

ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי השלטון המקומי – מפעל הפיס

עובדים יקרים,

הננו שמחים להודיעכם כי נחתם הסכם ביטוח בריאות קבוצתי בתנאים מיוחדים עבורכם ועבור בני משפחותיכם בחברת "כלכל בריאות".

מטרת הפוליסה היא הענקת כיסוי הולם, בתנאים טובים אשר יעניקו ביטחון ושקט נפשי לכולנו.

מי זכאי להצטרף?

עובד/ת בעל הפוליסה, בן/בת זוג, אשר גילם במועד ההצטרפות לביטוח אינו עולה על 67 שנה וכן ילדיו/ה של עובד/ת.

הורי העובד/ת שגילם במועד ההצטרפות לביטוח אינו עולה על גיל 70.

ההצטרפות לביטוח הקבוצתי הינה בכפוף למילוי הצהרות בריאות וחיתום וקבלת אישור המבטח על ההצטרפות לביטוח.

תקופת ההסכם

תקופת הסכם הביטוח הראשונה תהיה ל-3 שנים שתחילתן ביום 01.04.2008. ההסכם יחודש אוטומטית לתקופות נוספות בנות 4 שנים כל אחת.

נציגי החברה למשק וכלכלה יגיעו למפעל הפיס ויקיימו מצגת לשם הצגת תוכנית הביטוח ויתרונותיה בצורה מפורטת וצרוף העובדים המעוניינים בתוכנית הביטוח ושטרם הצטרפו.

לפרטים נוספים ניתן לפנות טלפונית אל יאיר רחמים מהחברה למשק וכלכלה בטל : 03-6235262.

תוכנית הביטוח כוללת 3 מסלולים לבחירת המבוטחים:

מסלול 1 – בריאות חובה משפחתית

❖ **ביטוח להשתלות בחו"ל** - שיפוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח או עד \$1,000,000 כנגד הצגת קבלות מקוריות, וכן ביטוח עבור **טיפולים מיוחדים בחו"ל** – שיפוי עד \$150,000.
הכיסוי כולל הוצאות שהייה בחו"ל למבוטח ומלווה (או שני מלווה במידה המבוטח הינו קטין), הוצאות המשך טיפולים רפואיים בישראל, הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת היותו בחו"ל והוצאות הבאת מומחה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל.

גמלת החלמה: לאחר השתלת האיברים: לב, לב-ריאה או כבד גמלה בסך 4,000 ₪ למשך 24 חודשים. לאחר השתלת האיברים כליה, לבלב, מח עצמות גמלה בסך 4,000 ₪ לחודש למשך 12 חודשים. לאחר השתלת קרנית גמלה בסך 4,000 ₪ למשך 3 חודשים.

מסלול פיצוי - פיצוי חד פעמי בסך \$ 50,000 למקרה שבוצעה השתלה בחו"ל ללא השתתפות המבטח.

❖ **ביטוח לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי** – שיפוי עד 1,000,000 ₪ (בכפוף להשתתפות עצמית בסך 150 ₪ למרשם לחודש או 5% מעלות התרופה, לפי הגבוה מביניהם).

❖ **כתבי שירות** – חדר רופאים 24 שעות ביממה, ניהול אירוע רפואי "מימוש זכויות", ביקור רופא, ייעוץ פסיכולוגי ועזרה ראשונה לטיפול שנייים.

דמי הביטוח החודשיים ב ₪ במסלול 1

השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות וכתבי שירות:

למשפחה (זוג הורים וכל ילדיהם עד גיל 18) – 31 ₪.

- הפרמיות צמודות למדד 2/2008 שפורסם ב - 15/03/2008 שווה 10,552 נקודות ויעודכנו אחת לשנה .
- סכומי הביטוח צמודים למדד 11/2005 שפורסם ב - 15/11/2005 שווה 10,265 נקודות.

מידע זה הינו אינפורמטיבי בלבד.

התנאים המחייבים הינם בהתאם להסכם שנחתם בין "כלכל בריאות חברה לביטוח בע"מ" לבין "מפעל הפיס"

מסלול 2 – בריאות חובה

בנוסף לכיסויים המפורטים במסלול 1 לעיל, יורחב הכיסוי במסלול 2 גם לביטוח ניתוחים מורחב בישראל או בחו"ל או פרק ניתוחים מעבר לאחר מימוש זכויות בשב"ן (לפי בחירת המבוטח), כמפורט להלן:

❖ **ביטוח לניתוחים בישראל ובחו"ל – לילדים עד גיל 24 בלבד:**

ניתוחים בארץ רק לילדים עד גיל 24 בלבד:

שיפוי מלא בעת האשפוז לניתוחים פרטיים אצל נותני שירות שבהסכם עם המבטח. במידה והניתוח בוצע אצל נותני שירות שלא בהסכם עם המבטח, אזי יינתן שיפוי עד תקרת הסכום המשולמת לרופא שבהסכם עם המבטח.

ניתוחים בחו"ל רק לילדים עד גיל 24 בלבד:

ניתוח אשר ביצעו אושר ותואם מראש על ידי המבטח - שיפוי מלא.
ניתוח אשר אושר מראש על ידי המבטח אך לא תואם מראש על ידו - עד 150% מהסכום שהיה משולם לספק שירות שבהסכם בגין אותו מקרה ביטוח.

הכיסוי עבור הניתוחים כולל בעת אשפוז - שכר רופא מנתח; שכר רופא מרדים; הוצאות דמי אשפוז עד 30 יום, חדר ניתוח ובדיקה פתולוגית.

הכיסוי כולל שירותים נלווים לניתוח - התייעצויות אחת עם הרופא המנתח ואחת נוספת עם רופא מרדים לפני הניתוח; אחות פרטית - עד 10 ימי אשפוז; שתל – עד 15,000 ש"ח; שירותי הסעה באמבולנס, בדיקות הדמיה MRI, CT, PET, U.S אשר הינם חלק מהניתוח.

פיצוי במקרה של ביצוע הניתוח ללא השתתפות המבטח:

- במערכת הפרטית בהשתתפות קופ"ח - פיצוי בגובה 50% מעלות ניתוח אם היה מתבצע בבי"ח שבהסכם עם המבטח.
- פיצוי מיוחד במקרה אי שימוש בביטוח לצורך ביצוע ניתוח – בגובה 50% משכר מנתח הסכם לאותו ניתוח, במקרה ביצוע ניתוח המכוסה על פי ההסכם במסגרת מערכת הרפואה הציבורית, ללא השתתפות המבטח.
- הכיסוי כולל בנוסף טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוח.

כיסויים ייחודיים לפרק הניתוחים

- **מוות כתוצאה מניתוח (לילד מעל גיל 20 ומתחת לגיל 25) –** פיצוי חד פעמי בסך 75,000 ₪ אם נפטר המבוטח כתוצאה ישירה מהניתוח ועד 7 יממות ממועד תחילת ביצוע הניתוח.
- **אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח (לילד מעל גיל 20 ומתחת 25) –** פיצוי בסך 3,000 ₪ למשך 12 חודשים.
- **פיצוי לילד בגין אובדן כושר לימודים:**
- במקרה של אשפוז או ריתוק ילד המבוטח בפוליסה זו עקב תאונה או מחלה, פיצוי החל מהיום החמישי לאשפוז ועד 90 יום, בסך 150 ₪ ליום. במדיה והילד מרותק לבית, ישולם הפיצוי החל מהיום ה-30 ועד 180 יום בסך 150 ₪ ליום.
- **כיסוי רפואי לפעולות כירורגיות המבוצעות ע"י רופא שיניים.**

❖ **ביטוח ניתוחים מעבר לשב"ן**

(תכנית הביטוח תכלול את פרק הניתוחים מעבר שב"ן או את פרק הניתוחים המורחב (כמפורט לעיל), לפי בחירת המבוטח)

ביטוח לניתוחים המבוצעים בישראל מעבר לזכויות המבוטח בתוכנית השב"ן של קופות החולים. הכיסוי יינתן לאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו עפ"י תכנית השב"ן שברשותו, עד תקרת הסכומים המשולמים לנותני שירות שבהסכם עם המבטח ובקיצוז מלוא הזכויות המוקנות בגין הניתוח במסגרת תכנית השב"ן בה הוא חבר.

ההוצאות כוללות:

שכר מנתח; שכר רופא מרדים; הוצאות חדר ניתוח; הוצאות דמי אשפוז עד 30 יום; שתל; התייעצות לפני ניתוח עם הרופא המנתח; התייעצות נוספת עם רופא מומחה בתחום הרלוונטי; שכר אחות לאחר ניתוח ועד 10 ימי אשפוז; בדיקה פתולוגית; חוות דעת שנייה בפתולוגיה ושירותי הסעה באמבולנס.

דמי הביטוח החודשיים בש"ח במסלול 2

השתלול וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים בארץ ובחו"ל למבוטחים עד גיל 24 בלבד או ניתוחים לאחר מימוש זכויות בשב"ן וכתבי שירות.

מבוטח	פרמיה חודשית כולל פרק הניתוחים המורחב	פרמיה חודשית כולל פרק הניתוחים מעבר לשב"ן
עובד/ת	15 ₪	אין
בן/בת זוג	12 ₪	אין
ילדים מעל גיל 24	15 ₪	אין
ילדים מעל גיל 18 (כולל כיסוי לפרק הניתוחים המורחב)	10 ₪	8 ₪
ילדים מגיל 18 ועד 24 (טרם נישואיהם, כולל כיסוי לפרק הניתוחים)	20 ₪	18 ₪
משפחה מבוטחת (זוג הורים וכל ילדיהם עד גיל 18, כולל כיסוי פרק הניתוחים) כיסוי לילדים*	57 ₪	54 ₪
הורה העובד/ת ו/או בני זוגם עד גיל 70	25 ₪ ליחיד	אין

- הפרמיות צמודות למדד 2/2008 שפורסם ב - 15/03/2008 שווה 10,552 נקודות ויעודכנו אחת לשנה .
- סכומי הביטוח צמודים למדד 11/2005 שפורסם ב - 15/11/2005 שווה 10,265 נקודות.

מסלול 3 – בריאות מקיף

בנוסף לכיסויים המפורטים במסלולים 1+2 לעיל (השתלול וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים בארץ ובחו"ל למבוטחים עד גיל 24 או כיסוי לניתוחים לאחר מימוש זכויות בשב"ן – לפי בחירת המבוטח וכתבי שירות), יורחב הכיסוי במסלול 3 כיסוי לניתוחים גם עבור מבוטחים מבוגרים מעל גיל 24 או כיסוי לניתוחים לאחר מימוש זכויות בשב"ן – לפי בחירת המבוטח, בתוספת פרמיה.

דמי הביטוח החודשיים בש"ח במסלול 3

השתלול וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים בארץ ובחו"ל וכתבי שירות:

מבוטח	פרמיה חודשית כולל פרק הניתוחים המורחב	פרמיה חודשית כולל פרק הניתוחים מעבר לשב"ן
עובד/ת	57 ₪	53 ₪
בן/בת זוג	57 ₪	53 ₪
ילדים מעל גיל 24	57 ₪	53 ₪
ילדים עד גיל 18	10 ₪	8 ₪
ילדים מגיל 18 ועד 24 (טרם נישואיהם)	21 ₪	19 ₪
משפחה מבוטחת (זוג הורים וכל ילדיהם עד גיל 18)	144 ₪	138 ₪
הורה העובד/ת ו/או בני זוגם עד גיל 70	67 ₪ ליחיד	63 ₪

- הפרמיות צמודות למדד 2/2008 שפורסם ב - 15/03/2008 שווה 10,552 נקודות ויעודכנו אחת לשנה .
- סכומי הביטוח צמודים למדד 11/2005 שפורסם ב - 15/11/2005 שווה 10,265 נקודות.

כיסויים נוספים אשר ניתן לצרף לביטוח למצטרפים במסלול 3 בלבד

מבוטחים שגילם מעל 18 שנה שהצטרפו למסלול 3 – בריאות מקיף, רשאים לרכוש גם את הכיסויים שלהלן:

1. **ביטוח סיעודי** בכפוף למילוי הצהרת בריאות ואישור המבטח בכתב.

הכולל פיצוי חודשי בסך 4,000 ₪ או 6,000 ₪ (לפי בחירת המבוטח) ל-5 שנים בשל מצב בריאות ותפקוד ירודים כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי ולאחר 60 ימי המתנה.

2. **כתב שירות רפואה אלטרנטיבית** – אצל נותני שירות שבהסכם עם המבטח כולל רפלקסולוגיה, אקופונקטורה, שיאצו, אוסטיאופתיה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדנקרייז, ביו-פידיבק, נטורופתיה וייעוץ דיאטטי – עד 16 טיפולים בשנה וכפוף להשתתפות עצמית של 20% .

מידע זה הינו אינפורמטיבי בלבד.

התנאים המחייבים הינם בהתאם להסכם שנחתם בין "כלכל בריאות חברה לביטוח בע"מ" לבין "מפעל הפיס"

פרמיה חודשית	הכסויים
₪ 6	ביטוח סיעודי - יחידת פיצוי בסך 4,000 ₪
₪ 8	יחידת פיצוי בסך 6,000 ₪
דמי הביטוח החודשיים בגין כתב שרות :	
₪ 6	רפואה אלטרנטיבית - משפחה
₪ 4	מבוטח בוגר
₪ 2	ילד עד גיל 24

- * מבוטחים מתחת לגיל 18 והורי העובדים אינם זכאים להצטרף לביטוח הסיעודי במסלול 3
- הפרמיות צמודות למדד 2/2008 שפורסם ב - 15/03/2008 שווה 10,552 נקודות ויעודכנו אחת לשנה .
- סכומי הביטוח צמודים למדד 11/2005 שפורסם ב - 15/11/2005 שווה 10,265 נקודות.

אל תחמיצו את ההזדמנות להצטרף לתוכנית ייחודית זו!

**בברכת בריאות טובה ואריכות ימים,
 כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ**

טופס הצטרפות לביטוח בריאות עבור עובדי השלטון המקומי ובני משפחותיהם

מפעל הפיס

פרטי העובד/ת

שם משפחה		שם פרטי		ת. זהות		ת. לידה	
כתובת		טלפון		טלפון נייד		גובה	
קופת חולים		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם תכנית _____		משלים קופת חולים		מין	

הנני מעוניין/ת להצטרף לתוכנית הביטוח;

בריאות חובה משפחתי (בסיסי)

בריאות חובה

בריאות מקיף מורחב בריאות מקיף מעל השב"ן הנני מעוניין להרחיב;

◇ סיעוד: יחידת פיצוי בסך 4,000 / 6,000 ₪ לחודש (נא סמן את הסכום המבוקש) ◇ כתב שירות רפואה

אלטרנטיבית.

בן/בת זוג

שם בן/בת הזוג		ת. זהות		ת. לידה		גובה		משקל	
קופת חולים		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם תכנית _____		משלים קופת חולים		מין			

הנני מעוניין/ת לצרף את בן/ת הזוג לתוכנית הביטוח;

בריאות חובה משפחתי (בסיסי)

בריאות חובה

בריאות מקיף מורחב בריאות מקיף מעל השב"ן הנני מעוניין להרחיב;

◇ סיעוד: יחידת פיצוי בסך 4,000 / 6,000 ₪ לחודש (נא סמן את הסכום המבוקש) ◇ כתב שירות רפואה

אלטרנטיבית.

ילדים מעל גיל 24

שם הילד	ת. זהות	ת. לידה	קופת חולים	גובה	משקל	מין
1.						ז / נ
2.						ז / נ

הנני מעוניין/ת לצרף את ילדיי לתוכנית הביטוח;

בריאות חובה משפחתי (בסיסי)

בריאות חובה

בריאות מקיף מהשקל הראשון בריאות מקיף מעל השב"ן הנני מעוניין להרחיב;

◇ סיעוד: יחידת פיצוי בסך 4,000 / 6,000 ₪ לחודש (נא סמן את הסכום המבוקש) ◇ כתב שירות רפואה

אלטרנטיבית.

ילדים עד גיל 24

שם הילד	ת. זהות	ת. לידה	קופת חולים	גובה	משקל	מין
1.						ז / נ
2.						ז / נ
3.						ז / נ
4.						ז / נ

הנני מעוניין/ת לצרף את ילדיי לתוכנית הביטוח;

בריאות חובה משפחתי (בסיסי)

בריאות חובה מורחב (הכיסוי לניתוחים - לילדים בלבד) בריאות חובה מעל השב"ן (הכיסוי לניתוחים - לילדים בלבד)

בריאות מקיף מורחב בריאות מקיף מעל השב"ן הנני מעוניין להרחיב;

◇ סיעוד: יחידת פיצוי בסך 4,000 / 6,000 ₪ לחודש (נא סמן את הסכום המבוקש) ◇ כתב שירות רפואה

אלטרנטיבית.

• ילדים עד גיל 18 אינם מבוטחים בביטוח סיעודי

מידע זה הינו אינפורמטיבי בלבד.

התנאים המחייבים הינם בהתאם להסכם שנחתם בין "כלכל בריאות חברה לביטוח בע"מ" לבין "מפעל הפיס"

הורי העובד (עד גיל 70)

משקל	גובה	ת. לידה	ת. זהות	שם ההורה
מין	משלים קופת חולים		קופת חולים	
ז / נ	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם תכנית _____			
משקל	גובה	ת. לידה	ת. זהות	שם ההורה
מין	משלים קופת חולים		קופת חולים	
ז / נ	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם תכנית _____			

הנני מעוניין/ת לצרף את הוריי לתוכנית הביטוח ;

בריאות חובה

בריאות מקיף מורחב בריאות מקיף מעל השב"ן (ללא הרחבות לסיעוד ולכתב שרות אלטרנטיבי)

הצהרות

1. אני החתום מטה מבקש, לבטח אותי ואת בני משפחתי עפ"י הצעה זו. אני מצהיר כי כל תשובותיי כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות מלאות וכנות. ידוע לי שתשובותיי שלי ושל בני משפחתי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש, ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. ידוע לנו שביטוח זה אינו מכסה תביעות אשר נובעות או קשורות בעקיפין למצב בריאות לקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף ותוך תקופת האכשרה.

2. למבוטחים במסלול מעל השב"ן, ידוע לי כי:

- 2.1 הכיסוי במסלול פרק הניתוחים מעל השב"ן (להלן "הפרק") מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שרותי בריאות נוספים בקופות החולים), כלומר המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפרק.
- 2.2 למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
- 2.3 דמי הביטוח בפרק זה נמוכים מדמי הביטוח בפרק הניתוחים המורחב – מסלול מלא, הכולל כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (להלן: **'ביטוח מהשקל הראשון'**), ואשר תגמולי הביטוח המשולמים במסגרתו הם בלא תלות בזכויות המגיעות מהשב"ן.
- 2.4 בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי במסלול מהשקל הראשון, בתוך 60 יום ממועד הודעת קופת החולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטוח לתוקף, לפי המאוחר מבין השניים.

הצהרת ויתור על סודיות רפואית:

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ומוסדותיה הרפואיים או סניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, בתי החולים והמוסד לביטוח לאומי ולשלטונות צה"ל למסור ל"כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותי או של ילדי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, אני או ילדי, ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם, ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי, כנ"ל שלי או של ילדי, ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה יחול על ילדי הקטינים ששמותיהם צוייני, אם צויינו בהצעה. כתב ויתור זה מחייב אותי ואת עזבוני ואת באיי כוחי על פי דין ואת כל מי שיבוא במקומי.

חתימה	הקרבה	תאריך
_____ 	העובד/ת	_____
_____ 	בן/ת הזוג	_____
_____ 	ילד/ה מעל גיל 18	_____
_____ 	ילד/ה מעל גיל 18	_____
_____ 	ההורה	_____
_____ 	ההורה	_____

הוראה לניכוי דמי הביטוח מהמשכורת

הנני נותן/ת בזאת הוראה למחלקת השכר לנכות ממשכורתי מידי חודש פרמיות בגין הביטוח הרפואי עבורי ועבור בני משפחתי, כמפורט בטופס ההצטרפות אליו צורפה הוראה זו.

הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב על ידי ובכפוף לתקופה ולתנאים כפי שסוכם בהסכם שבין "כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" לבין _____

שם משפחה	שם פרטי	ת. זהות	חתימה