המוביל (חברת התעופה). למי עליי לפנות על מנת לקבל פיצוי?

תשובה: במקרה של גניבה בלבד עליך להגיש תלונה למשטרה במדינת האירוע. בכל מקרה עם חזרתך ארצה עליך להגיש תביעה לקרן הפנימית בצרוף העתק מטופס התלונה וקבלות, במידה שנמצאות בידיך, המעידות על ערך הפריטים שנגנבו/אבדו.

6. שאלה: בזמן שהותי בחו"ל מטעם העבודה נגנבו/אבדו לי חפצי ערך/ מטען, מה עליי לעשות?

תשובה- במידה ואתה נזקק לציוד אישי אלמנטרי, הקרן הפנימית תשפה אותך בסכום של עד \$150 בכפוף להצגת קבלות רכישה ביום נחיתתך בארץ היעד.

7. שאלה- הגעתי ליעד שלי בחו"ל והמזוודה שלי לא הגיעה אלי במשך למעלה מ- 12 שעות. מה עלי לעשות?

תשובה: כתב הכיסוי כולל כיסוי למחלות הנובעות מהריון עד שבוע 30, וזאת בתנאי שקיבלת אישור רפואי מהרופא המטפל שאת כשירה לטיסה. כתב הכיסוי אינו מכסה אירוע הקשור להריון אם עברת את השבוע ה- 30.

8. שאלה: עלי לצאת לחו"ל ואני בהריון, האם אני מכוסה?

תשובה: הכיסוי להוצאות רפואיות בקרן הפנימית לביטוחי הממשלה אינו מחריג מחלות קודמות ולכן כל הוצאה רפואית בחו"ל גם אם היא קשורה במחלה קודמת תכוסה (למעט אם מטרת הנסיעה הייתה לקבלת הטיפול). כמו כן, עליך להצטייד במלאי התרופות הקבועות למשך כל שהותך בחו"ל. הקרן לא תשלם פיצוי עבור רכישת תרופות המשמשות אותך באופן קבוע למעט מקרים חריגים של איבוד מטען או החמרה במצב הרפואי הקיים.

9. שאלה: אני חולה במחלה כרונית ונזקק לטיפולים קבועים או תרופות קבועות- האם אני מכוסה?

מוקד שירות הלקוחות בענבל פועל בין השעות 08:00 – 16:30 וישמח לענות לכל שאלה ועניין בטל" 03-9778000. במקרה של אירוע רפואי חריג בחו"ל יינתן מענה לאחר שעות פעילות החברה (לאחר 16:30) ע"י מוקדן תורן בטל" הנ"ל.

בברכת נסיעה טובה!

הקרן הפנימית לביטוחי ממשלה
 ענבל חברה לביטוח בע"מ

- נספח 1 -

הודעה על תביעת רכוש במסגרת כיסוי נסיעה לחו"ל בתפקיד

שם העובד _____ מספר זהות _____
כתובת _____ דוא"ל _____
מס' טלפון (נייד) _____ מס' טלפון (עבודה) _____
המשרד הממשלתי _____ היחידה _____
מקום האירוע (ארץ/עיר) _____ תאריך האירוע _____

תיאור מפורט של האירוע, הנזק ונסיבותיו

הפריט שניזוק נשוא התביעה – תאורו (תוצרת, סוג/דגם, עשוי מ-)

הפריט: _____
תאריך רכישה: _____
מקום רכישה: _____
מחיר רכישה: _____
סכום התביעה: _____

הנני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי הינם מלאים ומדויקים וכל האמור הינו אמת ונכון
וכן הרכוש נשוא התביעה לא בטוח בחברת ביטוח מסחרית.

תאריך: _____ מקום: _____

חתימת העובד/ת התובע/ת: _____

- נספח 2 -

הודעה על תביעת גוף במסגרת כיסוי נסיעה לחו"ל בתפקיד

(הוצאות רפואיות בגין תאונה /מחלה)

שם העובד _____ מספר זהות _____
כתובת _____ דוא"ל _____
מס' טלפון (נייד) _____ מס' טלפון (עבודה) _____
המשרד הממשלתי _____ היחידה _____
מקום האירוע (ארץ/עיר) _____ תאריך האירוע _____

תיאור מפורט של האירוע, הנזק ונסיבותיו

תאריך התאונה או המחלה: _____

כיצד ארע המקרה: _____

פירוט התביעה בגין הוצאות רפואיות

מצ"ב קבלות עבור: _____

אשפוז בבית חולים: _____

ביום _____ במקום _____

כתוצאה מ: _____

הוצאות בסך: _____

המשך נספח 2:

טפול על ידי רופא:

ביום _____ במקום _____

כתוצאה מ: _____

הוצאות בסך: _____

רכישת תרופות

ביום _____ במקום _____

כתוצאה מ: _____

הוצאות בסך: _____

הנני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי הינם מלאים ומדויקים וכל האמור הינו אמת ונכון

תאריך: _____ מקום: _____

חתימת העובד/ת התובע/ת: _____

-APPENDIX 3 -

**The Internal Government Insurance Fund
Managed by Inbal Insurance Company Ltd.**

Doctor's Report

Dear Sirs,

Please complete your patient's medical report hereunder and attach it to your original invoice.

Thank you for your cooperation

*The Internal Government Insurance Fund
Managed by Inbal Insurance Company Ltd.*

1. Surname _____ First Name _____ Age _____

2. Diagnosis: _____

3. Short Case History: _____

4. Nature of Complaints: _____

5. Accident or / Acute illness or / Chronic illness:

6. Date of onset of illness: _____

-APPENDIX 3 Page 2 -

7. Treatment took place at:

At my office

From _____ To _____ Number of Treatments _____

At home or Hotel

From _____ To _____ Number of Treatments _____

8. If you prescribed medications to the patient, please specify the medications indicating the daily dose. _____

9. Amount paid: Please specify the paid amount for each treatment separately:

Doctor's signature and stamp _____

Surname _____ First name _____

Address _____

- Appendix 4 -

For the Attention of Hospitals Abroad

Insurance Cover Abroad for Israeli Government employees

The Insurance Cover includes cover for hospitalization expenses abroad subject to the following terms:

Hospitalization expenses – means the payment for hospitalization and medical services rendered during hospitalization abroad, originating during the period of coverage, and related to the immediate medical cause occurring abroad.

The cover shall indemnify the employee for a total amount of \$300,000 for the whole period for hospitalization expenses including hospitalization, fees, examinations, medicines, physicians operation, and intensive care.

EXCLUSION – No payment shall be made in respect of claims arising out or in connection with:

- 1. Medical check-up, confinement, plastic Surgery (not as a result of an accident abroad), suicide, or attempt thereat, dental and gums treatment (excluding abscess and acute gum inflammation), artificial limbs.**
- 2. Pregnancy - The exclusion does not include coverage for unexpected worsening of the pregnancy course during the first 30 weeks.**
- 3. Heart operations, pacemaker implant and heart catheterizations are excluded unless following acute myocardial infarction.**

If you have any doubt or questions about the coverage or the payment please contact our claim department:

Mrs. Merav Bar-Ya'acov:

Tel 972-3-9778112 Fax 972-3-9778144 Mobile 972-506-253912

Mrs. Liat Cohen:

Tel 972-3-9778114 Fax 972-3-9778140 Mobile 972-506-253914

**The Internal Government Insurance Fund
Managed by Inbal Insurance Company Ltd.**

HOSPITALIZATION FORM

To help us to determine quickly and efficiently the patient's eligibility for compensations under the terms of the coverage, please complete this form and return it at your earliest

Thank you for your cooperation,

*The Internal Government Insurance Fund
Managed by Inbal Insurance Company Ltd.*

HaArava St. Air-Port City P.O.B 282, ISRAEL B.G. Airport 70100,
Fax 972-3-9778144 or Fax 972-3-9778140

Surname _____ First name _____ Age _____

Address _____

Date of admittance _____

Cause of hospitalization: Accident or/Acute illness or/Chronic illness

Diagnosis upon admittance: _____

Date of onset of complaints or symptoms _____

Symptoms of illness _____

Complaints _____

- Appendix 4 Page 3 -

Short case history _____

Has patient been discharged? yes/no date _____

Remarks _____

Name of hospital _____

Date _____

Name of attending physician _____

Signature _____