



פוליסת ביטוח שיניים
לעובדי חברת חשמל ובני משפחתם

אפריל 2011

עובדים, גמלאים ובני משפחה יקרים,

ועד העובדים מייחס חשיבות רבה לביטוח השיניים ולכן שוקד כל העת לשפר ולהגדיל את הכיסוי הביטוחי עבורכם.

הננו שמחים לבשר לכם, כי נחתמה פוליסה חדשה לביטוח שיניים לעובדים, גמלאים ובני משפחותיהם לשנתיים נוספות החל מיום 1.12.2010 ועד ליום 31.12.2012.

הכיסויים שפוליסה זו מעניקה למבוטחים מהווים שדחג משמעותי לתנאי הכיסוי הביטוחי בפוליסה הקודמת, כאשר בסכומי הפרמיה לא חל שינוי.

ביטוח השיניים החדש נבנה במתכונת משופרת, בסיוע יועצים ביטוחיים וחפא שיניים, תוך שימת דגש על שיפור השירות, שיפור גובה ההחזרים, הרחבת הכיסויים והזכאות לטיפולים.

אנו שמחים להציג בפניכם את הכיסויים הרחבים הכלולים בהסכם ואת הדרך שבה ניתן ליישם ביעילות מרבית.

לרשותכם, עומד מוקד שירות טלפוני מקצועי ועודי שמספרו 00-44-50-700-1.

כמו כן, חברי וועדת השיניים והבריאות יעמדו לשחתכם בכל עת בפריסה ארצית ויעזו לכם בכל פניה, בקשה וביחה.

בנוסף, ימשיך ללוות את המבוטחים ד"ר דויטש - חפא השיניים היועץ, באותה מתכונת, כפי שיפורט בחוברת.

בכדי שתוכלו לממש את ביטוח השיניים שלכם, בבקשכם להקפיד ולנהוג עפ"י כל תנאי הפוליסה אשר מפורטים בחוברת זו.

את רשימת חפאי ההסכם העדכנית תוכלו למצוא באתר האינטרנט www.fnx.co.il/collective/iec

בברכת בריאות טובה,

מיקו (דוד) צרפתי	יעקב דבידה	משה לוי	מרדכי לוגסי
יו"ר המזכירות הארצית מ"מ יו"ר המזכירות הארצית	יו"ר ועד מרחב ירושלים	יו"ר ועד מרחב דרום	יו"ר ועד מרחב צפון

עמוד

5	פרטים כלליים על הפוליסה - דף גילוי נאות
10	תהליך פניה לקבלת טיפול אצל חפא הסכם
11	תהליך פניה לקבלת טיפול אצל חפא שאינו בהסכם
12	ערעורים בגין אישורים מוקדמים/תביעות לתשלום, שמות נציגי ועדת שיניים
13	פיחט הכיסויים
23	שימת הטיפולים ולוח התגמולים
27	חזרה ביטוח שיניים
41	נספח ב' - נספח הטיפולים המשמרים
49	נספח ב' - נספח הטיפולים הפריודונטליים (טיפול חניכיים)
51	נספח הטיפולים המשקמים (פחטטים המכוסים בביטוח)
55	נספח טיפולים אורטודונטיים (יישור שיניים)
57	נספח הטיפולים הכיורגיים של השתלות שיניים טפסים:
61	ביטוח שיניים - טופס כללי
63	טופס בדיקה למטופלים פריודנטליים
64	טופס בדיקה אורטודנטית לצורך קבלת אישור לתכנית טיפול
65	טופס הצטרפות - ביטוח הוצאות ריפוי שיניים - עובדים ובני משפחה חברת חשמל
66	טופס הצטרפות - ביטוח הוצאות ריפוי שיניים - גמלאי ופורשי חברת החשמל

פרטים כלליים על הפוליסה / דף גילוי נאות

תנאים	סעיף	נושא
ארגון עובדי חברת חשמל - הוועד הארצי:	שם בעל הפוליסה	כללי
<p>1. עובד קיים או חדש של חברת החשמל בן/בת הזוג וילדיהם בתנאי ששמם מופיע ברשימה.</p> <p>2. גמלאי חברת חשמל, כל עוד הינו חבר בארגון העובדים ובן/בת זוגה/ו/או שארי גמלאי חברת חשמל וכן, עובד שיהפוך לגמלאי במהלך תקופת הביטוח.</p> <p>3. עובדי ועד עובדי חברת חשמל ובני/ות זוגם וילדיהם אשר בחרו להצטרף לביטוח ששמם מופיע ברשימה.</p>	מבוטח	
<p>למבוטח מעל גיל 21 - יכוסו טיפולים משמרים, פרוידנטליים, שתלים דנטלים ושיקום הפה.</p> <p>למבוטח מתחת לגיל 21 - יכוסו טיפולים משמרים וטיפולי יישור שיניים.</p>	הכיסויים בפוליסה	
25 חודשים, מיום 1.12.2010 ועד 31.12.2012	משך תקופת הביטוח	
<p>זכויות המבוטח במקרה של הגעת ההסכם לסימום (31.12.2012) או עזיבת עבודתו. התחייבויות המבטח על-פי חוזה זה על נספחיו יפוגו בכל אחד מן המקרים הבאים:</p> <p>א. ביום גמר הביטוח (31.12.2012) או ביום ביטולו.</p> <p>ב. החל מיום הפסקת תשלומי הפרמיה עבור מבוטח, לא יכוסו עוד טיפולי שיניים.</p> <p>ג. הופסקה עבודתו של מבוטח שהוא עובד חברה, יודיע בעל הפוליסה על כך למבטח, בכתב, וזאת תוך 14 יום מיום הפסקת העבודה. במקרה האמור יחדלו להיות מבוטחים על-פי חוזה זה אותו המבוטח, יחד עם בני משפחתו שהפכו מבוטחים על פי הוראות וזאת תוך 30 יום מיום מסירת ההודעה.</p> <p>למרות זאת יאפשר המבטח למבוטח שעבודתו נפסקה כאמור, ולבני משפחתו שהיו מבוטחים יחד עמו, להמשיך בביטוח השיניים, באותם תנאים הקבועים בחוזה זה ועד גמר תקופת הביטוח; הכול בכפוף לתשלום ישיר של הפרמיות על-ידי אותו מבוטח למבטח וכפוף לחתימת המבוטח ע"ג שטר חוב.</p> <p>ד. נפטר מבוטח שהוא עובד חברה או גמלאי, ימשיכו אלמנתו ויתומיו להיות מבוטחים, אם ירצו בכך כפוף לחתימתם ע"ג שטר חוב והעברת הוראת קבע אישית לידי המבטח לצורך תשלום הפרמיה ובלבד שזה נעשה תוך 60 ימים ממועד הפטירה.</p>	סיום הביטוח והמשכיות	
כמפורט בטבלה המצורפת בהמשך.	השתתפות עצמית	

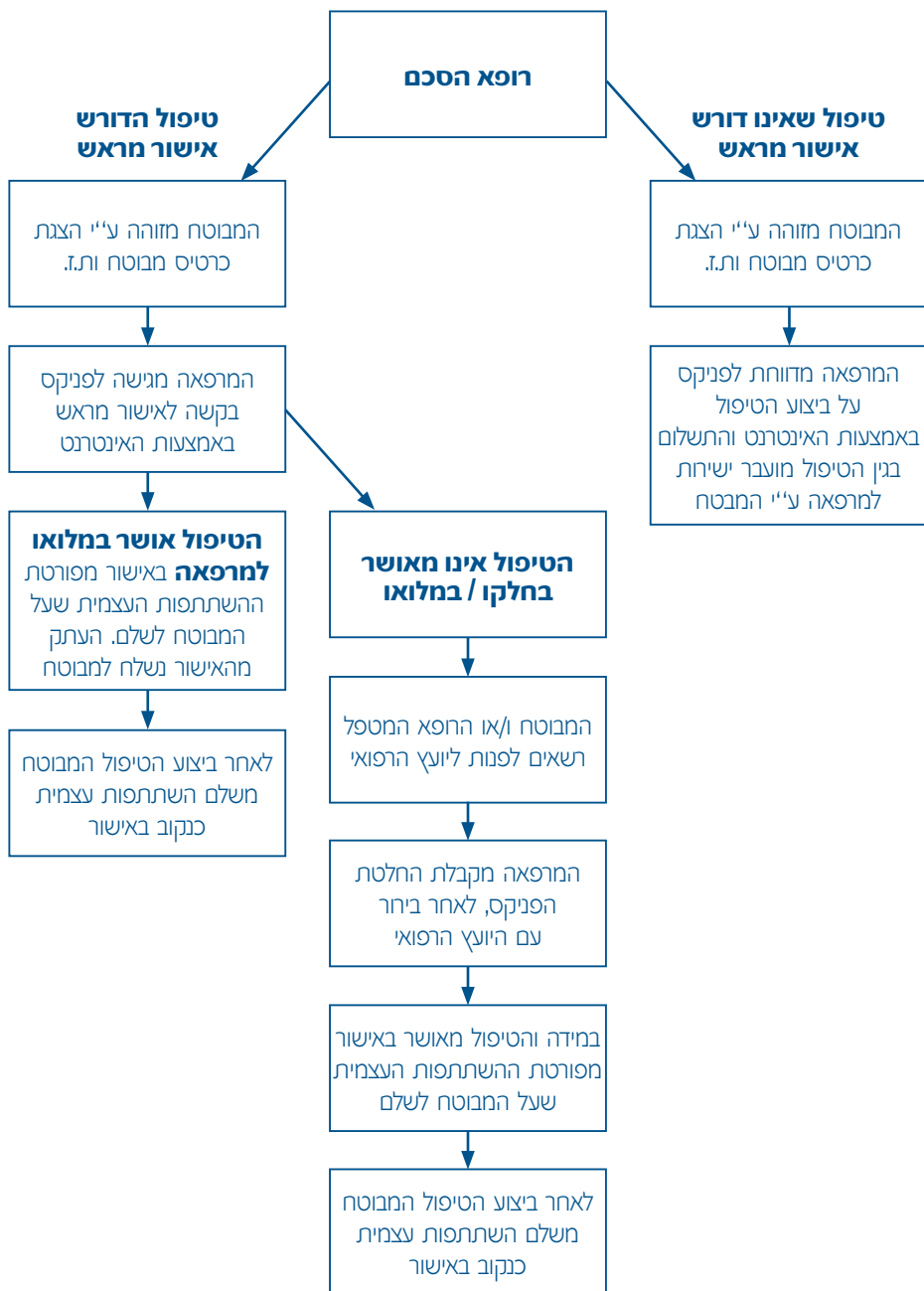
תנאים	סעיף	נושא
אין.	שינוי תנאי פוליסה במהלך תקופת הביטוח	שינוי תנאים
<p align="center">הפרמיה החדשית:</p> <p>1. פרמיה בגין בני משפחה של עובדים וגמלאים אשר היו מבוטחים בפוליסה שהסתיימה ביום 30.11.2010 ומתחילה ביום 1.12.2010:</p> <p>1.1 בן/בת זוג ו/או ילד מעל גיל 21: 69.95 ש"ח לחודש. 1.2 ילד בגיל 5-21: 29.15 ש"ח. החל מהילד השלישי (מתחת לגיל 21) - חינם.</p> <p>2. הפרמיה בגין בני משפחה של עובדים וגמלאים המצטרפים לביטוח מיום 1.12.2010, שלא היו מבוטחים בפוליסה שהסתיימה ביום 30.11.10:</p> <p>2.1 בן/בת זוג ו/או ילד מעל גיל 21: 81.61 ש"ח לחודש. 2.2 ילד חדש בגיל 5-21: 40.80 ש"ח לחודש. החל מהילד השלישי (מתחת לגיל 21) - חינם.</p> <p>3. גמלאי ותיק / חדש: 110.75 ש"ח לחודש.</p> <p>הפרמיות בגין בני משפחה של גימלאי יהיו עפ"י המפורט בסעיפים 1 או 2 לעיל.</p> <p>המחירים על פי המדד שפורסם ביום 15.11.2010.</p>	גובה ומבנה הפרמיה	פרמיות
ללא שינוי, למעט הצמדה למדד.	שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	
<p>כל העובדים ובני המשפחה אשר היו מבוטחים בפוליסה הקודמת עד ליום 30.11.2010 הועברו אוטומטית לפוליסה החדשה החל מיום 1.12.2010.</p> <p>1. הצטרפות עובדים לביטוח</p> <p>1.1 כל העובדים אשר היו מבוטחים בפוליסה הקודמת, הועברו אוטומטית לפוליסה החדשה.</p> <p>1.2 כל עובד שצורף לביטוח יהיה מבוטח על פי תנאי הביטוח החדשים מיום תחילת תקופת הביטוח, או מיום ההצטרפות, לפי המאוחר, ועד ליום תום תקופת הביטוח 31.12.2012.</p> <p>2. צירוף בני משפחה חדשים לביטוח</p> <p>2.1 מיום תחילת ההסכם, כל עובד חברה יהיה רשאי לצרף כמבוטח לביטוח השיניים, נוסף על עצמו, את בני משפחתו, לפי אחת הבריחות המפורטות להלן:</p> <p>2.1.1 בן/בת זוג. 2.1.2 בן/בת זוגו + כל הילדים.</p>	תנאי ההצטרפות לפוליסה	הצטרפות עובדים / גמלאים ובני משפחה לביטוח

תנאים	סעיף	נושא
<p>2.1.3 כל הילדים, ללא צירוף בן/בת זוג - וזאת לעובד חברה שהוא הורה חד-הורי או גחש/ה או אלמן/נה או פחד/ה (בין אם הילדים במשמורתו של עובד החברה, ובין אם לאו).</p> <p>2.1.4 בן/בת של עובד חברה שגילו מעל 21 שנים.</p> <p>2.1.5 כל הילדים, ללא צירוף בן/בת זוג - וזאת לעובד חברה שבן/בת זוגו מכוסה בביטוח שיניים אחר, והביטוח האחר מכסה את הטיפולים המכוסים בביטוח זה, כולם או חלקם.</p> <p>2.1.6 צירוף בני משפחה חדשים יתאפשר תוך 90 יום מיום תחילת הביטוח לפי הסכם זה או תוך 90 יום מיום הצטרפותו/או צירופו של עובד החברה כמבוטח על פי חוזה זה - לפי המאוחר.</p> <p>2.1.7 עובד חברה שנישא או שילדו הגיע לגיל 5, במהלך תקופת הביטוח, יוכל לצרף את בן המשפחה הרלוונטי כמבוטח על פי חוזה זה, וזאת תוך 90 יום מהיום בו נישא או הגיע הילד לגיל 5.</p>		
<p>3. הצטרפות גמלאים לביטוח</p> <p>3.1 על גמלאים שבוטחו בפוליסה הקודמת ובני משפחתם, להודיע למבטח על רצונם להצטרף לפוליסה החדשה.</p> <p>3.2 גמלאי יוכל להצטרף לביטוח השיניים לבדו, או עם בני משפחתו על פי הכללים בסעיף 2 לעיל.</p> <p>3.3 הצטרפות גמלאי לביטוח, לבדו או עם בני משפחתו, תתאפשר אם תעשה תוך 90 יום מיום תחילת הביטוח לפי הסכם זה, או תוך 90 יום מיום שהפך לגמלאי, לפי המאוחר. גמלאים אלו יבוטחו עד תום תקופת הביטוח בפוליסה לפי הסכם זה.</p> <p>3.4 צירוף עובד שהפך לגמלאי תעשה על פי בקשה מפורשת שלו להצטרפות לביטוח, ע"י מילוי הוראת קבע וחתומה על שטר חוב.</p> <p>3.5 אם ביקש גמלאי לצרף לביטוח גם בני משפחה, עליו לעשות זאת במועד הגשת הבקשה להצטרפותו - הוא לביטוח.</p> <p>הצטרפות מבוטחים לביטוח - הוראות נוספות</p> <p>עובד חברה חדש יוכל להצטרף לביטוח, לבדו או עם בני משפחתו תוך 90 יום מיום שהפך לעובד החברה הזכאי לביטוח שיניים.</p>		

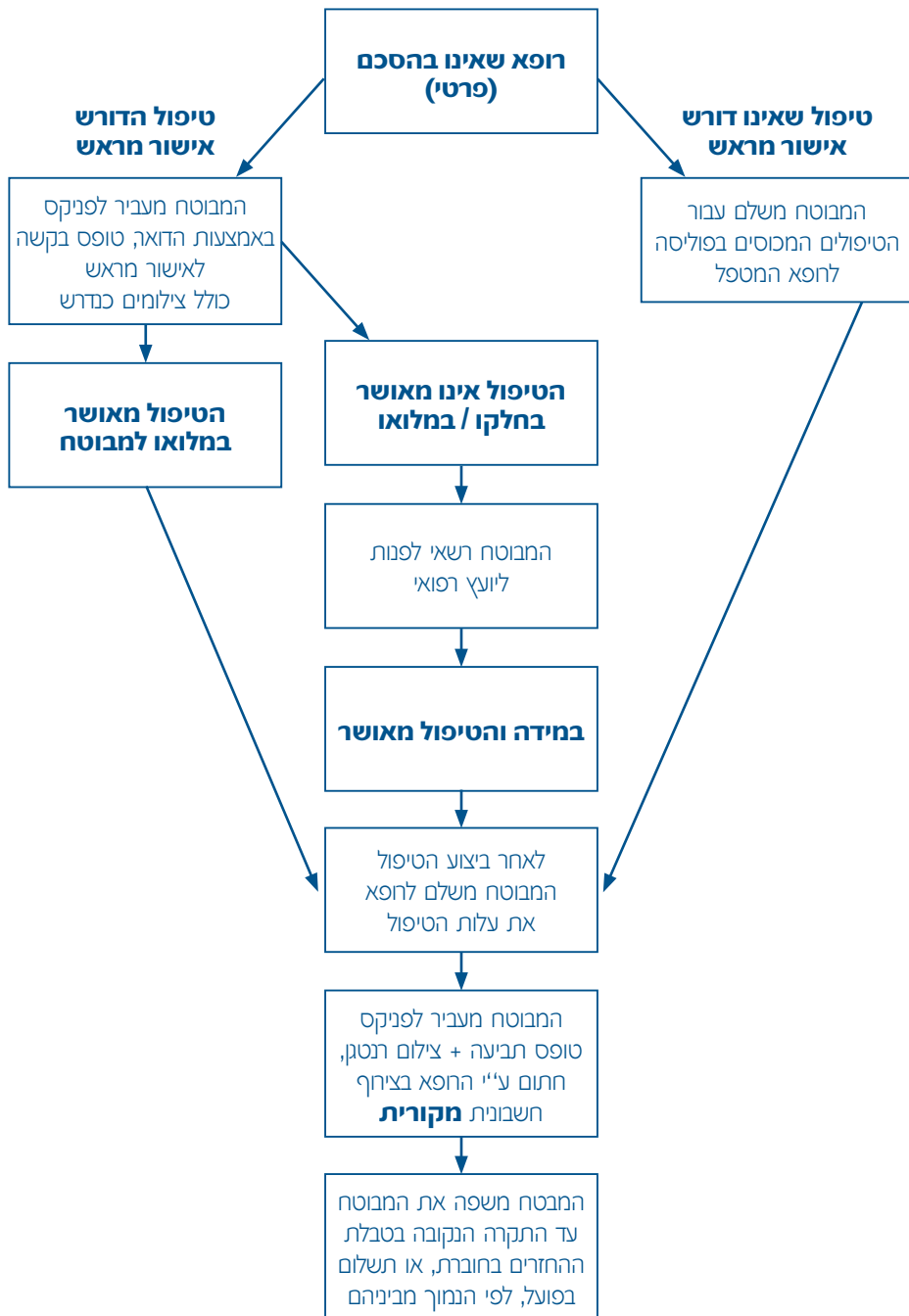
תנאים	סעיף	נושא
<p>בקשת הצטרפות של עובד חברה חדש, בקשת הצטרפות של גמלאי (עם/בלי בני משפחתו), ובקשה לצירוף בן משפחה של עובד חברה - תעשה על גבי טופס מתאים, המצורף לחוברת זו.</p> <p>ניתן לקבל טפסים ע"י פניה למוקד הפניקס או לוועד העובדים.</p> <p>הטופס ייחתם על-ידי המבוטח ועל ידי עובד החברה/ הגמלאי, ויישלח למבטח על ידי בעל הפוליסה או ישירות למבטח ע"י המועמד לביטוח באמצעות פקס שמספרו 03-7336940.</p> <p>גמלאי / פורש הממלא הוראת קבע ושטר חוב חייב להעביר את המקור אל הפניקס לכתובת: ת.ד. 25224 תל אביב, מיקוד 61251.</p> <p>משלוח בפקס או תצלום לא יתקבלו.</p>	<p>אופן ההצטרפות</p>	
<p>תשימת הרופאים בהסדר, בפרסיה ארצית מפורסמת באתר האינטרנט של הפניקס: www.fnx.co.il/collective/iec</p> <p>לאיתור חפא שיניים באזור מגוריך ניתן לפנות למוקד ביטוח השיניים של הפניקס: בטלפון: 1-700-50-44-00</p>	<p>רופאי הסדר</p>	<p>רופאי שיניים</p>
<p>מבוטח תשאי לקבל טיפול אצל כל חפא שיניים שאינו בהסכם. במקרים אלה ישלם המבוטח בעבור הטיפול ויקבל החזר עפ"י לוח ההחזרים בפוליסה.</p> <p>נוהל הפניה ו/או קבלת טיפול מחפאים שאינם בהסדר יפורט להלן.</p>	<p>רופאים שאינם בהסדר</p>	
<p>1. לאחר ביצוע בדיקה ראשונית או טיפול שיניים תשלום מרפאת ההסכם בקשה לאישור מראש או תביעה לתשלום ביחוף צילומי הרנטגן הנדרשים, ישירות אל הפניקס. המרפאה תעביר את המסמכים באמצעות הדואר או האינטרנט, ללא כל מעורבות של המבוטח.</p> <p>2. עם הגעת המסמכים אל מחלקת תביעות שיניים בפניקס, תבדק תוכנית הטיפול ותאושר תוך ציון סכומי ההשתתפות העצמית, אשר על המבוטח לשלם, או לחילופין בעת טיפול בתביעה יועבר למרפאת ההסכם תשלום עבור הטיפול.</p> <p>3. אישורים אשר הופקו ע"י הפניקס ישלחו ישירות אל מרפאות ההסכם, עם העתק למבוטח, תוך 14 ימי עבודה.</p>	<p>טיפול אצל רופא בהסכם</p>	<p>נוהל הגשת תביעה / בקשה לאישור מראש</p>

תנאים	סעיף	נושא
<p>המבוטחים תשאים לקבל טיפול אצל חפאים שאינם בהסדר:</p> <p>1. על המבוטח חלה החובה להגיש לחברת הביטוח במישרין את טפסי הבקשה לאישור מוקדם של תוכנית הטיפול: חיידוש טיפולי שורש, טיפול משקם (פחטטי), ניתוחי חניכיים (פריודונטלי), שתלים ואורתודונטיה. לבקשה יש לצרף את צילומי הרנטגן הרלוונטיים לטיפול.</p> <p>2. עם הגעת המסמכים אל מחלקת תביעות שיניים בפניקס, תבדק תוכנית הטיפול ותאושר תוך ציון תקרת ההחזר וסכום ההשתתפות העצמית, אשר על המבוטח לשלם. אישור כאמור ישלח תוך 14 ימי עבודה.</p> <p>3. לאחר ביצוע הטיפולים, ידאג המבוטח להחתים את החפא על טופס התביעה ועל המבוטח חלה החובה להגיש לפניקס במישרין את הטפסים בהם, יפורטו הטיפולים שבוצעו. לתביעה יש לצרף חשבונית מס מקורית וצילומים במידת הצורך. תוך 14 ימי עבודה יועבר התשלום לחשבון הבנק של המבוטח כפי שצויין בטופס התביעה.</p> <p>את הטפסים ניתן להדפיס מאתר הפניקס: www.fnx.co.il/collective/iec</p> <p>4. את החומר יש לשלוח אל: הפניקס חברה לביטוח בע"מ ביטוח השיניים של חברת החשמל ת.ד. 25224 תל אביב 61251</p>	<p>טיפול אצל חפא שאינו בהסכם (פרטי)</p>	
<p>אין.</p>	<p>תנאי ביטול הפוליסה ע"י החברה</p>	<p>תנאי ביטול</p>
<p>1. עם תחילת הביטוח לפי הפוליסה יתאפשר לכל המבוטחים שהיו מבוטחים לפי הפוליסה הקודמת ושאין ברצונם להיות מבוטחים בפוליסה לפי הסכם זה, להפסיק / לא להצטרף לביטוח וזאת בתוך 90 ימים מיום תחילת תקופת הביטוח לפי פוליסה זו (1.12.2010) ובתנאי שלא ביצעו טיפולים שמומנו על ידי המבטח מיום תחילת תקופת הביטוח לפי פוליסה זו.</p> <p>2. בקשת הפסקה תעשה על גבי טופס מתאים. את הטפסים ניתן לקבל במשרדי הועד או באתר הפניקס www.fnx.co.il/collective/iec</p> <p>3. מעבר לתנאי הביטול הרשומים לעיל, לא ניתן לבטל את הפוליסה במהלך תקופת הביטוח.</p>	<p>תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח</p>	
<p>* המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם בגין פעולות ו/או שירותים שבוצעו למבוטח על ידי אדם שאינו מורשה על ידי הרשויות המוסמכות לעבוד כחפא שיניים ו/או כשיננית.</p> <p>* וכן החריגים המפורטים בנספח הטיפולים בהמשך.</p>		<p>חריגים</p>

תהליך פניה לקבלת טיפול אצל רופא הסכמ



תהליך פניה לקבלת טיפול אצל רופא שאינו בהסכם



ערעורים בגין אישורים מוקדמים / תביעות לתשלום

הכיסוי הביטוחי המפורט הינו פועל יוצא של הסכם הביטוח, בין בעל הפוליסה והפניקס והוא מאפשר לכלל המבוטחים לטפל בשיניהם בצורה טובה ויעילה, תוך שיפוי ההוצאות בגין טיפולים אלו, בהתאם לכיסוי הביטוחי שבהסכם.

במקרה והמבוטח אינו מסכים עם החלטת הפניקס, הוא רשאי לערער באופן הבא:

1. יש אפשרות לפנות ליועץ הרפואי ד"ר מנחם דייטש בנושאים הבאים:

1.1 תוכניות הטיפול.

1.2 אישור מוקדם.

1.3 ערעור על תשובת חברת הביטוח.

1.4 ייעוץ מקצועי Second opinion לגבי טיפולים.

2. הפניה תתבצע באתרי חברת החשמל בלבד. הודעה על מועדי הביקורים באתרים השונים תימסר לעובדים ע"י ציגי ועדת שיניים.

3. בכל פניה ליועץ הרפואי חובה להצטייד ב-

3.1 תשובת חברת הביטוח.

3.2 צילום/ נטקן של השיניים אשר בגין מוגש הערעור.

3.3 כל מסמך רפואי או מכתב הסבר של החפא המטפל הקשור לעניין.

לאחר בדיקת הערעור על כל היבטיו, יקבל המבוטח תשובה בכתב.

שמות ציגי ועדת - שיניים לפי מרחבים

מרחב צפון	
אבי סולמון	052-3996006
מאיה וימנטיין (בוועד העובדים)	04-8185169
052-3997618	
מרחב ירושלים	
סרחיה בוהדנה (בוועד העובדים)	02-6660616
02-6660611	
מרחב דרום	
לאה פלג	052-3996066
שמעון חדידה	052-3996109
אתר אורות רבין	
עמוס לבאן	052-3997664
רחמים שמעוני	052-3997663
אתר מזר - רידינג	
אפרים אורתנשטיין	057-7951106
מרכז טכני	
שמואל ונסובר	052-3995331
אנילביץ'	
אייל מושיוב	052-3997405
חתי זוהר	052-3996228
אגף הביצוע	
יוסי לוי	052-3996224
תחנה"כ חטנברג	
יגאל שטרית	052-3996219
תחנה"כ אשכול	
דוד סנדו	057-7429750
נפת באר שבע	
יחן בורבא	052-3995395

צורך באישור מראש מהמבטח	שיפוי - גבול אחריות המבטח	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית	
נספח טיפולים משמרים				
	1 לכל שנת ביטוח. תאושר בדיקה נוספת על ידי מומחה לקבלת חוות דעת שנייה.	בדיקת פה	שרותי אבחון	
לא	סדרה של 14 צילומים פריאפיקליים של הפה, או לחלופין 3 צילומים פנורמיים של הפה. הכיסוי מוגבל ל- 3 צילומים לתקופת ביטוח ובלבד שחלפו שנתיים בין ביצוע צילום אחד לאחר.	צילום סטטוס או פנורמי אין לבצע צילום סטטוס מלא במקרה של חוסר מוחלט או נרחב של שיניים בלסת אחת או יותר.		
יאושר על פי בקשת מומחה		צילום פנורמי לפני ניתוח חניכיים או לפני ביצוע השתלות		
לא		לילדים - צילום סטטוס או פנורמי 1 לתקופת ביטוח.		
	זוג צילומים 1 לכל שנת ביטוח	צילום נשך		
	10 צילומים לשנת ביטוח	צילומים פריאפיקליים		
	2 לתקופת ביטוח	צילומים סגריים		
	מתחת לגיל 12 - 1 לשנת ביטוח. מעל לגיל 12 - 4 לשנת ביטוח.	הסרת אבנית		שרותי מניעה
	2 לשן בתקופת ביטוח.	טיפול מונע לילדים איטום חריצים למניעת עששת בשיניים אחריות קבועות (4, 5, 6, 7)		
מותנה בקבלת אישור מראש	1 ללסת ובלבד שקיים צורך רפואי שהוגדר על ידי מומחה ליישור שיניים.	שומר מקום		
מותנה בקבלת אישור מראש	כיסוי הוצאות הרדמה כללית בבי"ח מוכר, על פי קבלות מקוריות, עד לתקרת החוזר הקבועה בפוליטיה.	הרדמה כללית		
	1 לשנת ביטוח לכל הפה	טפול בפלואוריד		

צורך באישור מראש מהמבטח	שיפוי - גבול אחריות המבטח	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית	
	צילום עדכני לפני העקירה הוא תנאי מוקדם לתשלום והוא נכלל בסכום ההחזר עבור העקירה.		שרתים כירורגיים	
	ללא הגבלה.	עקירה רגילה		
	בעת הגשת התביעה לתשלום יש לצרף צילום פריאפיקלי של השן. הצילום יוחזר עם התשלום. ההחזר בגין עקירה כולל את הצילום. בעקירות המבוצעות ע"י רופא מומחה לכירורגיית פה ולסת ו/או פריודונטיה, ההחזר יהיה בשיעור 50% מעל לנקוב בטבלת ההחזרים.	עקירה כירורגית		
		עקירת שן כלואה ברקמה רכה		
		עקירת שן כלואה בעצם (4 עקירות בתקופת ביטוח)		
בעת הגשת הצילומי רנטגן לפני ואחרי הטיפול.	1 לשן לתקופת ביטוח	קטוע חוד שורש השן		
יש לצרף צילום לפני התחלת הטיפול. ניקוז מורסה בשיני חלב ישולם כעזרה ראשונה בלבד.	ניקוז מורסה דרך השן ישולם רק בשן המיועדת לעקירה כאשר הוא מהווה תחליף לניקוז כיחרגי וכאשר אינו חלק מטיפול שורש.	חתוך רקמה רכה וניקוז מורסה		
יש לצרף צילום לאחר העקירה	ישולם במצב של דלקת לאחר עקירת שן.	מכתשית יבשה (DRY - SOCKET)		
	אחת לכל לסת בתקופת ביטוח.	אלבאולופלסטיקה		
	אחת לתקופת ביטוח	פרנקטומי		
	אחת לתקופת ביטוח	הוצאת אבן מצינורית בלוטת הרוק		
	ע"י מומחה לכירורגיית פה ולסת ו/או פריודונט, אחת לתקופת ביטוח.	ביופסיה		
יש לצרף צילום לפני ואחרי הטיפול. ההחזר עבור קיטוע המוך כולל את הצילום.	בשיני חלב יאושר קיטוע מוך 1 לשן חלב לתקופת הביטוח. בשיניים קבועות - רק אם לפי הצילום השורש בהן לא נסגה.	קיטוע מוך חי (פולפוטומי / פולפקטומי)	טיפולים אנדודונטיים	

צורך באישור מראש מהמבטח	שיפוי - גבול אחריות המבטח	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
מותנה בקבלת אישור מראש	אין כיסוי, למעט במקרים חריגים באישור היועץ הרפואי.	טיפול שורש בשיני חלב	
תנאי מוקדם לתשלום בגין טיפול שורש הוא צירוף צילומי רנטגן פריאפיקליים של השן המיועדת לטיפול, אחד לפני התחלת הטיפול והשני לאחר סיום טיפול השורש במלואו.	1 לשן (בשיניים קבועות) בתקופת ביטוח.	טיפול שורש בשיניים קבועות	
לכל תביעה יש לצרף צילום 1 לפני ביצוע החידוש (המראה את טיפול השורש הישן ואת כל השן במלואה) וצילום 2 לאחר סיום הטיפול החדש. הטיפול מותנה בקבלת אישור מראש.	טיפול חידוש בכל אחת מהשיניים הקבועות אשר עברו טיפול שורש בפוליסה הקודמת ו/או חלפו 18 חוד' לפחות מביצוע טיפול השורש בפוליסה הנכחית ובמידה וקיים צורך רפואי.	חידוש טיפול שורש	
חידוש טיפול שורש מותנה בקבלת אישור מראש.	תשלום תוספת שיפוי של 50% מעל לנקוב בטבלת ההחזרים.	טיפול שורש / חידוש טיפול שורש ע"י רופא מומחה לאנדודונטיה	
	1 לשן בכל שנה	סתימת אמלגם	סתימות
	לא ישולם החזר כלשהו אלא בגמר הסתימה הקבועה בלבד.	סתימה זמנית	
	אין הגבלה במספר הסתימות המחזקות ע"י פינים שיאושר למבוטח לתקופת הביטוח. מספר הפינים המקסימלי שיאושר לסתימה אחת הינו שניים.	סתימת אמלגם או סתימה סינטטית מחוזקת ע"י פינים	

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי - גבול אחריות המבטח	צורך באישור מראש מהמבטח
	כתרים טרומיים שחזור שיניים חלביות לילדים. שחזור שישיות ושביעיות קבועות - באישור היועץ הרפואי	כתר טרומי אחד לזן לתקופת הביטוח	אין צורך באישור מראש מלבד במקרה של שחזור שישיות ושביעיות קבועות.
	סתימה יצוקה	ההחזר הינו בגובה ההחזר לסתימת אמלגם	
	סתימת קומפוזיט (לבנה) יכוסו סתימות לבנות בשיניים קדמיות ואחוריות קבועות ובשיניים קדמיות חלביות	יאושח עד 2 סתימות בשן לשנה.	
טיפולים נוספים	שרותי עזרה ראשונה	עד 3 פעמים בשנת ביטוח.	
	טיפול בגז צחוק לילדים עד גיל 16	3 טיפולים בגז צחוק בשנת ביטוח. הטיפול יינתן באופן פרטי בלבד.	

שירותים וטיפולים פריודונטליים (טיפול חניכיים) מכוסים

הכיסוי הביטוחי מיועד למבטח מעל 20 בלבד.

טיפול וניתוחי חניכיים יבוצעו רק על ידי חפאים פריודונטיים מומחים בעלי תעודת מומחה מטעם משרד הבריאות הישראלי שיופיעו ברשימת החפאים שבידי המבטח.

במידה ומתבצע טיפול כגון ניקוי אבנית, קיורטל עמוק, או הקצעת שורשים יש לחכות כחודש לריפוי ולבצע הערכה מחדש של הצורך בניתוח מלא או חלקי בפה.

יש לסיים את כל הטיפולים המשמרים לפני התחלת הטיפול הפריודונטלי.

הכיסוי הביטוחי מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח ואין להתחיל בטיפול טרם קבלת האישור. כמו כן אישור הטיפול מותנה בביצוע הטיפול ע"י מומחה לפריודונטיה בלבד.

כללי	בדיקה והערכת תכנית טיפול	אחד לכל תקופת הביטוח	
	כירורגיה פריודונטלית הקצעת שורשים ו/או כריתת חניכיים ל- 1/6 פה או מסלית לגרידת חניכיים ל- 1/6 פה או ניתוחי מסלית כולל ניתוחי עצם והשתלת חניכיים ל- 1/6 פה.	ניתוח 1 לכל אחד משישיות הפה 1 לתקופת ביטוח	מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי - גבול אחריות המבטח	צורך באישור מראש מהמבטח
	טיפולים בהחדרת תרופה מקומית לכיסים פריודונטלים	2 טיפולים לשישית פה בתקופת ביטוח.	מותנה בקבלת אישור מראש ולאחר השלמת טיפולי הכנה והערכה ראשונית
	הסרת אבנית	יכוסו 2 טיפולים לשנה (בנוסף לכיסוי המשמר)	מותנה באישור מראש ובהפניית מומחה
	סד מחומר מורכב או אמלגם	סד אחד ללסת לתקופת הביטוח כולל תחזוקה.	מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח
	סד לילה	אחד לתקופת ביטוח כולל תחזוקה.	מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח
	הרמת סינוס והשתלת עצם	אחד לתקופת ביטוח	מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח. ניתן לבצע אצל רופא מומחה באופן פרטי בלבד!
	השתלת עצם או הרמת רצפת הסינוס כולל השתלת עצם, ע"י חפא מומחה בלבד (לפריודונטיה או כירורגית פה ולסת), לאחר בדיקת C.T. ובהמלצת החפא יועץ.		

שירותים וטיפולים משקמים - פרוטטיים מכוסים

יש לסיים את כל הטיפולים המשמרים (עקירות, טיפולי שורש, סתימות, ניקוי אבן, וכו') לפני התחלת הטיפול הפרוטטי.

המבטח יכול שלא לבצע החזר בגין טפול משקם במידה וטיפולים משמרים רלוונטיים לתוכנית הטפול עדיין לא הושלמו או לא בוצעו.

אין להתחיל בטיפולים ללא קבלת אישור מראש מהמבטח.

הכיסוי הינו למבטחים מעל גיל 21 בלבד.

מבוטח יהיה זכאי להחלפת שחזורים פרוטטיים ששולמו בפוליסה ע"י המבטח / המבטח הקודם לא לפני תום 18 חודשים מיום סיום הטיפול הפרוטטי שעבר המבוטח.

טיפולים משקמים	תותבת חלקית קבועה	כתר 1 לכל שן בתקופת הביטוח.	מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח
	כתר או כתרים (ממתכת כלשהיא או מחרסינה (עם או בלי בסיס מתכתי) עם כבודדים או כיחידות בגשר על שיניים שבוצע בהם טיפול שורש לפני ו/או תחילת הפוליסה או שיניים בהן שבר		

צורך באישור מראש מהמבטח	שיפוי - גבול אחריות המבטח	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
		<p>כותרתי או חוסר חומר שן או מסיבה אחרת שאינה מאפשרת שחזור משמר או כיחידות בגשר בין אם השיניים המאחזות הן שיניים טבעיות ו/או כתרם שיש להחליפם.</p>	
<p>מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח אחת לתקופת הביטוח לא יאושר חלקי ביניים בשיקום בין שיניים טבעיות לשתלים.</p>	<p>יאושר חלק ביניים אחד (כתר תלוי) בין שני שתלים. כמו כן, יאושר גשר קדמי בין שתלים גם אם יש צורך בשתי יחידות תלויות או יותר עפ"י המלצת הכירורג המטפל. תאושר תותבת על התשלום כולל איזון מנשך, הדבקה זמנית וקבועה, הלחמות והתאמות.</p>	<p>שיקום ע"ג שתלים מכוסה במידה והשתלים אושח ושלמו ע"י המבטח.</p>	
<p>מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח</p>	<p>אחת לתקופת הביטוח תשלום התותבת - תשלום עבור הטיפולים שפורטו לעיל כוללים התאמות מדרשות במשך 6 חודשים לאחר הכנסת התותבת. יכוסה תח"ל זמני מאקיריל בעת עקירת שלוש שיניים או יותר. יכוסה גם לפני ביצוע שתלים ו/או יכוסה פליפר בעקבות עקירת שן/ים קדמיות כאשר קיים חוסר שיניים דו-צדדי/ חד צדדי אחורי בלסת אחת ניתן לבצע תותבת חלקית גשלת או שתלים ושיקום ע"ג השתלים. כאשר קיים אוסף חופשי בצד אחד של הלסת, יאושר גשר לשיקום הצד הנגדי של אותה הלסת, ללא חובת ביצוע השתלות בכפוף לתנאים המצטברים הבאים: <ul style="list-style-type: none"> ● המצב הפריודונטלי של השיניים המאחזות אינו לקוי או מעורר. ● לא קיים חוסר של למעלה מ- 8 שיניים בלסת זו. </p>	<p>תותבת חלקית גשלת - תח"ל מחומר כלשהו שיכול המתפרס לשלפה מפיו ולחזור לייצבה במקומה. אישור עבור תוספת ווים על שיניים טבעיות לצורך חיזוק תותבת חלקית להוצאה יינתן גם במידה והתותבת ניתנה שלא במסגרת הביטוח.</p>	

צורך באישור מראש מהמבטח	שיפוי - גבול אחריות המבטח	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
<p>מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח</p>	<p>אחת לתקופת הביטוח. תשלום עבור התובות שפורטו לעיל כולל ריפודים והתאמות נדרשות במשך 6 חודשים לאחר הכנסת התובת. במקרה של עקיחת של כל השיניים תכוסה תובת שלמה זמנית, לפני ביצוע השתלים.</p>	<p>תובת שלמה תובת מאקריל שמכסה במלואה לסת חסרת שיניים (עליונה או תחתונה). הטיפול כולל את הטיפול במרפאה, עבודות מעבדה, מחיר החומרים ותשלומים לטכנאי, הכנסת התובת לפה והתאמות הדרושות עד להשגת תוצאה משיערת רצון ואדפטציה של המתרפא.</p>	
<p>מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח. לצורך האישור מראש של שומר מקום יש צורך בצילום רנטגן או במיפוי פה. שומר המקום יאושר רק במידה ושן החלב נעקרה במסגרת הביטוח והשן הקבועה אינה עומדת לבקוע בתוך 6-8 חודשים.</p>	<p>אחת ללסת לתקופת ביטוח</p>	<p>שומר מקום תובת חלקית נשלפת או קבועה שמתפקידה לשמור על מקום שן חלב שנעקרה בטרם זמנה. (מכוסה לילד עד גיל 12 בלבד). הטיפול כולל הכנת המכשיר, הוצאות המעבדה והטכנאי, הכנסת המכשיר לפה וכן טיפולים דחשים להכנת המקום.</p>	
<p>מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח.</p>	<p>מוגבל לאחד לתקופת הביטוח. המבטח לא ישלם עבור ריפוד החלפת בסיס תובת, תיקון או תוספת כלשהי של תובת חדשה (שלמה או חלקית) במשך 6 חודשים מיום הכנסתה לפה.</p>	<p>תיקונים בתובות חלקיות או שלמות הכיסוי כולל את כל סוגי התיקונים כגון: תיקון שבר או סדק בתובת. הוספת שיניים לתובת חלקית נשלפת לשחזור שיניים שנעקרו. החלפה והוספת ווים שבורים בתובת חלקית, ריפוד תובת שלמה או חלקית נשלפת, וכו'.</p>	

צורך באישור מראש מהמבטח	שיפוי - גבול אחריות המבטח	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
<p>מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח.</p>	<p>אחד לשן בתקופת הביטוח</p>	<p>מבנה פין מוקד מראש או יצוק ממתכת אצילה או חצי אצילה לחיזוק שן שעברה טיפול שורש או על גבי שתל. מבנה יצוק ממתכת חצי אצילה. מבנה טחמי - מבנה ישיר (בורג) מבנה על גבי שתל.</p>	
<p>מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח.</p>	<p>מבוטח יהיה זכאי להחלפת שחזורים פרוטטיים ששולמו בפוליסה ע"י המבטח / המבטח הקודם לא לפני תום 18 חודשים מיום סיום הטיפול הפרוטטי שעבר המבוטח. אין כיסוי לטיפול למטרה אסתטית קוסמטית.</p>	<p>החלפת שיחזורים</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. החלפת כתרנים. 2. החלפת גשרים. 3. החלפת תותבת חלקית נשלפת. 4. החלפת תותבת שלמה. 5. החלפת מבנה. 6. החלפת שיקום על גבי שתלים. 7. בעקבות עקירת שן מאחת לגשה. <p>הכל בכפוף לסעיף 13 (החלפת שחזורים) לנספח הטיפולים המשקמים בפוליסה. הסעיף מפורט בהמשך החוברת.</p>	

צורך באישור מראש מהמבטח	שיפוי - גבול אחריות המבטח	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
		<p>תיאור הכיסוי</p> <p>כתרים וגשרים זמניים כלולים בהחזר בגין השחזור הקבוע, ולא יכוסו בנפרד בכל מקרה. תותבת חלקית קבועה (גשר או כתר) תשולם רק פעם אחת לכל שן בתקופת הביטוח, למעט החלפת שחזורים. המבטח לא ישלם עבור תותבת ששולם עבורה על ידו ואשר אבדה למתראפא / למבוטח מסיבה כלשהי.</p> <p>המבטח ישלם עבור שן מאחזת אחת מכל צד של מרווח שיניים חסרות, למעט תוספת של מאחזת נוספת באישור הרופא היועץ.</p> <p>טיפולים בעקבות חבלה אשר נגרמה בקטטה, בדרך או בתאונת דרכים או תאונת עבודה אינם מכוסים.</p> <p>לא מכוסה גשר כאשר המצב הפריודונטלי (מצב רקמות התמיכה) של השן המאחזת לקני או מעוררה. במקרה כזה יופנה המבוטח קודם כל לטיפול אצל מומחה לטיפול חניכיים (פריודונט), ורק לאחר סיום הטיפול ואישורו על יכולת השן המאחזת לשאת בנטל הגשר יאושר הטיפול.</p> <p>לא מכוסה גשר כאשר קיים חוסר של יותר מ- 4 שיניים ומעלה ברציפות (פרט לאזור קדמי) כאשר חסרות שיניים 32-42, 22-12). במקרה זה יכול המבוטח לבצע השתלה בכפוף לנספח ההשתלות הכירורגיות או לחילופין לבצע תותבת חלקית נשלפת.</p> <p>הכיסוי בתותבת חלקית נשלפת על בסיס כרום קובלט הינו לתותבת כולל ויים על שיניים מאחזות.</p> <p>מכוסים כתרים שיתמכו במצמדים.</p> <p>יכוסו שני מחברים מדויקים אחת לתקופת ביטוח.</p> <p>יכוסו שני כתרים טלסקופים אחת לתקופת ביטוח.</p> <p>מכוסה טיפול משקם פרוטטי כתוצאה מעקירת שן חלב ו/או חוסר מולד של שיניים. מכוסות תותבות המשמשות להגבהת vertical dimention.</p>	<p>חריגים</p>
<p>מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח.</p>	<p>הכיסוי מוגבל להארכת כותרת אחת לשן בתקופת ביטוח</p>	<p>הארכת כותרת</p> <p>ניתוח הארכת כותרת יכוסה רק כאשר קיים צורך רפואי דנטלי.</p>	
שירותים וטיפולים אורתודונטיים (יישור שיניים) מכוסים			
<p>הכיסוי הביטוחי מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח ואין להתחיל בטיפול טרם קבלת אישור החברה.</p>	<p>1 לתקופת ביטוח בקבלת אישור מראש מהמבטח והפניית חפא מומחה ליישור שיניים יכוסו צילומי פנים.</p> <p>כיסוי אלגליזה ממוחשבת 1 לתקופת ביטוח מותנת בקבלת אישור מראש מהמבטח.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● יישור שיניים (טיפול במכשיר נייד, מכשיר פונקציונאלי, מכשיר קבוע) ● צילום פנורמי ● צילום פנים ● מטבעי לימוד ● אנליזה ממוחשבת ● כיסוי לעקירת שן או שיניים למטרה אורתודנטית. 	<p>שרותים טיפולים דנטליים במסגרת "ביטוח טיפולים אורתודונטים"</p> <p>הכיסוי הביטוחי מיועד למבוטח עד גיל 21 בלבד.</p> <p>טיפול יישור שיניים יבוצע ע"י מומחים ליישור שיניים בלבד (אורתודנטים)</p>

שירותים וטיפולים הכירורגיים של השתלות שניניים	תיאור הכיסוי	שיפוי - גבול אחריות המבטח	צורך באישור מראש מהמבטח
כללי	טיפול כירורגי של שתלים מיועד למבוטח מעל גיל 21 בלבד. הטיפול יבוצע לאחר קבלת אישור מראש מהמבטח לביצוע הטיפול. הטיפול על פי תנאי הפוליסה יתבצע רק על ידי רופאים פריוודנטים מומחים או מומחים לכירורגיית פה ולסת בעלי תעודת מומחיות שיפיעו ברשימת הרופאים שבידי המבטח.		
	בדיקת מומחה	1 בתקופת ביטוח	
	שתלים	1 לתקופת הביטוח המבטח יכסה עד 8 שתלים לפה למבוטח במקום כל שן חסרה שנעקרה במהלך ו/או לפני תקופת הביטוח. בלסת מחוסרת שינים יאושח עד 4 שתלים. (שתל חמישי יאושר על פי החלטת היועץ הרפואי של בעל הפוליסה). מבוטח שבפיו תותבות שלמות/ חלקיות יהיה זכאי לביצוע שתלים לא לפני תום 18 חודשים מיום סיום הטיפול הפחסטי (תותבות שלמות/ חלקיות). הגבלת המבטח הינה עד ל- 8 שתלים במהלך תקופת הביטוח.	הכיסוי הביטוחי מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח בטרם התחלת הטיפול וכן מותנה בביצועו ע"י מומחה פריודונטיה או מומחה לכירורגיית פה ולסת בלבד.
	החלפת שתלים	מבוטח יהיה זכאי להחלפת שתלים ששולמו ע"י המבטח/מבטח קודם, לא לפני תום 18 חודשים מיום ביצוע השתל/שתלים שביצע המבוטח. אין אישור להשתלת עצם ו/או הרמת סינוס באזור בו אושרה החלפת שתל.	מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח
	צילום CT	1 לכל לסת בתקופת ביטוח.	מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח
	שיקום ע"ג שתלים	במידה וניתן לבצע תותבת חלקית קבועה, תותבת חלקית להוצאה, הבחירה לסוג השיקום בין גשר לבין שיקום ע"ג שתלים בידי המבוטח.	מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח

הוראות כלליות שיש לכל אחד מהפרקים במסגרת החריגים

- 1. אלחוש מקומי -** נכלל במחיר הטיפול.
- 2. תרופות -** שהמבוטח לקוח לפני, במהלך או אחרי הטיפול אין נכללות במסגרת הביטוח והוצאותיהן חלות על המבוטח.
- 3. הרדמה כללית -** במקרים חריגים תכוסה הרדמה כללית בבית חולים מוכר ובקבלת אישור מראש כשגובה ההחזר יהיה 75% מהוצאות ההרדמה.

רשימת הטיפולים ולוח התגמולים

לפוליסת ביטוח השיניים לעובדי חברת החשמל ובני משפחותיהם

החזר למבוטח בטיפול אצל רופא שאינו בהסכם בש"ח	השתתפות עצמית ע"י המבוטח בטיפול אצל רופא הסכם בש"ח	טיפולים
טיפולים משמרים		
100	אין	בדיקה ראשונית
110	אין	בדיקה תקופתית
25	אין	צילום נשך
25	אין	צילום פראפיקלי
280	אין	צילום סטטוס
180	אין	צילום פנורמי
25	אין	צילום סגרי
160	אין	הסרת אבן
180	אין	סתימת אמלגם ללא הגבלת משטחים
205	אין	סתימת אמלגם בתוספת פין TMS
220	אין	סתימת אמלגם בתוספת 2 פינים TMS או יותר
270	אין	סתימות מחומרים מרכיבים (לבנות) גם בשיניים אחוריות
150	אין	עזרה ראשונה
350	אין	קיטוע מוך השן (פולפוטומי או פולפקטומי)
250	אין	כתר טחמי
80	אין	טיפול בפלואורוזיציה לילדים בלבד
100	אין	איטום חריצים
390	אין	שומר מקום
750	באופן פרטי בלבד	טיפול בהדממה כללית - לילדים בלבד או סדציה
470	אין	טיפול שורש - תעלה אחת
570	אין	טיפול שורש - 2 תעלות
670	אין	טיפול שורש - 3 תעלות
550	אין	חידוש טיפול שורש - 1 תעלה

החזר למבוטח בטיפול אצל רופא שאינו בהסכם בש"ח	השתתפות עצמית ע"י המבוטח בטיפול אצל רופא הסכם בש"ח	טיפולים
650	אין	חידוש טיפול שורש - 2 תעלות
750	אין	חידוש טיפול שורש - 3 תעלות
תוספת של 50% לטיפול שאושר לביצוע ובוצע ע"י מומחה		טיפול שורש / חידוש טיפול שורש אצל רופא מומחה
200	אין	עקירה רגילה (כולל אורטודנטיה)
400	אין	עקירה כירורגית
500	אין	עקירת שיניים כלואות
תוספת של 50% לטיפול שאושר לביצוע ע"י מומחה	אין	עקירת אצל רופא מומחה
420	אין	קיטוע חוד שורש השן - אפיסקטומי
310	אין	ניקוז מורסה
400	אין	ניקוז דרך חניכיים
220	אין	טיפול במכתשתית יבשה
90	אין	גד צחוק
360	אין	המיסקציה / אמפוטציה
טיפולים פריודונטיים + ניתוחי פה ולסת		
150	0	בדיקה פריודנטלית
170	0	ניקוי אבן ע"י פריודונט
220	75	הקצעת שורשים
1,250	330	ניתוח מסלית / ניתוח ברקמה רכה וכריתת חניכיים ל- 1/6 פה
1,700	באופן פרטי בלבד	ניתוח מסלית והשתלת עצם או הרמת סינוס
75	20	החדרת תחפות מכל סוג לכיס פריודונטלי
185	50	ניקוז מורסה מקור פריודונטלי
445	120	סד אמלגם תחתון
440	120	סד אמלגם עליון
525	175	אלבאופלסטיקה ל- 1/6 פה

החזר למבוטח בטיפול אצל רופא שאינו בהסכם בש"ח	השתתפות עצמית ע"י המבוטח בטיפול אצל רופא הסכם בש"ח	טיפולים
550	300	פנתקטומי
443	147	הוצאת אבן מצינורית בלוטת חק
495	165	ביופסיה - הוצאת ריקמה
טיפולים פרוטטיים		
90	אין	בדיקה פחסטית אחת לשלוש שנים
365	85	מבנה מידי (ישיר)
480	130	מבנה יצוק מעבדתי
1,270	355	כתר חרסינה / החלפת כתר חרסינה (כולל כתר זמני)
1,270	355	כתר ויניר
1,400	285	תותבת חלקית נשלפת עם וויים על בסיס שרף אקריל
2,450	500	תותבת חלקית נשלפת על בסיס כרום קובלט
880	250	מחבר מדויק
2,165	460	תותבת שלמה משרף אקריל
1,400	460	תותבת מעבר זמנית על בסיס שרף אקריל
2,350	550	תותבת שלמה + רשת
2,700	650	תותבת הכבת ע"ג שתלים
295	60	ריפוד רך
295	60	ריפוד קשה
280	70	פליפר
315	85	כיפה טלסקופית
450	100	הארכת כותרת
500	135	סד לילה
290	85	חיידוש בסיס תותבת
232	85	ריפוד לתותבת במרפאה
125	30	הלחמה
125	30	הוספה או החלפת וו בתותבת

החזר למבוטח בטיפול אצל רופא שאינו בהסכם בש"ח	השתתפות עצמית ע"י המבוטח בטיפול אצל רופא הסכם בש"ח	טיפולים
135	40	תיקון שבר בתותבת
125	30	הוספת שן לתותבת נשלפת
שתלים		
1,800	1250	שתל / החלפת שתל
500	130	מבנה על גבי שתל
1,270	355	כתר על גבי שתל
300	200	צילום C.T. לסת אחת
600	400	צילום C.T. שתי לסתות
אורתודונטיה (יישור שיניים לילדים)		
1,650	1100	טיפול במכשיר ניד
2,500	2000	טיפול במכשיר פונקציונלי
3,500	2900	טיפול במכשיר קבוע לסת אחת
4,700	3700	טיפול במכשיר קבוע בשתי לסתות
120	70	צילום פנים
150	70	מטבעי לימוד
150	70	צילום אנליזה ממוחשבת
המחירים צמודים למדד חודש אוקטובר 2010 שפורסם ביום 15.11.2010		

חוזת ביטוח שיניים

- בין:** הפניקס חברה לביטוח בע"מ ח.פ. 520023185
- שכתובתה:** דרך השלום 53 תל-אביב (להלן: **"המבטח"**)
- לבין:** ארגון עובדי חברת החשמל - הוועד הארצי (להלן: **"בעל הפוליסה"**)
- הואיל והמבטח הינו חברה לביטוח הפועלת בישראל, ומתמחה בביטוחי בריאות לכל ענפיהם; והמבטח הינו אותו מבטח קודם אשר ביטח את בעל הפוליסה בביטוח קודם אולם שינה את שמו ואת מס' הח.פ. שלו להיות זה הרשום בראש הסכם זה;**
- הואיל והמבטח יצה פיתח ומפעיל תכנית לביטוח שיניים, המכסה, בין היתר, טיפולים משמרים, ניתוחי חניכיים, טיפולים משקמים (פחטטיים), השתלות ויישור שיניים; הכל כמפורט בחוזה זה, על כל חלקיו ונספחיו המהווים כולם מקשה אחת וחלק בתי נפרד מההסכם עצמו (להלן - **"הביטוח"** או **"ביטוח השיניים"**);**
- הואיל ובעל הפוליסה מעוניין לבטח את עובדי החברה (כהגדרתם להלן), לבדם או עם בני משפחותיהם, בביטוח השיניים הכל בהתאם לתנאי חוזה זה ולהוראותיו, על כל חלקיו ונספחיו;**
- הואיל והמבטח מסכים לבטח את המבוטחים (כהגדרתם להלן) בביטוח השיניים, למשך תקופת הביטוח (כהגדרתה להלן); הכל בהתאם לתנאי והוראות חוזה זה, על כל חלקיו ונספחיו;**
- הואיל ובעל הפוליסה מסכים לשלם את פרמיות הביטוח המשתלמות בגין הביטוח; הכל בהתאם לתנאי חוזה זה, הוראותיו, תנאיו וסייגיו, על כל חלקיו ונספחיו;**
- הואיל והצדדים מעוניינים להתקשר בחוזה מפורט, אשר מבלי לפגוע בזכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים (כהגדרתם להלן) על פי כל דין, יסדיר את מכלול היחסים ביניהם;**

אי לכך הוצרה, הותנה והוסכם כדלקמן:

1. חבוא	
1.1	החבוא לחוזה זה ונספחיו, מהווים חלק בלתי נפרד הימנו.
1.2	כותרת חוזה זה הובאו לצרכי נוחות בלבד; הן אינן מהוות חלק מחוזה זה והן לא תשמשנה לפרשנותו.
2. מסמכי החוזה	
המסמכים הבאים המצורפים לחוזה זה ומהווים חלק בלתי נפרד הימנו:	
2.1	רשימת המבוטחים (כהגדרתם להלן) - מסומנת נספח א' (להלן - "נספח א'") רשימה זו אינה ערוכה במועד החתימה על חוזה זה. מבלי לגרוע מן האמור בסעיף 6 להלן, מוסכם כי הרשימה תצורף לחוזה זה עד לא יאוחר מ- 100 ימים מיום החתימה על חוזה זה.
2.2	פירוט הטיפולים המכוסים במסגרת הביטוח - מסומנת נספח ב' (להלן - "נספח הטיפולים").
2.3	לוח החזרים - מסומנת נספח ג' (להלן - "נספח ג'").
2.4	רשימת חפאי ההסכם מופיעה באתר האינטרנט של המבטח.

3. הגדרות

בחוזה זה על כל חלקיו ונספחיו תהיה למושגים שלהלן המשמעות המופיעה לצידם; אלא אם משתמעת בבחינה בנסיבות העניין, משמעות אחרת:

הפוליסה	חוזה זה על כל חלקיו ונספחיו.
המבטח	הפניקס חברה לביטוח בע"מ ח.פ. 520023185 אשר בחתימתה של הסכם זה מקבלת על עצמה את כל חובות והתחייבויות המבטח הקודם כלפי בעל הפוליסה והמבוטחים ללא סייג ולאו הגבלה.
המבטח הקודם	הפניקס הישראלי חברה לביטוח בע"מ ח.פ. 52-0017450
בעל הפוליסה	ארגון עובדי חברת החשמל - הועד הארצי.
מבוטח	<ol style="list-style-type: none"> 1. עובד קיים או חדש של חברת החשמל בן/בת הזוג וילדיהם בתנאי ששם מופיע ברשימה; או 2. גמלאי חברת חשמל, כל עוד הינו חבר בארגון העובדים ובן/בת זוגה/ו לאו שארי גמלאי חברת חשמל וכן, עובד שיהפוך לגמלאי במהלך תקופת הביטוח; או 3. עובדי ועד עובדי חברת חשמל ובנות/זוגם וילדיהם אשר ברח להצטרף לביטוחו ששם מופיע ברשימה בנספח א'.
בן/בת זוג	לרבות ידועה/בציבור.
ילד	בן או בת של מבטח/ת, או של בן/בת זוגה/ה, שגילו מ- 5 שנים עד 21 שנה ולרבות ילד מאומץ ו/או סמוך על שולחנם של המבוטח/ת.
רופא שיניים	חפא שיניים המורשה על פי דין לעסוק ברפואת השיניים בישראל ו/או מורשה לבצע את סוג הטיפול אותו מבצע.
רופא שיניים מוסכם	<p>חפא שיניים או מרפאת שיניים הקשורים עם המבטח בחוזה למתן שירותים במסגרת ביטוח השיניים, בין שפרטיהם מפורטים בנספח ד' ובין שהפכו להיות "רופא שיניים מוסכם" לאחר מועד החתימה על חוזה זה ו/או על פי הוראותיו.</p> <p>לעניין זה מכון צילום הקשור בהסכם עם המבטח יחשב גם הוא כרופא שיניים בהסכם ביחס לשירותים המכוסים על פי חוזה זה. כמו כן, תשימת חפאי ההסכם תכלול חפאים מומחים לכל סוגי הטיפולים שהפוליסה קובעת שיבוצעו ע"י חפא מומחה. על המבטח למסור אחת לשנה לבעל הפוליסה תשימת חפאי הסכם מעודכנת ולדאוג כי לכל חפאי ההסכם ביטוח אחריות מקצועית וביטוח צד ג' הולם ובתוקף.</p>
רופא שיניים פרטי	חפא שיניים המורשה לעסוק ברפואת שיניים בארץ ו/או מורשה לבצע את סוג הטיפול אותו מבצע ושאינו חפא שיניים מוסכם.
רופא שיניים מומחה	חפא שיניים בעל תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות לעסוק בתחום התמחות מוגדר.
פעולות ושירותים שבוצעו על ידי רופא שיניים	לרבות פעולות שבוצעו על-ידי שיננית/ות ו/או מעבדת שיניים בעלי רישיון עבודה מטעם משרד הבריאות, ובלבד ששנעשו על-פי הוראת חפא השיניים ו/או בסיקורו ו/או בהרשאתו.

הפרמיה	התשלום החודשי שישלם בעל הפוליסה למבטח בעבור כל מבטח, בתנאים ובסייגים המפורטים בחוזה זה להלן.
תקופת הביטוח	תקופת הביטוח לעניין חוזה זה היא מיום 1.12.2010 ועד ליום 31.12.2012.
המדד	מדד המחירים לצרכן המתפרסם בכל חודש על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ו/או על-ידי כל תשות שתבוא במקומה.
התמלוגים	סכום ההחזרים שישלם המבטח למבטח לפעולת חפא שיניים, כמפורט בחוזה זה.
חברת החשמל או החברה	חברת החשמל לישראל בע"מ.
עובדי החברה	כל העובדים הקבועים בחברת החשמל וכן עובדים ו/או סוגי עובדים נוספים שייקבעו על ידי בעל הפוליסה לפי שיקול דעתו הבלעדי.
עובד חברה	כל עובד מקרב עובדי החברה שזכאי לביטוח שיניים כפי שיקבע על ידי בעל הפוליסה לפי שיקול דעתו הבלעדי.
גמלאי	גמלאי של חברת החשמל כל עוד הינו חבר באירגון העובדים, בין אם הינו גמלאי ביום תחילת תקופת הביטוח, ובין אם הפך לגמלאי במהלכה ובין אם יבחר להצטרף לביטוח תוך 90 יום מיום חתימת החוזה; ולרבות סוגי גמלאים נוספים שייקבעו על ידי בעל הפוליסה לפי שיקול דעתו הבלעדי.
הביטוח הקודם	פוליסת ביטוח השיניים על נספחיה שהייתה בתוקף עובר לחתימה על הסכם זה אצל המבטח הקודם / נוכחי עובר לחתימת חוזה זה. מוסכם כי בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות בין הוראות הביטוח הקודם לבין הוראות הסכם זה, יפעלו הסתייכות ו/או אי הבהירות ו/או דו המשמעות לטובת המובטח/ים ובעל הפוליסה, תוך הישענות על העיקרון כי הסכם זה בא להוסיף על תנאי הביטוח הקודם ולהטיב את תנאי המבטחים לרבות אלה שהצטרפו בהתאם לו.

4. מקרה הביטוח

בכפוף לכל סייג המצוין בהסכם זה, מקרה ביטוח על-פי הסכם זה הוא מצב רפואי של מבטח, או ניסיון סביר ומקובל למנוע מצב רפואי כאמור, אשר מצריך קבלת אחד הטיפולים המפורטים בהסכם זה על נספחו.

למען הסר ספק, יודגש כי תקופת הביטוח לגבי הזכאות / רצף הזכאות לביצוע הטיפולים המפורטים בנספח הטיפולים יהיה מיום תחילתו של הסכם זה - 1.12.10 - למעט החלפות שיחזורים כמפורט בנספח הטיפולים.

5. תחולה טריטוריאלית

הוראות חוזה זה יחולו על כל טיפול שיניים שבוצע במדינת ישראל, לרבות השטחים המוחזקים בידי צה"ל. כן יחולו הוראות חוזה זה על כל טיפול שיניים שבוצע מחוץ לישראל, במסגרת שהייה של המבטח לתקופה של עד 60 יום רצופים בחו"ל ו/או במקרה והעובד ובני משפחתו נשלחו ע"י החברה לשליחות ארוכה בחו"ל, לכל אורך השליחות.

6. הצטרפות עובדי החברה לביטוח

6.1 בכפוף לאמור בסעיפים 6.2-6.5 להלן, יצרף בעל הפוליסה את עובדי החברה כמבטחים על-פי חוזה זה.

6.2 המבטח מצהיר בה, שהובהר לו היטב על-ידי בעל הפוליסה, כי קיימת אפשרות של ממש, לפיה חלק ניכר מהמבטחים לפי הפוליסה הקודמת לא יהיה מעוניין להיות מבטח על-פי חוזה זה ולא יהיה מבטח לפיו.

<p>6.3 עוד מצהיר המבטח בזה, שהובהר לו היטב על-ידי בעל הפוליסה, כי בתקופת - 90 הימים שלאחר תחילת הביטוח לפי הסכם זה, יהיה רשאי כל מי שהיה מבטח בפוליסה הקודמת, בין כמבטח ראשי ו/או משני (בן משפחה, בן/בת זוג וכיוצ"ב) להודיע לבעל הפוליסה, כי אינו מעוניין להיות מבטח על-פי חוזה זה ולא יהיה מבטח כאמור ובלבד שלא הוגשה למבטח כל תביעה בגין טיפול שקיבל אותו המבטח, כאמור בסעיף 7 להלן.</p> <p>ניתנה הודעה כאמור, מסכים המבטח כי אותו מבטח קודם לא יהיה מבטח על-פי חוזה זה ולמבטח לא תהיה כל טענה כלפי בעל הפוליסה בשל כך.</p>	<p>6.3</p>
<p>6.4 בעל הפוליסה רשאי לכלול עובדים ו/או סוגי עובדים נוספים בהגדרת "מבטח", והמבטח מסכים, כי בעל הפוליסה יהיה רשאי לגבש את השימת המבטחים עד חלוף 90 ימים מיום תחילתו של הביטוח לפי הסכם זה.</p> <p>אין באמור בסעיף 6.4 זה כדי לגרוע מן האמור בסעיפים 7-8 לעניין זכותם של בעל הפוליסה לצרף מבטחים נוספים לביטוח השיניים גם לאחר תקופת 90 הימים האמורה.</p>	<p>6.4</p>
<p>6.5 למען הסר ספק מובהר כי, כל מבטח שצורף לביטוח יהיה מבטח על פי תנאי חוזה זה על נספחיו וזאת מיום תחילת תקופת הביטוח, או מיום הצטרפותו, לפי המאוחר, ועד ליום תום תקופת הביטוח 31.12.2012.</p>	<p>6.5</p>
<p>6.6 בוטל.</p>	<p>6.6</p>
<p>7. צירוף בני משפחה חדשים לביטוח</p>	
<p>7.1 מיום חתימת הסכם זה, כל עובד חברה יהיה רשאי לצרף כמבטח לביטוח השיניים על פי חוזה זה, נוסף על עצמו, את בני משפחתו (להלן: "בן משפחה חדש"), לפי אחת הברירות המפורטות להלן:</p> <p>7.1.1 בן/בת זוג.</p> <p>7.1.2 בן/בת זוג + כל הילדים.</p> <p>7.1.3 כל הילדים, ללא צירוף בן/בת זוג - וזאת לעובד חברה שהוא הורה חד-הורי או נחש/ה או אלמן/נה או פחד/ה (בין אם הילדים במשמורתו של עובד החברה, ובין אם לאו).</p> <p>7.1.4 בן/בת של עובד חברה שגילו מעל 21 שנים.</p> <p>7.1.5 כל הילדים, ללא צירוף בן/בת זוג - וזאת לעובד חברה שבן/בת זוגו מכוסה בביטוח שיניים אחר (בסעיף 7 זה - "הביטוח האחר"), והביטוח האחר מכסה את הטיפולים המכוסים בביטוח דנן, כולם או חלקם.</p> <p>7.1.6 יצוין כי בני משפחה אשר היו מבטחים לפי הפוליסה הקודמת (להלן: "בן משפחה ותניק") יבוטחו במסגרת פוליסה זו אלא אם הודיעו למבטח תוך 90 יום ממועד תחילת תקופת הביטוח לפי הסכם זה שאין ברצונם בכך כאמור בסעיף 8.4 להלן.</p>	<p>7.1</p>
<p>7.2 צירוף בני משפחה כאמור בסעיף 7.1 לעיל יתאפשר תוך 90 יום מיום תחילת הביטוח לפי הסכם זה או תוך 90 יום מיום הצטרפותו ו/או צירופו של עובד החברה כמבטח על פי חוזה זה - לפי המאוחר.</p>	<p>7.2</p>
<p>7.3 עובד חברה שנישא או שילח הגיע לגיל 5, במהלך תקופת הביטוח, יוכל לצרף את בן המשפחה הרלוונטי כמבטח על פי חוזה זה, וזאת תוך 90 יום מהיום בו נישא או הגיע היחד לגיל 5.</p>	<p>7.3</p>

א.7. הצטרפות גמלאים לביטוח

1.א.7	גמלאים שבוטחו בפוליסה הקודמת ובני משפחתם, אשר לא הודיעו לבעל הפוליסה או למבטח על רצונם לבטל את הביטוח וגמלאים חדשים ובני משפחתם המצטרפים לביטוח כאמור בסעיף 7 זה לאחר תחילת תקופת הביטוח, יבוטחו במסגרת פוליסה זו.
2.א.7	המבטח יאפשר לכל גמלאי להצטרף כמבטח בביטוח לפי הסכם זה.
3.א.7	גמלאי יוכל להצטרף לביטוח השיניים לבדו, או עם בני משפחתו כאמור בסעיף 7 לעיל, בשיניים המחויבים.
4.א.7	הצטרפות גמלאי לביטוח, לבדו או עם בני משפחתו, תעשה תוך 90 יום מיום תחילת הביטוח לפי הסכם זה, או תוך 90 יום מיום שהפך לגמלאי, לפי המאוחר. גמלאים אלו יבוטחו עד תום תקופת הביטוח בפוליסה לפי הסכם זה.
5.א.7	צירוף עובד שהפך לגמלאי תעשה על פי בקשה מפורשת שלו להצטרפות לביטוח בנוסח כמפורט בסעיף 8.2 להלן.
6.א.7	על אף האמור בסעיף 7.2 לעיל, אם ביקש גמלאי לצרף לביטוח גם בני משפחה כאמור בסעיף 7.1 - לעיל, עליו לעשות כן במועד הגשת הבקשה להצטרפותו - הוא לביטוח.

8. הצטרפות מבוטחים לביטוח - הוראות נוספות

8.1	עובד חברה חדש יוכל להצטרף לביטוח, לבדו או עם בני משפחתו כאמור בסעיף 7 לעיל, וזאת תוך 90 יום מיום שהפך לעובד החברה הזכאי לביטוח שיניים. על אף האמור בסעיף 7.3 לעיל, אם ביקש עובד החברה החדש לצרף לביטוח גם בני משפחה כאמור בסעיף 7.1 - לעיל, עליו לעשות כן במועד הגשת הבקשה להצטרפותו - הוא לביטוח.
8.2	בקשת הצטרפות של עובד חברה חדש, בקשת הצטרפות של גמלאי (עם/בלי בני משפחתו) על פי סעיף 7 לעיל, ובקשה לצירוף בן משפחה של עובד חברה על פי סעיף 7 לעיל (ולרבות בן/בת זוג) - תעשה על גבי טופס מתאים, המצורף להסכם זה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו. הטופס ייחתם על-ידי המבוטח ועל ידי עובד החברה/הגמלאי, ויישלח למבטח על ידי בעל הפוליסה ויראו את המצטרף בהתאם לסעיף זה כמבוטח אלא אם הודיע המבטח בכתב לבעל הפוליסה ולמצטרף על הסתייגותו מהצירוף כאמור.
8.3	כל מבטח שצורף לביטוח על-ידי בעל הפוליסה ו/או שהצטרף לביטוח (ובכלל זה בן משפחה כאמור בסעיף 7 לעיל ולרבות בן/בת זוג כאמור בסעיף 7.1.5 לעיל, גמלאי או בן משפחתו כאמור בסעיף 7 לעיל, ועובד חברה חדש ובני משפחתו כאמור בסעיף 8.1 לעיל), יהיה מבטח על-פי תנאי חוזה זה על נספחים; וזאת מיום תחילת תקופת הביטוח, או מיום ההצטרפות, לפי המאוחר, ועד ליום תום תקופת הביטוח. לעניין זה, " יום ההצטרפות " יום שליחתה למבטח, על ידי בעל הפוליסה, של בקשת ההצטרפות המכרת בסעיף 8.2 לעיל; אולם לעניין בן משפחה של עובד חברה, שאינו עובד חברה חדש, ולמעט בן/בת זוג כאמור בסעיף 7.1.5 לעיל היום בו הפך עובד החברה למבוטח.

עם תחילת הפוליסה לפי הסכם זה יתאפשר לכל המבטחים הקודמים שאין ברצונם להיות מבטחים בפוליסה לפי הסכם זה, להפסיק / לא להצטרף לביטוח וזאת בתוך 90 ימים מיום תחילתה של הפוליסה לפי הסכם זה ובתנאי שלא ביצעו טיפולים שמומנו על ידי המבטח מיום תחילת תקופת הביטוח לפי הסכם זה. בקשת ההפסקה תעשה על גבי טופס מתאים, שיוכן ע"י המבטח ובאישורו של בעל הפוליסה (להלן "יציאה").

8.4

על המבטח לדאוג ולהפיץ בתכוף ולאחר החתימה על הסכם זה באמצעות בעל הפוליסה, את טפסי היציאה/הצטרפות למבטחים שאין ברצונם להיות מבטחים בפוליסה לפי הסכם זה. המבקשים להצטרף/לצאת יחתמו על הטופס והטופס יישלח למבטח על ידי המבקשים או בעל הפוליסה.

8.5

9. אופן קבלת הטיפול - כללי

כל מבטח יהיה תשאי לקבל מי מטיפולי השיניים המפורטים בחוזה זה על נספחיו, וזאת הן אצל חפא שיניים מוסכם, והן אצל חפא שיניים פרטי, לפי החלטת המבטח.

9.1

בכפוף ליתר הוראות חוזה זה:

9.2

9.2.1 למעט תשלום השתתפות עצמית של המבטח, במקרים שהדבר נקבע מפורשות בלוח ההחזרים, המבטח לא יחוייב בתשלום בעבור קבלת טיפול מן הטיפולים המכוסים בביטוח זה אצל חפא שיניים מוסכם וזה יתבצע ישירות מהמבטח לחפא השיניים המוסכם ובאחריות המבטח;

יודגש כי במידה וחפא השיניים המוסכם יגבה מהמבטח כספים כל שהם מעבר להשתתפות העצמית שעל המבטח לשלם עפ"י לוח ההחזרים ו/או לגבי טיפולים משמרים, יגבה סכום הגבוה מסכום ההחזר אותו מקבל החפא מהמבטח (להלן: "תשלום עודף"), מתחייב המבטח לדאוג ולהחזיר למבטח את מלוא התשלום העודף וזאת בתוך 30 ימים מהמועד בו מסר המבטח למבטח את דרישתו בליוויית המסמכים הנחוצים.

במקרה בו המבטח הסכים לשלם לחפא את התשלום העודף והסכמתו זו אושרה בחתימתו על מסמך שנערך בטרם הוחל הטיפול ו/או מתן השיחת בו הוא מצהיר כי הוא ומבין בגין אילו שיחיתים/אביזרים הוא נדרש לשלם את התשלום העודף ואת הסכמתו לתשלום כאמור, יהיה המבטח פטור מהשבת הסכום העודף לידי המבטח.

9.2.2 התשלום בעבור קבלת טיפול מן הטיפולים המכוסים בביטוח זה אצל חפא שיניים פרטי, יעשה על ידי המבטח ישירות לחפא והמבטח ישפה את המבטח בגין הטיפולים הנ"ל, בהתאם ללוח ההחזרים.

9.2.3 בכל מקרה בו פוליסה זו מעניקה כיסוי נוסף ו/או מורחב ו/או שונה לכיסוי שניתן בפוליסה הקודמת, יהיו זכאים המבטחים ליהנות מהכיסוי המיטיב, בין אם מקרה הביטוח ארע בתקופת הביטוח הנוכחית ו/או הקודמת, בין אם התביעה/בקשה אושרה במועד בו הפוליסה הקודמת היתה בתוקף, בין אם הוחל טיפול או לא ובין מכל סיבה אחרת.

10. טיפולים משמרים	
10.1	פעולות ושירותים שבוצעו על-ידי רופא שיניים מוסכם
<p>המבטח ישלם את מלאו עלותם של פעולות ושירותים המפורטים בנספח הטיפולים, שבוצעו במסגרת טיפול משמר על ידי רופא שיניים מוסכם.</p> <p>התשלום יתבצע על-ידי המבטח ישירות לחפא השיניים המוסכם והמבטח יהיה פטור מתשלום כלשהו.</p>	
10.2	פעולות ושירותים שבוצעו על-ידי רופא שיניים פרטי
<p>המבטח ישלם למבטח החזר בגין הוצאות שהמבטח הוציא, או התחייב לשלמם, בעבור פעולות ושירותים המפורטים בנספח הטיפולים שבוצעו על ידי רופא שיניים פרטי במסגרת טיפול משמר וזאת עד לתקרת הסכומים המפורטים בלוח ההחזרים.</p>	
11. טיפולים פריודונטליים (ניתוחי חניכיים), יישור שיניים והשתלות	
11.1	פעולות ושירותים שבוצעו על-ידי רופא שיניים מוסכם
<p>המבטח ישלם למבטח עלותם של פעולות ושירותים המפורטים בנספח הטיפולים ושבוצעו במסגרת טיפול פריודונטלי, יישור שיניים או השתלות, ובלבד שהפעולות והשירותים האמורים בוצעו על-ידי רופא שיניים מומחה מוסכם.</p> <p>התשלום יבוצע על-ידי המבטח, ישירות לחפא המוסכם כאשר המבטח יהיה פטור מתשלום כלשהו, למעט תשלום סכום ההשתתפות העצמית לחפא השיניים המוסכם, כקבוע בלוח ההחזרים.</p>	
11.2	פעולות ושירותים שבוצעו על-ידי רופא שיניים פרטי
<p>המבטח ישלם למבטח החזר בגין הוצאות שהמבטח הוציא, או התחייב לשלמם, בעבור פעולות ושירותים המפורטים בנספח הטיפולים שבוצעו על ידי רופא שיניים פרטי במסגרת טיפול פריודונטלי, יישור שיניים או השתלות, וזאת לפי המורף מבין הסכומים הבאים:</p> <p>א. סכום תקרת חבות המבטח כפי שמופיעה בלוח ההחזרים לאותו טיפול</p> <p style="text-align: center;">או</p> <p>ב. הסכום ששילם המבטח לחפא השיניים הפרטי בגין אותו טיפול.</p>	
12. טיפולים פרוטטיים (משקמים)	
12.1	
<p>יכוסו טיפולים משקמים (פחטטיים), אשר הצורך בביצועם הוא תוצאה של עקירת ו/או טיפול שורש בשיניים קבועות שבוצעו לפני ו/או אחרי תחילת תקופת הביטוח לפי הסכם זה או שאושר על ידי המבטח.</p> <p>מבלי לגרוע מזכויות בעלי הפוליסה והמבטוחים על פי חוזה זה על נספחיו, יכלול ביטוח השיניים לפי הסכם זה גם כיסוי מלא עבור העבר ולרבות "פשעי" ומקי עבה, ובכלל זה החלפת כתר, גשרים, מבנים תותבות קיימות מכל סוג ותיאור בשל צורך רפואי ובכלל זה בשיניים שטופלו טיפול פחטטי לפני תחילת תקופת הביטוח, והכל בכפוף להוראות נספח הטיפולים לפוליסה זו.</p>	
12.2	פעולות ושירותים שבוצעו על-ידי רופא שיניים מוסכם
<p>המבטח ישלם את עלותם של טיפולים פרוטטיים כמפורט בנספח הטיפולים, ובלבד שהפעולות והשירותים האמורים בוצעו על-ידי רופא שיניים מוסכם.</p> <p>התשלום יבוצע על-ידי המבטח, ישירות לחפא המוסכם; כאשר המבטח יהיה פטור מתשלום כלשהו, למעט תשלום סכום השתתפות העצמית לחפא השיניים המוסכם, כקבוע בלוח ההחזרים.</p>	

<p>המבטח ישלם למבוטח החזר בגין הוצאות שהמבוטח הוציא, או התחייב לשלמם, בעבור פעולות ושיחתיים המפורטים בנספח הטיפולים שבוצעו על ידי חפא שיניים פרטי במסגרת טיפול פרוידונטלי, יישור שיניים או השתלות, וזאת לפי הנמוך מבין הסכומים הבאים:</p> <p>א. סכום תקרת חבות המבטח כפי שמופיעה בלוח ההחזרים לאותו טיפול</p> <p>או</p> <p>ב. הסכום ששילם המבוטח לחפא השיניים הפרטי בגין אותו טיפול.</p>	<p>12.3 פעולות ושיחתיים שבוצעו על-ידי חפא שיניים פרטי</p>
<p>13. בוטל.</p>	
<p>14. אופן הגשת תביעה - כללי</p>	
<p>על המבוטח להמציא למבטח, על-פי הנחיותיו, טופס תביעה (שיוכן על-ידי המבטח על דעת בעל הפוליסה), ראיות רפואיות סבירות לביסוס תביעתו ולהוכחתה, וקבלות. המסמכים האמורים יהיו מסמכים מקוריים, או מאומתים בחותמת וחתמת החפא.</p> <p>על אף האמור לעיל, אם קיבל המבוטח טיפול מחפא שיניים מוסכם, האחריות להמצאת כל מסמך למבטח, ולהיענות לדרישות המבטח, תטל על החפא המוסכם, ולא על המבוטח; ולא תשמע כל טענה של המבוטח בעניין אי-המצאת מסמך כלשהו על-יד מבוטח.</p> <p>14.1 א המבטח לא ידחה תביעה שהוגשה לו כאמור, אלא במקרה של אי-עמידה מהותית וממשית בהוראות סעיף 14.1 לעיל. במקרה כאמור, יודיע המבוטח למבוטח ולבעל הפוליסה על כוונתו לדחות את התביעה, וימסור בפיחט את נימוקי הדחייה.</p> <p>14.1 ב לא הודיע המבוטח על דחיית התביעה כאמור בסעיף 14.1 לעיל, וזאת תוך 14 ימי עבודה מיום שהומצא לו טופס התביעה המכר בסעיף 14.1 לעיל, ייחשב הדבר כהודיית המבוטח בנכונות התביעה, וכהסכמתו לשלם את מלוא סכום התביעה בתוספת ריבית פיגורים שתחושב על פי סכום התביעה שאושרה.</p>	<p>14.1</p>
<p>מידע רפואי הנוגע למבוטח יישמר בסוד על-ידי המבטח, ויועבר אך ורק למבוטח ובעל הפוליסה.</p>	<p>14.2</p>
<p>תקופת ההתיישנות של תביעה לתשלום לקבלת החזר בגין הטיפולים היא שלוש שנים מיום ביצוע הטיפול.</p>	<p>14.3</p>
<p>15. אופן הגשת תביעה/בקשה לאישור - תנאים מיוחדים בטיפולים מסוימים</p>	
<p>מבלי לפגוע באמור בסעיף 14 (ובנוסף לו, יחולו הליכי התביעה הבאים לגבי טיפולים פרוטטיים (משקמים), פרוידונטליים (ניתוחי חניכיים), יישור שיניים והשתלות:</p>	
<p>על מבוטח לקבל אישור מוקדם של המבטח לביצוע הטיפול הרלוונטי, על מנת שהמבטח יוכל לבדוק שהטיפול (למעט טיפול פרוטטי) יתבצע על-ידי חפא שיניים המוכר כמומחה בתחום הטיפול הרלוונטי.</p>	<p>15.1</p>
<p>במקרה שהטיפול ניתן על-ידי חפא שיניים פרטי, יחולו הוראות אלה:</p> <p>15.2.1 המבטח ימציא למבוטח טפסי תביעה ובקשה לאישור טיפול משקם ו/או פרוידונטלי ו/או השתלה ו/או יישור שיניים.</p>	<p>15.2</p>

<p>15.2.2 חפא השיניים יפרט בטופס התביעה את תוכנית הטיפול המשקם ו/או הפריודונטלי ו/או ההשתלה ו/או יישור השיניים. לטופס זה יצרף החפא צילומים עדכניים על-פי הנספח הטיפולים המתאים, המראים את מצב הרקמות הרכות והגרמיות ו/או העצם התומכת בשיניים הזקוקות לטיפול. במקרים מיוחדים, בהם לא ניתן לבצע צילומים כאמור, יופנה המבוטח לחפא שיניים מוסכם על הצדדים, לביצוע מיפוי פה; ובמקרה זה יהיו הצילומים על חשבון המבוטח.</p> <p>15.2.3 המבוטח יעביר למבוטח את טופס התביעה/בקשה לאישור המלא, בצרף הצילומים הנ"ל או מיפוי הפה.</p> <p>המבוטח יודיע בכתב למבוטח על מתן אישור מלא או חלקי, דחייה, או דרישה, לבחור נוסף בקשר לביצוע הטיפול המבוקש, וזאת תוך 14 ימי עבודה מיום ההמצאה למבוטח.</p> <p>יובהר כי נימוקים אשר לא העלה המבוטח בכתב הדחייה לא יוכלו להטען על ידו במועד מאוחר יותר.</p> <p>15.2.4 המבוטח לא יימנע ממתן אישור לטיפול כמבוקש, אלא במקרה מנימוקים רפואיים מהותיים וממשיים. במקרה כאמור, יודיע המבוטח למבוטח על כוונתו שלא לאשר את ביצוע הטיפול כמבוקש, וימסור בפיחט את נימוקי החלטתו.</p> <p>15.2.5 לא נתן המבוטח הודעה כאמור בסעיף 15.2.3 לעיל, ייחשב הדבר כאישור של המבוטח וכהסכמתו לביצוע הטיפול כמוצע על ידי המבוטח וזאת לאחר שהבקשה לאישור תעבור את בדיקת הרפואית של החפא היועץ ובאישור של בעל הפוליסה.</p> <p>15.2.6 תוקף אישור מראש מוגבל ל- 6 חדשים בלבד, עם אפשרות להארכת תוקף האישור לתקופה נוספת בת 6 - חדשים נוספת.</p> <p>מבלי לגרוע מהאמור לעיל, במקרה שהמבוטח לא סיים את טיפולי השיניים תוך חצי שנה ותוקף האישור לא הוארך על-ידו לתקופה של שנה, מכל סיבה שהיא, אזי הטיפולים שבוצעו עד לתום השנה ממועד הוצאת האישור לראשונה (כאמור בסעיף 15.2.3) ישולמו ויכוסו ע"י המבוטח ובלבד שלא חל שום שינוי בתוכנית הטיפול שאושרה.</p>	
<p>החל מבוטח בטיפול אצל חפא שיניים מוסכם, עליו לסיימו אצל אותו חפא לגבי ניתן האישור המוקדם; אולם, המבוטח יהיה תשאי לעבור בכל עת לחפא אחר בתנאי שידווח על כך בכתב למבוטח.</p>	<p>15.3</p>
<p>מודגש כי במקרה בו ביצע המבוטח את הטיפול הדנטלי ללא אישור המבוטח כמדרש בהסכם זה, המבוטח לא יהיה חייב כלפי המבוטח לפי פוליסה זו.</p>	<p>15.4</p>
<p>בכל מקרה בו המבוטח הגיש למבוטח בקשה לאישור טיפול והבקשה נדחתה במלואה ו/או בחלקה ו/או אישורה הותנה בתנאים ע"י המבוטח, יהיה תשאי המבוטח לערער על החלטת המבוטח אצל היועץ הרפואי מטעם בעל הפוליסה גם אם התחיל בטיפול השיניים.</p>	<p>15.5</p>

<p>16.1 המבטח מתחייב בזה לשלם למבוטח כל סכום שעליו לשלמו על-פי תנאי חוזה זה על נספחיו למבוטח, וזאת לא יאוחר מ- 14 ימי עבודה מיום שהומצא למבטח אישור על גמר ביצוע טיפול/על גמר ביצוע יחידת טיפול (לפי המוקדם), וכן יתר המסמכים שיש להמציאם למבטח על פי הוראות חוזה זה.</p> <p>לעניין סעיף 16.1 זה, "יום ההמצאה למבטח" - המוקדם משלושת מועדים אלה: המועד בו הגיעו המסמכים הרלוונטיים למשרדי המבטח; המועד בו נמסח המסמכים לידי נציג המבטח; תוך 3 ימי עבודה ממועד שליחת המסמכים למבטח, באמצעות דואר תשום שנשלח, מכל סניף דואר אל המבטח.</p>	<p>16.1</p>
<p>16.2 על אף האמור בסעיף 16.1 לעיל, תגמולים שאינם שניים במחלוקת בתום לב, ישולמו תוך 14 ימי עבודה מהיום בו נמסרה למבטח תביעה לתשלום התגמולים; ותגמולים אלה ניתנים לתביעה בנפרד מיתר התגמולים.</p>	<p>16.2</p>
<p>16.3 לא שילם המבטח תשלום כלשהו שהוא חב בו על פי חוזה זה על נספחיו במועדים האמורים בסעיפים 16.1 ו- 16.2 לעיל, יפצה המבטח את המבוטח בגובה משני אלה: 16.3.1 המבטח ישלם את התמלוגים שיהיו בתוקף ביום התשלום בפועל למבוטח. 16.3.2 המבטח ישלם את הסכום שלא שולם במועד, כשהוא נושא ריבית והצמדה בהתאם להוראות סעיף 28 חוק חוזה הביטוח, תשמ"א- 1981 כפי שהיו בתוקף מעת לעת; ובהיתן הנסיבות המתאימות - בתוספת ריבית מיוחדת בהתאם להוראות סעיף 28א חוק חוזה הביטוח, תשמ"א - 1981 כפי שהיו בתוקף מעת לעת.</p>	<p>16.3</p>
<p>16.4 תמלוגים שאינם משולמים במישרין לחפא שיניים מוסכם, ישולמו על-ידי המבטח בהעברה בנקאית לחשבון הבנק של המבוטח, ואם חשבון הבנק ו/או כתובתו של המבוטח אינה ידועה - יישלח שיק בגין התגמולים לבעל הפוליסה, עבור המבוטח,</p>	<p>16.4</p>
<p>16.5 שלח המבטח שיק למענו של המבוטח, כפי שמען זה נמסר לו בכתב על ידי בעל הפוליסה ו/או על-ידי המבוטח, או אם בוצעה העברה בנקאית לחשבון בנק, כפי שמען זה נמסר לו בכתב על ידי בעל הפוליסה ו/או על-ידי המבוטח, והתברר בדיעבד שהמען או פרטי חשבון הבנק אינם נכונים ובשל כך עוכב ביצוע תשלום תגמולים - לא יחולו במקרה זה, ובמקרה זה בלבד, הוראות סעיף 16.3 לעיל.</p>	<p>16.5</p>

17. הפרמיה

<p>17.1 הפרמיה עבור כל המבוטחים תשלום למבטח על-ידי בעל הפוליסה, וזאת ביחס לכל אחד מחודשי תקופת הביטוח שבו יהיה חוזה זה בתוקף.</p> <p>בכפוף לאמור לעיל, יתבצע התשלום מדי חודש בחודשו, וזאת עד ליום ה- 14 של החודש שלאחר מכן. הפרמיה תשלום למבטח על-ידי העברה ישירה לחשבון המבטח, כפי שיוורה המבטח.</p> <p>אין באמור בסעיף זה כדי לגרוע מהוראות סעיף 19 להלן.</p>	<p>17.1</p>
<p>סכומי הפרמיה יהיו כדלקמן:</p>	
<p>17.2.1 בעבור מבוטח שהוא עובד חברה: 116.58 ש"ח לחודש.</p>	<p>17.2</p>
<p>17.2.2 בעבור מבוטח שהוא בן/בת זוג ו/או בן משפחה שהיה מבוטח בפוליסה שמסתיימת ביום 30.11.2010, בן משפחה ותיק; 69.95 ש"ח לחודש.</p> <p>בעבור בן משפחה חדש (בן/בת זוג וילד מעל גיל 21) שמצטרף לביטוח מיום 1.12.2010: 81.61 ש"ח לחודש.</p>	<p>17.2</p>

<p>17.2.3 בעבור מבטוח שהוא ילד ותיק (מתחת לגיל 21) שהיה מבטוח בפוליסה המסתיימת ב- 30.11.2010: 29.15 ש"ח.</p> <p>בעבור ילד חדש (מתחת לגיל 21) שמצטרף לביטוח מיום 1.12.2010: 40.80 ש"ח לחודש.</p> <p>החל מהילד השלישי (מתחת לגיל 21) - חינם.</p> <p>17.2.4 בעבור מבטוח גמלאי ותיק שהיה מבטוח בפוליסה שמסתיימת ביום 30.11.2010: 110.75 ש"ח.</p> <p>בעבור מבטוח גמלאי חדש שמצטרף לביטוח מיום 1.12.2010: 110.75 ש"ח.</p> <p>17.2.5 בעבור מבטוח שהוא בן/בת זוג ו/או בן משפחה של גמלאי שהיה מבטוח בפוליסה שמסתיימת ביום 30.11.2010, בן משפחה ותיק: 69.95 ש"ח לחודש.</p> <p>בעבור בן/בת זוג וילד מעל גיל 21 של גמלאי המצטרף לביטוח מיום 1.12.2010: 81.61 ש"ח לחודש.</p> <p>17.2.6 בעבור מבטוח שהוא ילד ותיק (מתחת לגיל 21) של גמלאי ותיק שהיה מבטוח בפוליסה המסתיימת ב- 30.11.2010: 29.15 ש"ח.</p> <p>בעבור ילד חדש (מתחת לגיל 21) שמצטרף לביטוח מיום 1.12.2010: 40.80 ש"ח לחודש.</p> <p>החל מהילד השלישי (מתחת לגיל 21) - חינם.</p>	
<p>סכומי הפרמיה המפורטים בסעיף 17.2 לעיל יהיו צמודים למדד, על סמך מדד הבסיס של חודש 10/2010 והמדד שפורסם לאחרונה לפני יום ביצוע ההצמדה.</p> <p>הצמדת הפרמיה למדד תיעשה אחת לחודש, בראשון לחודש, החל מיום 1.12.10.</p>	17.3
<p>למען הסר ספק מובהר, כי סכומי הפרמיה כוללים ומלמים בתוכם כל תשלום מע"מ שיוחב בו המבטח, אם יחוב, בגין חוזה זה. למען הסר ספק מובהר, כי כל תשלום מע"מ שיוחל בקשר לחוזה זה יחול על המבטח בלבד.</p>	17.4
18. התאמת התגמולים למדד	
<p>התמלוגים יהיו צמודים למדד, על סמך מדד הבסיס שהינו מדד חודש ספטמבר שפורסם ביום והמדד האחרון שפורסם לפני ביצוע כל תשלום של תגמולים בפועל.</p>	
20. גמר הביטוח	
<p>התחייבויות המבטח על-פי חוזה זה על נספחיו יפוג ביום גמר הביטוח או ביום ביטולו. על אף האמור לעיל, יכסה ביטוח השיניים לפי הסכם זה טיפול שהוחל בו בתקופת הביטוח ונסתיים כולו, או חלקו, עד ולא יאוחר מתום 60 יום מיום גמר הביטוח או, טיפול שאושר על ידי המבטח והוחל בו לאחר מועד גמר הביטוח.</p> <p>אין באמור לעיל כדי לגחך מתוקף מהוראות סעיפים 20.3-20.4 ו- 21 להלן; ו/או מתוקף כל התחייבות של המבטח על פי חוזה זה ו/או כל דין שמטבעה להתקיים לאחר גמר תקופתו של חוזה זה.</p>	20.1
<p>בכפוף להוראות כל דין ו/או הפוליסה ובכלל זה סעיף 20.1 לעיל, החל מיום הפסקת תשלומי הפרמיה עבור מבטוח, לא יכסו עוד טיפולי שיניים של אותו מבטוח, ואסור יהיה למבטוח להציג תעודת מבטוח, ולקבל שיחתי טיפול שיניים על חשבון המבטח; הכל אלא אם כן הסכים המבטח לכך, בכתב, וזאת ללא כל אחריות מצד בעל הפוליסה.</p>	20.2

<p>פטר מבוטח שהוא עובד חברה או גמלאי, ימשיכו אלמנתו ויתומיו להיות מבוטחים, אם ירצו בכך, כאלו היה עובד החברה/הגמלאי בחיים. בעל הפוליסה לא יהיה חייב בתשלום פרמיה עבור אותו עובד חברה/גמלאי, וזאת מיום הפטירה. תשלומים ששולמו ביתר על ידי המבוטח - היינו, לאחר מועד הפטירה, יושבו לבעל הפוליסה או למבוטח או לחברה, לפי מי ששילם אותם.</p> <p>חדל מבוטח, שהוא בן משפחה של עובד חברה/גמלאי, להיות כלול בקטגוריות המנויות בסעיפים 20.4.1 לעיל (כגון - בן המשפחה נפטר, או עובד החברה התגרש, או ילד הגיע לגיל 21), וזאת במהלך תקופת הביטוח, לא יהיה בעל הפוליסה חייב בתשלום פרמיה עבור אותו בן משפחה, וזאת מהיום בו חדל להימנות בקטגוריות. את תשלומים ששולמו על חשבון פרמיה לגבי אותו אחד/ים, ישיב המבטח לאחר שנבסרה הודעה למבטח על השינוי האמור.</p> <p>יודגש, שעל המבטח להקפיד ולטפל בצורה מהירה ויעילה במקרים בהם בן משפחה נפטר, עובד חברה שהתגרש, או שילדו של עובד הגיע לגיל 21 ולא לחייב את בעל הפוליסה בתשלום פרמיה עבור אותו אדם וזאת תוך 14 ימי עבודה מיום מסירת הודעה למבטח ע"י בעל הפוליסה על השינוי האמור.</p>	<p>20.3</p>
<p>20.4.1 הופסקה עבודתו של מבוטח שהוא עובד חברה, יודיע בעל הפוליסה על כך למבטח, בכתב, וזאת תוך 14 יום מיום הפסקת העבודה.</p> <p>20.4.2 במקרה האמור יחדלו להיות מבוטחים על-פי חוזה זה אותו המבוטח, יחד עם בני משפחתו שהפכו מבוטחים על פי הוראות סעיף 7 לעיל; וזאת תוך 30 יום מיום מסירת ההודעה האמורה למבטח. למען הסר ספק מובה, כי במהלך - 60 יום, יהיו מכוסים טיפולי השיניים של אותו המבוטח ו/או בני משפחתו; ובלבד שטיפולים אלה אוששו ו/או הוחל בהם לפני שהופסקה עבודתו של המבוטח שהוא עובד חברה (כאמור בסעיף 20.1 לעיל).</p> <p>20.4.3 על אף האמור בסעיף 20.4.2 לעיל, יאפשר המבטח למבוטח שעבודתו נפסקה כאמור, ולבני משפחתו שהיו מבוטחים יחד עמו, להמשיך בביטוח השיניים, באותם תנאים הקבועים בחוזה זה ועד גמר תקופת הביטוח; הכול בכפוף לתשלום ישיר של הפרמיות בהתאם להסכם זה על-ידי אותו מבוטח למבטח. המבטח מתחייב להודיע לאותו מבוטח בכתב, על אפשרות זו.</p> <p>20.4.4 בעל הפוליסה לא יהיה חייב, בכל מקרה וללא קשר לסיבת הפסקת העבודה של המבוטח, בתשלום פרמיות עבור כל מי שחדל להיות מבוטח כאמור בסעיף 20.4 זה, וזאת מיום הפסקת העבודה.</p>	<p>20.4</p>
<p>21. אחריות המבטח לטיפול שיניים שבוצעו</p>	
<p>על המבטח לדאוג שכל חפא שיניים מוסכם יהיה ויישאר מבוטח בביטוח אחריות מקצועית, בסכומים הולמים, בקשר לכל מעשה ו/או מחדל בטיפול שיעשו על ידו כלפי מי מהמבוטחים לפי הסכם זה.</p> <p>לא היה חפא השיניים המוסכם מבוטח כאמור, מכל סיבה שהיא או שהביטוח שהיה לו לא כיסה את חברתו כלפי המבוטח בגין מעשה ו/או מחדל שנעשה כלפיהם, יהיה המבטח אחראי לכל מעשה ו/או מחדל של חפא שיניים מוסכם ובכלל זה לכל מק לגוף ו/או לרכוש שנגרמו למבוטח בעטיים של מעשים/מחדלים אלה.</p>	<p>21.1</p>
<p>המבטח יהיה אחראי בגין כל טיפול לקוי שביצע חפא מוסכם, וזאת לאחר בדיקה ואישור של היועץ הרפואי מטעם בעל הפוליסה. יובהר כי המבטח ישא גם בעלות ההשתתפות העצמית שעל המבוטח לשלם בגין חידוש הטיפול הלקוי.</p>	<p>21.2</p>

ייתכן כיסוי להחלפת שחזורים פחטטיים לקויים על גבי שיניים טבעיות ולא על גבי שתלים ולא החלפת שתלים לרבות אלה ששלמו ואושרו ע"י המבטח. הכיסוי הינו בגין הטיפול הפחטטי הלקוי אצל חפא מוסכם ואצל חפא פרטי.

21.3.1 הקריטריונים להחלפת השחזורים יהיו על פי המפורט בפרק החלפת שחזורים בפוליסה.

21.3.2 כיסוי כאמור לעיל יינתן בכפוף לכך שיש בביצוע הפעולה כאמור, צורך רפואי לפי קביעת היועץ הרפואי מטעם בעל הפוליסה.

22. פרישת רופאי שיניים מוסכמים

המבטח מתחייב, כי במהלך תקופת הביטוח לא תהיה פרישה של הפאי שיניים מרשימת חפאי השיניים המוסכמים, במספרים שמעבר לסביר ולמקובל. כמו כן, המבטח מתחייב לדאוג לציחפם של חפאי שיניים אחרים תחת הפורשים ונוספים על אלה שקיימים באופן שפריסת חפאי השיניים שבהסכם עם המבטח, תהייה ארצית. פרש חפא שיניים מוסכם ובאותו מועד היה מבטח מטופל אצל אותו חפא שיניים ובמועד הפרישה היה במהלך טיפול, המבטח מתחייב להמשיך ולשלם את כל הסכומים להם התחייב בגין הטיפול הנ"ל כאילו היה חפא השיניים ממשיך להיות חפא בהסכם.

כמו כן, המבטח מתחייב לאשר ולשלם תכנית טיפול שאושרה למבטח אשר מטופל אצל חפא שיצא מההסדר. בנוסף לאמור לעיל, על המבטח לדאוג כי תהיה פריסת ארצית של חפאי הסכם וחפאים מומחים שבהסכם. במידה ואין לפחות ארבע מרפאות הסכם ולא חפאים מומחים בהסכם, בישוב בו מתגורר מבטח, או אם מתגורר בישוב שאינו עיר, בעיר הקרובה, אזי מתחייב המבטח לשלם למבטח תוספת שיפוי בשיעור של 60% מעל המצוין בלוח ההחזרים.

הוצאת רופאי שיניים מוסכמים מההסכם

לבעל הפוליסה תהיה הזכות להורות למבטח להוציא מרשימת החפאים המוסכמים במסגרת פוליסה זו חפאי/י שיניים מוסכמים/ות זאת מטעמים סבירים.

23. חריגים

המבטח לא יהיה אחראי, ולא ישלם, בגין הפעולות ולא השיחתים שבוצעו למבטח על-ידי אדם שאינו מורשה על-ידי הרשויות המוסמכות לעבוד כחפא שיניים ולא כשיננית; הכל למעט אם המבטח לא ידע כי נותן הטיפול הינו "מתחזה".

24. השגות מקצועיות-רפואיות

השגות של מבטחים ולא של בעל הפוליסה בעניינים רפואיים-מקצועיים המוגעים ליישומן של חוזה זה, ובכלל זה תלונות בדבר אישור (או אי אישור) תכנית טיפולים (אם תהייה כאלה) ולרבות ההחלטה האם טיפול משקם הוא לצורך אסתטי בלבד, תועברנה להכרעתו של היועץ הרפואי של בעל הפוליסה אשר ייתן את החלטתו על בסיס עקרונית מקובלים ברפואת שיניים מודרנית ברמה גבוהה ביותר, ולאחר ששמע את עמדת היועץ הרפואי של המבטח.

למען הסר ספק מובהר כי בסמכותו הבלעדית של בעל הפוליסה למנות מטעמו יועץ רפואי שיבחר והמבטח לא יוכל להתנות ולא להגביל תנאי מתנאי החוזה בהעסקתו של חפא יועץ זה או אחר. יודגש, כי אין קשר בין הכיסויים הרפואיים שמכוסים עפ"י תנאי הפוליסה לבין היועץ הרפואי שיעבוד מטעם בעל הפוליסה גם אם הוא יוחלף במהלך התקופה מכל סיבה שהיא.

25. תלונות על רופא שיניים מוסכם

תלונות מבטחים לגבי איכות הטיפול ולא השיחת שקיבלו מחפא שיניים מוסכם, ולרבות לגבי כשולן הטיפול, יטופלו על-ידי המבטח באופן מיידי.

אם יתברר, כי מבטוח על פי חוזה זה מכוסה בביטוח שיניים אחר, נוסף על הביטוח דגן (בסעיף 28 זה - "הביטוח הנוסף"), ויתברר כי הביטוח הנוסף מכסה את הטיפולים המכוסים בביטוח דגן, כולם או חלקם, תחולנה הוראות אלה:

<p>המבטוח ו/או בעל הפוליסה לא יהיו חייבים לדווח למבטח אודות הביטוח הנוסף.</p>	<p>28.1</p>
<p>לא יהיה בביטוח הנוסף כדי לגרוע מהזכויות של בעל הפוליסה ו/או של אותו המבטוח, כלפי המבטח, על פי חוזה זה; והמבטח יהיה חייב במילוי כל חיוביו על פי חוזה זה - ולרבות תשלומו של כל סכום כסף - כאילו היה הביטוח דגן ביטוחו היחיד של המבטח.</p> <p>מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, לא תשמענה טענות של המבטח, לפיהן על המבטוח לממש זכויותיו על פי הביטוח הנוסף ו/או עליו לפנות למבטח של הביטוח הנוסף ו/או שהמבטח פטור מתשלום סכום כלשהו בעטיו של הביטוח הנוסף.</p>	<p>28.2</p>

32. הוראות כלליות

בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות בין הוראות ההסכם הקודם לבין הוראות הסכם זה ו/או בין סעיפים שונים בהסכם זה, יפעלו הסתירות ו/או אי הבהירות ו/או דו משמעות לטובת המבטוח ובעל הפוליסה שהצטרף להסכם זה, תוך הישענות על עיקרון כי ההסכם בא להוסיף על תנאי הפוליסה המקורית ולהטיב את תנאי המבוטחים שהצטרפו.

--	--

למען הסר ספק, תקופת הביטוח לבני רצף הזכאות הביטוחית לביצוע טיפולים המפורטים בנספח זה יהיה מיום תחילת הפוליסה.

1. שרותי אבחון

1.1 בדיקת הפה

בדיקה שגרתית של מצב הפה, איתור מוקדם עששתיים ופתולוגיים ומעקב אחרי טיפולים שבוצעו.

הבדיקה כוללת רישום מלא של הממצאים הדנטליים והאורליים ורישום פרטים הנוגעים לבריאות הכללית של המבוטח אשר יכולה להיות להם השלכה על הטיפול. הכיסוי מוגבל לבדיקה אחת לכל שנת ביטוח.

למחת האמור לעיל, תאושר למבוטח בדיקה נוספת של מומחה לקבלת "דעה שניה" (SECONDED OPINION).

1.2 צילומי רנטגן

צילומי הרנטגן נעשים כאמצעי עזר אבחנתי, ועל כן עליהם להיות קריאים וניתנים לפענוח ובעלי ערך אבחנתי. צילום אשר לא יעמוד בתנאים אלו יוחזר לחפא המטפל או למכון הצילום ויידרש צילום חדש.

צילומי הרנטגן יבוצעו אך ורק עפ"י בדיקה בפועל והפנייה של הרופא המטפל.

בשום מקרה לא ישלח מבוטח לצילום או יופנה למכון צילום ע"י כוח עזר דנטלי או מינהלי בלי שבנדק קודם ע"י חפא שיניים שקבע את האורך בצילומים הספציפיים.

א. צילום סטטוס או פנורמי

כיסוי המבוטח מוגבל לשלוש סדרות של 14 צילומים פריאפיקליים (סטטוס) של שתי הלסתות, עליונה ותחתונה, או לחליפין שלושה צילומים פנורמיים של הפה או שילוב שאינו עולה על שלוש פעולות סך הכול לתקופת הביטוח ובלבד שחלפו שנתיים בין ביצוע צילום אחד למשנהו.

לחגמה, יאושר צילום סטטוס אחד ל- 2 שנות ביטוח או לחילופין צילום פנורמי והפוך למעט צילומים נוספים באישור חפא יועץ.

צילום פנורמי או צילום סטטוס לילדים מכוסה אחת לתקופת ביטוח.

צילום פנורמי נוסף למטרת אורטודונטיות יאושר על פי בקשת מומחה ליישור שיניים בכפוף לאישור מראש.

צילום פנורמי עדכני לפני טיפול או ניתוח חניכיים יאושר על פי בקשת מומחה לניתוחי חניכיים, מותנה בקבלת אישור מראש.

* צילום פנורמי עדכני לפני השתלות לפי בקשת חפא מומחה.

אין לבצע צילום סטטוס מלא במקרה של חוסר מוחלט או נרחב של שיניים בלסת אחת או יותר.

ב. צילום נשך

כיסוי המבוטח מוגבל לזוג צילומים אחד לכל שנת ביטוח.

ג. צילומים פריאפיקליים אינטראורליים

יאושח צילומים פריאפיקליים בודדים למטרת אבחון או טיפול, במקרים בהם קיים צורך בבצוע ובתנאי שאינם נעשים בהקשר לבצוע טיפול שורש ו/או טיפולים כירורגים (כולל עקירה כירורגית ועקירת שן כלאזה).

כיסוי המבוטח מוגבל ל- 10 צילומים פריאפיקליים לכל שנת ביטוח.

ד. צילומים סגריים

צילום המבוצע בזווית של 90 מעלות ללסת ומדגים את המשטח הלעיס של השיניים בלסת ואת רקמות התמיכה הגרמיות שלה. הכיסוי מוגבל לשני צילומים סגריים (עליון ותחתון), לתקופת ביטוח.

הערה:

המבטח חאה את הצילומים כרכושו ושומר לעצמו הזכות לדרוש להעביר לעיונו ו/או לרשותו את הצילומים בכל עת שידרוש זאת, במידה וידרש תשלום על ידי החפא המטפל בעבור מסירת הצילומים, יהיה התשלום על חשבון המבטח.

2. שותי מניעה

2.1 הסרת אבנית

- 2.1.1** טיפול של הסרת אבנית יהיה לפחות בן 30 דקות.
- 2.1.2** למבוטחים מתחת לגיל 12 יאושר טיפול אחד לשנת ביטוח.
- 2.1.3** למבוטחים מעל לגיל 12 יאושר 4 טיפולים לניקוי אבן בכל הפה, בכל שנת ביטוח ללא מגבלת זמן בין טיפול לטיפול ובתנאי ששני הטיפולים לא בוצעו באותו יום.
- 2.1.4** חינוך לבריאות והדרכה בצחצוח שיניים לא יכוסה ולא יילקח בחשבון 30 הדקות של הסרת אבנית.

2.2 טיפול מונע לילדים

- 2.2.1** **איטום הריצים וחרירים** - טיפול לילדים לשם מניעת עששת. האיטום נעשה במשטחי הלעיסה של שיניים האחוריות הקבועות (4,5,6,7) בחומר מורכב במטרה למנוע היווצרות עששת. הכיסוי מוגבל לשני איטומים לשן בתקופת ביטוח.
- אחריות החפא הינה לשנה. במידה ותבוצע סתימה באותה שן, לפני חלוף שנה תמימה, יקוז החוזר בגין האיטום באותה שן, ממחיר הסתימה.
- 2.2.2** **שומר מקום** - יאושר אחד ללסת ובלבד שקיים צורך רפואי שהוגדר על ידי מומחה ליישור שיניים. הכיסוי מחייב אישור מראש.
- 2.2.3** **הרדמה כללית** - יכוסו הוצאות הרדמה כללית בב"ח מוכה, על פי קבלות מקוריות, עד לתקרת החוזר הקבועה בלוח החוזרים.
- 2.2.4** **טפול בפלואוריד** - אחת לשנת ביטוח לכל הפה.
- 5.5.5** **כתר טרומי מפלדת אל-חלד** - שיחזור שיניים חלבויות בכתרים טחמיים ייעשה כאשר לדעת החפא המטפל אין אפשרות לשחזר את השן על ידי סתימת אמלגם. כמו כן יכוסו כתרים טחמיים בשיניים שישיות שבעיות קבועות עפ"י צורך רפואי. כתר טחמי יאושר גם בשיניים קבועות כסף לאישור מראש ועפ"י החלטת היועץ הרפואי.
- 2.2.6** **ינתן כיסוי לטיפול במ צחוק לילדים:**
 - הטיפול ינתן לילדים עד גיל 16 בלבד.
 - הכיסוי הינו ל- 3 טיפולים במ צחוק בכל שנת ביטוח.
 - הטיפול ינתן באופן פרטי בלבד.

המבטח יסכה עקירות שיניים במידה ונגרם הרס כותרת על ידי פגיעה עששתית ואין אפשרות לשחזור השן, או כאשר קיימת התערבות של מנגנון האחיזה של השן עקב מחלה פריודונטלית או כחלק מטיפול אורטודונטי. כמו כן, תכוסה עקירת שיניים כלואות.

הטיפול כולל אלחוש מקומי, תפרים במידת הדרוש והוצאתם, ביקורת לאחר עקירה, מתן מרשמי תחפות וכן הסברה ויעוץ לפני ואחרי העקירה.

צילום עדכני לפני העקירה הוא תנאי מוקדם לתשלום עבורה והוא נכלל בסכום ההחזר עבור העקירה.

<p>הוצאת שן ללא צורך בהפשלת מסלית רקמה רכה או סילוק או החלקת עצם המכתשית בצד הבוקאלי או לינגואלי. עקירות למטרת יישור שיניים (אורטודונטיה) מכוסות בפוליסה זו. אין הגבלה במספר העקירות.</p>	<p>3.1 עקירה רגילה</p>
<p>עקירה רגילה שהסתבכה בעקבות התפוררות הכותרת או שבר השות, תשלום כעקירה כירורגית, בכפוף להמצאת צילום הרנטגן שבוצע במהלך הטיפול.</p>	<p>3.2 עקירה מיוחדת</p>
<p>הוצאת שן אשר מחייבת הפשלת מסלית רקמה רכה, הודת עצם מכתשית ותפרים. ההחזר כולל בין השאר צילום וטיפול לפני העקירה ולאחריה.</p>	<p>3.3 עקירה כירורגית</p>
<p>הוצאת שן בינה כלואה באופן כירורגי, כולל אלחוש מקומי, תפרים, ביקורת, מתן מרשמי תחפות ו/או תעודה רפואית וביקורת לאחר העקירה במידת הדרוש.</p>	<p>3.4 עקירת שן כלואה ברקמה רכה</p>
<p>הוצאת שן בינה כלואה באופן כירורגי כולל אלחוש מקומי, תפרים וכן טיפול הסברה ויעוץ לפני ואחרי ביצוע העקירה, בכלל זה הוצאת תפרים, ביקורת, מתן מרשמי תחפות ו/או תעודה רפואית וביקורת לאחר העקירה במידת הדרוש. בקטגוריה זו נכללות שיניים כלואות אשר לצורך הוצאתן יש לחתוך ברקמה הרכה, להפשיל מסלית רקמה רכה ו/או לסלק עצם המכסה באופן חלקי או מלא את השן. מספר עקירות שיני הבינה המותרות לתקופת הביטוח מוגבל ל- 4. בעת הגשת התביעה לתשלום יש לצרף צילום רנטגן פריאפיקלי של השן. הצילום יוחזר עם התשלום. ההחזר בגין עקירת שן כלואה כולל את הצילום.</p>	<p>3.5 עקירת שן כלואה בעצם</p>
<p>במקרים בהם החפא המטפל אינו מבצע את העקירה ומפנה את המבטח לביצוע הטיפול לחפא מומחה, ההחזר בגין הטיפול יהיה בשיעור 50% מעל לנקוב בטבלת ההחזרים.</p>	<p>3.6 ביצוע עקירות ע"י מומחה לכירורגיה</p>
<p>חיתוך הרקמה הרכה, כולל הפשלת מסלית רקמה רכה וסילוק עצם מכתשית ביקאלית או לינגואלית וכולל אלחוש מקומי, תפרים, סתימה רטורגראדית במידת הדרוש, טיפול יעוץ והסברה לפני ואחרי הטיפול בכלל זה ביקורת, הוצאת תפרים ומתן מרשמי תחפות ו/או תעודה רפואית. בקטגוריה זו נכללת גם אמפוטציה של שורש (המיסקציה) מסיבות דנטו אלביאלוריות. קטוע חוד שורש השן ייעשה בתנאים הבאים: 1. מלוי התעלה או התעלות עבר את חוד השן (OVERFILLER) והחומר מהווה גירוי לרקמה שסביב חוד השן. 2. ה- 1/3 האפיקלי של התעלה לא מולא בחומר המילוי בשל כפוף השורש או בשל היצחת חלק זה של השורש. 3. שבר בקצה השורש שאין להגיע אליו בצורה אמדודונטלית.</p>	<p>3.7 קטוע חוד שורש השן (APICOECTOMY)</p>

<p>4. מכשיר נשבר ב-1/3 האפיקלי של התעלה.</p> <p>5. ספרוציה ב-1/3 האפיקלי של התעלה.</p> <p>6. במידה ומתברר מצילומי הרנטגן או שהסימפטומים מצביעים על כשלון טיפול השורש.</p> <p>אין הגבלה במספר הטיפולים בשיניים הזקוקות לקיטוע חוד שורש השן אך קטוע לחוד השורש באותה שן מוגבל לאחד לתקופת ביטוח למעט, אם חלפו ארבע שנים ממועד טיפול שבוצע ושולם במסגרת הביטוח לפי הסכם זה או אצל המבטח הקודם. בעת הגשת התביעה יש לצרף צילומי רנטגן שלפני הטיפול ולאחר סיומו. הצילומים יוחזרו עם התשלום. סכום ההחזר עבור קטוע חוד השן כולל את סכום ההחזר בגין הצילומים.</p>	
<p>א. יאושר ניקוז מורסה במידה והוא אינו חלק מטיפול שורש אשר עבוח ישלם המבטח החזר. יש לרשום בטופס התביעה האם הניקוז נעשה דרך השן או דרך החניכיים עם הנחת מנקה, ולצרף צילום של לפני הטיפול.</p> <p>ב. ניקוז מורסה דרך השן ישולם רק בשן המיועדת לעקירה כאשר הוא מהווה תחליף לניקוז כיוחרי.</p> <p>ג. ניקוז כיוחרי של מורסה ישולם רק אם לא ניתן היה לטפל במורסה בדרך טרפואטית אחרת, או שלא ניתן היה לנקזה דרך השן ובתנאי שמקור המורסה היה דנטואלביאורלי.</p> <p>ד. ניקוז מורסה בשיני חלב ישולם כעזרה ראשונה בלבד.</p>	<p>3.8 חתוך רקמה רכה וניקוז מורסה דנטואלביאורית</p>
<p>במקרה של דלקת עצם המכתשית לאחר עקירת שן, ובתנאי שהטיפול בה כולל יותר מ- 2 ישיבות טיפול. יש לצרף צילום שלאחר העקירה המוודא שלא נשארה שארית שורש או שברי עצם במכתשית.</p>	<p>3.9 מכתשית יבשה (DRY-SOCKET)</p>
<p>4. טיפולי שורש ומוך השן - אנדודונטלים</p>	
<p>הוצאת חלק ממוך שן חלב והנחת חומר אשר יעורר רגנרציה של מוך השן שנוטר בלשכת המוך או בתעלות השורש.</p> <p>4.1.1 בשיני חלב יאושר קיטוע מוך חי (פלופוטומי) אחד לכל שן חלב בתקופת הביטוח.</p> <p>4.1.2 בשיניים קבועות יאושר הטיפול רק אם לפי הצילומים, השורש בהן לא נסגר.</p> <p>4.1.3 עם הגשת תביעה לתשלום יש לצרף צילום רנטגן של לפני ואחרי הטיפול. ההחזר עבור קיטוע המוך כולל את הצילום.</p> <p>4.1.4 אין כסוי לטיפולי שורש בשיני חלב, למעט מקרים חריגים שיובאו להכרעת היועץ הרפואי. הטיפול מותנה בקבלת אישור מראש.</p>	<p>4.1 קיטוע מוך חי</p>

<p>טיפול שורש מכוסה במסגרת הביטוח מכל סיבה שהיא - אם הוא תוצאה ישירה מפגיעה כלשהיא ב"עצב" (במוך השן) אשר גרמה לדלקת מוך השן, נמק או מורסה. בכלל זה יכולה הטיפול אם הצורך נגרם גם עקב פגיעות עששתיות, פרודונטיות, פגיעות בחססף, פגיעות מטראומה אוקולוסלית, למטרות שיקום ואחרות.</p> <p>בנוסף יכולו טיפולי שורש בשיניים שעברו השחזה או שלאחר הרכבת הכתרים התפתחה בשן דלקת, נמק או מורסה.</p> <p>4.2.1 כל מבטח זכאי לטיפול שורש אחד בכל אחת משיניו הקבועות בתקופת הבטוח.</p> <p>4.2.2 הטיפול כולל: הוצאת מוך השן במלאו, ניקוי, הרחבה, שיוף ושטיפת תעלות השורש, מילוי התעלות בחומר מילוי קבוע ובכלל זה ניקוז מורסה דרך השן, שטיפות בחומרים שונים וסתימת השן בחומר סתימה זמני.</p> <p>4.2.3 תנאי מוקדם לתשלום בגן טיפול שורש הוא ציחוף צילומי נטגן פריאפיקליים של השן בה מבוצע הטיפול, אחד שלפני הטיפול (לפני כל פעולת קידוח בשן), והשני של סיום טיפול השורש במלאו.</p>	<p>4.2 טיפול שורש בשיניים קבועות</p>
<p>4.3.1 כל מבטח זכאי לטיפול של חידוש טיפול שורש בכל אחת משיניו הקבועות אשר עברו טיפול שורש בתקופת הביטוח הקודמת ו/או שחלפו לפחות 18 חודשים מביצוע טיפול השורש בפוליסה הנוכחית, הטיפול יאושר במידה וקיים צורך רפואי כגון: הדגמה רנטגנית ו/או תלונה קלינית לביצוע הטיפול.</p> <p>4.3.2 לכל תביעה בגין חידוש טפול שורש יש לצרף צילום אחד לפני החידוש (המראה את טיפול השורש הישן) וצילום שני של סיום טיפול השורש החדש.</p> <p>4.3.3 אין להתחיל בטיפול חידוש טיפול שורש לפני קבלת אישור המבטח. התייעצות מוקדמת חובה.</p> <p>על אף האמור לעיל, במצב חירום, המלווה בנפוחות או כאב יהיה זכאי המבטח להתחיל בטיפול מיידית, אולם הינו חייב להגיש למבטח בקשה במקביל להתחלת הטיפול.</p>	<p>4.3 חידוש טיפול שורש</p>
<p>במקרים בהם החפא המטפל אינו מבצע את הטיפול והוא מפנה לחפא מומחה לטיפולי שורש (אמחוזנט), אזי תוספת השיפוי בגין טיפולי השורש או חידוש טיפול השורש שאושר ובוצע אצל מומחה תהא בשיעור 50% מעבר לנקוב בטבלת ההחזרים.</p> <p>ביצוע הטיפול אצל חפא מומחה יאושר בם במקרים הבאים:</p> <p>4.4.1 קיים מבנה שבור בתעלת השורש.</p> <p>4.4.2 טיפול השורש הינו בשינים בינה.</p> <p>4.4.3 קיימת הסתיידות של תעלות ו/או תעלות השן;</p> <p>4.4.4 תעלת השן כפופה עם חשש לפרפורציה.</p> <p>הטיפול אצל מומחה בביצוע חידוש טיפול שורש יועבר לאישור המבטח בכפוף למכתב מהחפא המטפל המסביר את הצורך הרפואי בביצוע הטיפול אצל מומחה.</p>	<p>4.4 טיפול שורש/ חידוש טיפול שורש אצל מומחה</p>

5.1.1 שחזור שן שנפגעה בעששת (בכלל זה עששת צווארית) או חומר שן מכל סיבה אחרת באמצעות חומר קבוע (אמלגם) כולל אלחוש מקומי. הכנת חלל לפי כלל "ההרחבה לאורך מניעה" (EXTENSION FOR PREVENTION) ניקוי העששת, הנחת מצע ו/או רפיו מוך ישיר או בלתי ישיר באמצעות הנחת חומר המכיל קלציוס הידורכסיד או כל חומר שיעורר רפיו מוך ו/או יצירת גשר דנטין, הנחת חומר הסתימה עם או בלי מטריצה (לפי סוג הסתימה), גילוף לפי האנטומיה של השן, שחזור מגע השן עם השן או השיניים השכנות ואם השיניים האנטונומיסטיות (לסת נגדית).

5.1.2 כאשר בשן אחת קיימים שיניים או יותר נגעים של עששת, שחזורם באותה ישיבה יחשב כסתימה אחת בין אם סתימה שני הנגעים הינה המשכית זו לזו ובין אם לא, למעט שיניים קדמיות (מניב עד לניב כולל בשתי הלסתות) בהן מכוסות שתי סתימות בשני משטחים ללא חיבור ביניהן והמבוצעות באותה ישיבה.

הכיסוי הביטוחי הינו לסתימה אחת לשן בכל שנה (למעט בשיניים קידמיות) פרק הזמן בין ביצוע סתימה לסתימה יהיה שנה.

5.1.3 תשלומנה שתי סתימות בשטחים שונים של השן, אלא אם כן נעשו בהפרש זמנים של שנה.

5.1.4 יוצאים מן הכלל שיניים קדמיות 13-23 ו- 33-43 בהן מותרות וישלמו 2 סתימות לבנות במשטחים מזיאלי או דיסטלי או בוקאלי באותה ישיבה.

5.1.5 סתימה אשר נעשתה אצל הפא הסכם ונשברה, נפגעה או נפלה ויש לחדשה תעשה על חשבון החפא המטפל - וזאת עד שנה מתאריך ביצוע הסתימה. לא בוצעה על ידו באופן זה, תכוסה הסתימה על ידי המבטח.

5.1.6 חומר מלוי בשן (מבנה אמלגם, פחסטודונט וכד') אינו מוכר כסתימה ואינו מכוסה.

סתימה בשיניים שעבר טיפול שורש תשלום רק במידה והסתימה עונה על הקריטריונים של שחזור תפקודי השן ואינה מחוזקת בפינים מסוג דנטוסט ופרהפוסט: (שימוש בפינים אלו מכוסה בפוליסות פחטטיות בלבד) ובתנאי שתהווה את השחזור הסופי של כותרת השן. במידה ומתוכנן לבצע כתר על השן תוך פרק זמן של 4 חודשים, לא ישולם תשלום עבור הסתימה, ואם שולמה תמורת הסתימה, יקוזז מחירה מההחזרים לחפא או למבטח.

5.1.8 סתימה מתחת לכתר אינה מכוסה למעט מצב בו נעשה טיפול שורש בשן עם כתר. במקרה זה תשלום סתימה אוקלוסואלית.

5.1.9 כיפוי מוך כלול במחיר הסתימה.

5.1.10 סתימה זמנית - כאשר מסיבה כל שהיא מבצע החפא סתימה זמנית, לא ישולם החזר כל שהוא אלא בגמר הסתימה הקבועה.

5.1.11 סתימת אמלגם או סתימת קומפוזיט מחוזקת ע"י פינים - שחזור שן ע"י סתימה מחוזקת בפינים או בשיטת חבור (בונדד), נעשית כאשר לדעת החפא שקולים של חיזוק הסתימה מחייב חיזוקה ע"י חיבור (בונדד) או פינים, ובתנאי שהם מקבלים חיזוקם מחומר השן הקשה (פרהפולריים). פינים מסוג דנטוסט או פרהפוסט וכד', המוכנסים לתוך תעלת השורש בשיניים אשר עברו טיפול שורש, לא מכוסים במסגרת זו, אלא בפוליסות משולבות הכוללות טיפולים משקמים (פחטטיים).

אין הגבלה למספר הסתימות המחוזקות ע"י פינים למבטח לתקופת הביטוח. מספר הפינים המקסימלי המותר לסתימה אחת הינו שיניים.

<p>ההחזר לסתימה זו הוא בגובה ההחזר עבור סתימת אמלגם.</p>	<p>5.2 סתימה יצוקה</p>
<p>ייתכן כיסוי מלא לביצוע שחזורי קומפוזיט (סתימות לבנות) גם בשיניים קבועות אחריות. תקרות ההחזר לטיפול זה תהינה זהות לאלו של סתימות לבנות בשיניים קידמיות.</p>	<p>5.3 סתימת קומפוזיט (לבנה)</p>
<p>סתימות לבנות מוקשות באור, הביטוח מכסה סתימות כנ"ל בשיניים הקדמיות 23-13-43-33 מקסימום 2 סתימות בשן לשנה במשטחים מזיאל, או דיסטלי או בוקאלי. אחריות החפא המטפל לטיב הסתימה ולהחלפתה במידת הצורך היא למשך שנה מביצוע הסתימה.</p> <p>בסתימות אשר יש צורך בהחלפתן (לחדשן) בגלל נגע עששתי במשטח נוסף תשלמנה על ידי המבטח ובתנאי שחלפה לפחות שנה אחת מביצוע הסתימה המקורית.</p>	<p>5.4 סתימה לבנה המתקשה באור</p>
<p>6.</p>	
<p>הביטוח אינו מכסה טיפולים, אשר הצורך בהם נגרם עקב חבלה שהמבטוח גרם לעצמו בכוונה תחילה או עקב קטטה.</p>	
<p>7. שרותי עזרה ראשונה</p>	
<p>טיפול לשיכור כאבים ובתנאי שהוא אינו חלק מטיפול שעבוח ידחש המבטוח החזר ובתנאי שלא בוצע טיפול אחר כלשהו באותו ביקור. סעיף זה מוגבל ל- 3 פעמים בכל שנת ביטוח.</p>	
<p>שכך כאבים יוכר כעזרה ראשונה במקרים הבאים:</p> <p>א. פריקוחניטיס;</p> <p>ב. דלקת חניכיים חריפה עם כיבים;</p> <p>ג. הרפס וכו';</p> <p>ד. ספיליטיס עקב דחיסת מזון;</p> <p>ה. הורדת נקודות לחץ של תותבות שלמות וחלקיות נשלפות בתנאי שלא מדובר בתותבת שהותקנה על ידי אחד הרופאים באותה מרפאה בתוך 6 חודשים ראשונה להתקנה;</p> <p>ו. סיבה אחרת לפי מכתב מהחפא ובתנאי שיאושר ע"י המבטח, בכל מקרה יוכר הטיפול כטיפול של עזרה ראשונה בתנאי שהמתרפא הופיע לעזרה ראשונה בלבד ולא זומן למפרע;</p> <p>ז. הדבקה זמנית של שחזורים;</p> <p>ח. מצבים דלקתיים חריפים;</p>	<p>7.1</p>
<p>אין לפצל דוחו על טיפול שורש לשתי ישיבות, כשעזרה ראשונה מדוחת בישיבה ראשונה וגמר טיפול שורש בישיבה שניה.</p> <p>טיפול ראשוני זה יהווה חלק בלתי נפרד מטיפול השורש ואין לדחש תשלום בגין עזרה ראשונה במקרה זה.</p>	<p>7.2</p>
<p>במצבי עזרה ראשונה יש לכתוב בנוסח הנ"ל בעת הדוחו על עזרה ראשונה בדף התביעות, לדוגמא עזרה ראשונה - הורדת נקודות לחץ בתותבת עליונה.</p>	<p>7.3</p>
<p>לא תוכר תביעה לעזרה ראשונה אם תופיע בצורך לטפולים בשיניים אחרות באותו ביקור.</p>	<p>7.4</p>
<p>אין לדחש על עזרה ראשונה המצרת עקב טיפול שבוצע על ידי אותו חפא או אחד הרופאים באותה מרפאה.</p>	<p>7.5</p>

8. שירותים חריגים

לטיפולם חריגים כגון טיפול מיוחד בנכים מנכויות שונות, HANDICAPPED וכו' אשר לא צוינו במפותש בהסכם ובספחיו, יש לפנות קודם הטיפול לחברה לקבלת אישור והסכמה על היקף הטיפול ומחירו. במקרים אלו על חפא השיניים להפנות מכתב בו יצוין הטיפול הדרוש, הסיבות לצורך המחייב חריגה, תעודת רפואית, אישורים הנדרשים כדי לעמוד על המצב.

9. הוראות כלליות

א. אלחוש מקומי	נכלל במחיר הטיפול.
ב. תרופות	תרופות אשר על המבוטח לקחת לפני, במשך או לאחר הטיפול - אינן נכללות במסגרת הביטוח והוצאותיהן חלות על המבוטח.

טיפול כיורגיה פה ולסת

1. כללי

1.	כל טיפול כיורגיה פה ולסת יבוצעו על ידי חפאים מומחים למחלות חניכיים ו/או כיורגית פה ולסת, בעל תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות בישראל.
2.	מבוטח/ת האמור לקבל טיפול כיורגי כפי שיצוין להלן חייב באישור מראש לטיפול מהמבוטח לפני ביצוע הטיפול.
3.	בתוך 14 ימים מיום קבלת החומר יופק למבוטח/ת תשובת המבוטח לביצוע מלא, חלקי או דחייה של תכנית הטיפולים המוצעת. העתק האישור ישלח גם לחפא ההסכם. אם תכנית הטיפול תוגש באמצעות חפא שאינו בהסכם, ישיב המבוטח ויצוין את סכום תקרת החזר בו ישפה את המבוטח בתום ביצוע הטיפול.
4.	במקרה של צורך בחרים נוספים, או של אישור חלקי לתכנית הטיפול, או דחיית ההצעה תשלח על כך הודעה מפורטת ומנומקת למבוטח, עם העתקים לחפא ההסכם המטפל.
5.	תוקף האישור מראש יפוג לאחר 6 חודשים במידה והטיפול טרם החל יוארך האישור עפ"י הצורך.

טיפולים כיורגים שמכוסים

1. אלבאופלסטיקה	החלקת עצם מקומית/החלקת רכס, פעולה כיורגית פרה פחטטית לשיפור אי גולריות בעצם כהכנה לתותבת מיידית או לתותבת עתידית קבועה. הזכאות הביטוחית הינה אחת לתקופת ביטוח ללסת. פעולה זו מבוצעת בסקסטנטים לפי חלוקה 1/6 פה.
2. פרנקטומי	פיחשו חיתוך הפרנום, לשחרור הרקמות הרכות שנמשכות ויצרות בעיה פריודונטלית או פונקציונלית. הזכאות הביטוחית הינה אחת לתקופת ביטוח.
3. הוצאת אבן הרוק מצינור בלוטת הרוק	במידה ובלוטת הרוק נחסמת עקב אבנית יכוסה הטיפול הנ"ל. הטיפול מוגבל לכיסוי חד פעמי בתקופת ביטוח.
4. ביופסיה	תכוסה הוצאת רקמה מחלל הפה ע"י פעולה כיורגית, ובתנאי שיבוצע ע"י מומחה לכיורגית פה ולסת ו/או פריודונט מומחה ויאשר אחת לתקופת ביטוח. כמו כן תכוסה בדיקת הרקמה במעבדת בית-חולים מוכר במידת הצורך.

.1 כללי	
.1	<p>כל הטיפולים והשירותים הפריודונטליים (טיפולי חניכיים וניתוחים) יבוצעו רק על ידי חפאים פריודונטים מומחים בעלי תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות לעסוק כמומחים בפריודונטיה שיופיעו ברשימה שיכין המבטח.</p>
.2	<p>יש לגמור את כל הטיפולים המשמרים (עקירת, טיפולי שורש, סתימות, ניקוי אבן וכו'), לפני התחלת הטיפול הפריודונטלי. לא ניתן לקבל "אישור מראש" על טיפולים פריודונטליים לפני השלמת הטיפול המשמר.</p>
.3	<p>במידה ומתבצע טיפול שמרני בחניכיים כגון ניקוי אבנית, קיורטז' עמוק, הקצעת שורשים (ROOT PLANING), יש להתיר זמן של כחודש לריפוי ולבצע הערכה מחדש של הצורך בניתוח מלא או חלקי בפה.</p> <p>3.1 מבטח שצריך לקבל טיפול פריודונטלי כפי שפורט לעיל חייב לקבל "אישור מראש" לביצוע הטיפול לפני שיבוצע טיפול פריודונטלי כלשהוא, אותו זכאי המבטח לקבל במסגרת הביטוח ועבור הוא עשוי לבקש החזר כספי.</p> <p>3.2 לצורך קבלת החזר כספי יגיש חפא ההסכם או המבטח (במידה והינו מטופל בידי חפא שאינו בהסכם). רישום מפורט של ממצאי הבדיקה בפה, אליו יצורפו צילום או צילומים פריאפיקלים בודדים (או סטטוס דנטלי) עדכניים שבוצעו לפני הטיפול, ולא למעלה מחודש ימים קודם לכתיבת תוכנית הטיפול, המראים את רקמות התמיכה הגרמיות (העצם האלביאולרית) ואת אזור חוד שורש השן (אפקס) של השיניים שהרקמות סביבן תטופלנה. וכן יפורט סוג הניתוח שבוצע, והשיניים שטופלו/נותחו.</p> <p>3.3 בתוך 14 ימי עבודה מיום קבלת החומר יקבל המבטח את תשובת המבטח לביצוע מלא או חלקי או דחייה של התשלום בגין הטיפול. באישור/דחייה יפורטו הנימוקים.</p> <p>העתק האישור ישלח לחפא ההסכם.</p> <p>3.4 על חפא השיניים המומחה, להגיש בקשה לאישור מראש מהמבטח קודם לביצוע הטיפול או הניתוח והמבטח מתחייב להחזיר תשובתו לחפא לתוך 14 ימי עבודה.</p> <p>3.5 יכול המבטח להפנות את המבטח על חשבונו לצורך התייעצות אל חפא פריודונט מטעמו לפני קבלת החלטה בעניין החזר בגין הטיפול; וזאת בתאום עם היועץ הרפואי של הבעל הפוליסה.</p>

<p>רישום מלא של הממצאים הדנטליים והאוראליים; רישום מצבים כללים הנוגעים לבריאות הכללית של המתרפא ואשר עשויה להיות להם השלכה על הטיפול הדנטלי, רישום מצב הפה ומילוי הטופס לתכנית הטיפולים.</p> <p>בקורת לאחר טיפול כירורגי פריודנטלי (POST SURGICAL) אינה נחשבת לצורך תשלום סעיף זה. כיסוי המבטח מוגבל לבדיקה אחת לתקופת ביטוח.</p>	<p>1. בדיקה והערכת תכנית טיפול</p>
<p>הקצעת שורשים או כריתת חניכיים ל- 1/6 פה או מטלית לגרירת חניכיים ל- 1/6 פה או ניתוחי מטלית כולל ניתוחי עצם והשתלת חניכיים ל- 1/6 פה. הגבלת המבטח היא לניתוח אחד לכל אחת משישיות אלו של הפה פעם אחת בתקופת ביטוח.</p> <p>יודגש, כי במידה וקיימות 50% מהשיניים בשישית פה, תאושר לתשלום כל השישית פה במלואה.</p> <p>הטיפול כולל: אלחוש מקומי, תפרים, תחבושת פריודנטלית וכל הדרוש לביצוע וסיום משיע רצון של הטיפול. כמו כן כולל הטיפול, הסברה וייעוץ לפני ואחרי הטיפול בכלל זה הוצאת תפרים, מתן מרשמי תחפות ו/או תעודה רפואית ובקורת לאחר הטיפול.</p> <p>הטיפול יאושר רק כאשר קיימת תחלואה פריודנטלית ברקמות הרכות ורקמות התמיכה של השן המחייבת התערבות כירורגית וכאשר בוצע טיפול שמרני ועבר זמן של לא פחות מחודש מסיום טיפול זה לפני שנקבע הצורך בטיפול פריודנטלי.</p>	<p>2. כירורגיה פריודונטלית</p>
<p>הכיסוי מוגבל לשני טיפולים לשישית פה בתקופת ביטוח. יבוצע באישור מראש לאחר השלמת טיפולי הכנה והערכה ראשונית.</p>	<p>3. טיפולים בהחדרת תרופות מקומיות מכל סוג לכיסים פריודונטלים</p>
<p>שני טיפולים יכוסו בנוסף לכיסוי המשמר, בהפניית מומחה ובאישור מראש.</p>	<p>4. הסרת אבנית</p>
<p>מכוסה סד אחד לתקופת ביטוח לכל לסת כולל תחזוקה, מותנה בקבלת אישור מראש.</p>	<p>5. סד מחומר מורכב או אמלגם</p>
<p>באישור מראש, אחד לתקופת ביטוח כולל תחזוקה.</p>	<p>6. סד לילה</p>
<p>תאושר השתלת עצם או הרמת רצפת הסינוס כולל השתלת עצם, המבוצעת ע"י חפא מומחה, בקבלת אישור מראש, לאחר בדיקת CT ובהמלצת חפא יועץ.</p> <p>הטיפול יאושר לביצוע גם אצל כירורג פה ולסת.</p>	<p>7. הרמת סינוס והשתלת עצם</p>
<p>א. טיפולים הקשורים בשיפור האסתטיקה של שחזורים פחוטטיים.</p> <p>ב. טיפולים כירורגיים - פלסטיים מסוג ג'ינג'יפופלסטיקה.</p>	<p>8. טיפולים פריודונטלים לא מכוסים</p>

נספח הטיפולים המשקמים (פרוטטים המכוסים בביטוח)

יצוין כי כל הטיפולים והשירותים בנספח זה דורשים אישור מראש מהמבטח.

יש לסיים את כל הטיפולים המשקמים (עקירת, טיפולי שורש, סתימות, ניקוי אבן, וכו') לפני התחלת הטיפול הפחטטי. המבטח יכול שלא לבצע החזר בגין טפול משקם במידה וטיפולים משקמים רלוונטיים לתוכנית הטפול עדין לא הושלמו או בוצעו.

<p>המבטח יכסה הוצאות טיפולים משקמים (פחטטיים) למבטחים מעל לגיל 21.</p> <p>א. יכוסו טיפולים משקמים (פחטטיים), אשר הצורך בביצועם הוא תוצאה של עקירת וטיפול שורש בשיניים קבועות שבוצעו לפני ו/או אחרי תחילת תקופת הביטוח; או שאושח על יד המבטח.</p> <p>ב. מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, תכוסה החלפת שחזורים (כתרים, גשרים, מבנים יצוקים וישרים, תותבות חלקיות משלפות ותותבות שלמות) במידה וקיים צורך רפואי-דנטלי להחלפתם.</p> <p>ג. מבלי לגרוע מזכויות בעלי הפוליסה והמבטחים על פי חוזה זה על נספחיו, יכלול ביטוח השיניים כיסוי מלא עבור טיפולי העבר, ובכלל זה החלפת כתרים ע"ג שיניים טבעיות וע"ג שתלים, גשרים, מבנים תותבות קיימות מכל סוג ותיאור; ובכלל זה בשיניים שטפלו טיפול פחטטי לפני תחילת תקופת הביטוח.</p>	<p>1.</p>
<p>א. כל מבטח יהיה זכאי לשיקום מלא של כל אחת משיניו הקיימות או החסרות (להלן: "הזכאות").</p> <p>ב. כל מבטח יהיה תשאי לנצל את הזכאות לטיפולים הפרוטטיים בהתאם לפוליסה זו, פעם אחת בלבד במהלך תקופת הביטוח.</p> <p>ג. אולם, מבטח יהיה זכאי להחלפת שחזורים פחטטיים ששולמו ע"י המבטח/ המבטח הקודם לא לפני תום 18 חודשים מיום סיום הטיפול הפחטטי שעבר המבטח.</p>	<p>2.</p>
<p>את הטפול המשקם האמור בסעיף 1' א' ב' ו- ג' לעיל תשאי המבוטח לבצע אצל חפא שיניים כללי או אצל מומחה לשיקום הפה. ואולם למען הסר ספק, גובה ההחזר להוצאות שחזורים פחטטיים (כתרים, גשרים, מבנים, תותבות חלקיות ושלמות מכל סוג ותיאור) הינו אחיד לגבי הכסוי האמור בסעיף 1' א' ב' ו- ג' לעיל ועל פי המפורט בלוח החוזרים. לא יהיה החזר נוסף לטפול על ידי מומחה לשיקום הפה, או החזר בגובה שונה לכתרים אסטטיים (רנסנס לחגמא) או בכל מקרה שהוא.</p>	<p>3.</p>
<p>מבלי לגרוע מזכות המבוטחים לקבלת הכיסוי עפ"י נספח זה יצוין כי המבטח יהיה תשאי לקדז ו/או לגבות את הסכום ששולם על ידו, לחפא פרטי או מוסכם, בגין הטיפול החוזר מהרפא הפרטי או המוסכם שביצע את הטיפול הראשון.</p> <p>א. בכל מקרה לא תחול האחריות הן על המבטח והן על החפא בין אם הינו חפא הסכם ובין אם לא, אם התותבת ששולם עבורה על ידי החברה אבדה למבטח מסיבה כלשהי.</p> <p>ב. שתלים יבוצעו על ידי חפא מומחה בעל תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות בכיחוגית פה ולסת ו/או בפריודונטיה (ניתוחי חניכיים) בלבד.</p>	<p>4.</p>
<p>על החפא שבחסכם או שאינו בהסכם, להגיש תוכנית לאישור מראש של המבטח, והמבטח מתחייב להחזיר תשובתו לחפא בתוך 14 ימי עבודה.</p>	<p>5.</p>

<p>6.1 לצורך התביעה לתשלום יגיש חופא ההסכם או המבוטח (במידה והינו מטופל בידי חופא שאינו בהסכם), רישום מפורט של ממצאי הבדיקה בפה, אליו יצורפו צילום או צילומים פריאפיקלים בודדים (או סטטוס דנטלי) עדכניים אשר בוצעו בסמוך לכתיבת תוכנית הטיפול (לא יותר מאשר חודשיים לפני כן), ועוד לפני השחזת השיניים. המראים את רקמות התמיכה הגרמיות (העצם האלביאלרית) ואת חוד שורש השן (אפקס) של השיניים שיכוסו בכתרין בן אם בכתר בודד או בשן מאחזות (אבטמנט) בשג, וזאת בנוסף לטופס התביעה לתשלום, המפרט את מספר השן או השיניים המועמדות לשיקום, וסוג השחזור וכן יגיש צילומים של סיום הטיפול.</p> <p>6.2 לאחר עיון אצל המבטח יקבל המבוטח החזר מלא או חלקי בגין ביצוע הטיפולים. דחייה חלקית או מלאה תלווה בנימוקים מפורטים. להלן רשימת הטיפולים והשחרתים הדנטליים המכוסים במסגרת הביטוח והגדרתם.</p>	<p>6.6 נוהלי התביעה לתשלום</p>
<p>כתר או כתרים (ממתכת כלשהיא או מחרסניה (עם או בלי בסיס מתכתי) עם כבודדים או כיחידת בגשר על שיניים שבוצע בהם טיפול שורש לפני ו/או תחילת הפוליסה או שיניים בהן שבר כותרתי או חוסר חומר שן או מסיבה אחרת שאינה מאפשרת שחזור משמר או כיחידות בגשר בין אם השיניים המאחזות הן שיניים טבעיות ו/או כתרים שיש להחליפם.</p> <p>7.1 שיקום ע"ג שתלים:</p> <p>א. במקרה של כתרים ע"ג שתלים יאושר השיקום ע"ג השתלים ששלמו ואושח על ידי המבטח (כתרים ומבנים) ויאושח חלק ביניים אחד (כתר) תלוי בין שני השתלים, אחד לתקופת ביטוח.</p> <p>כמו כן, יאושר גשר קדמי בין שתלים גם אם יש צורך בשתי יחידות תלויות או יותר עפ"י המלצת הכירחג המטפל.</p> <p>ב. לא יאושח חלקי ביניים בשיקום בין שיניים טבעיות לשתלים.</p> <p>ג. תאושר תותבת על.</p> <p>ד. יאושח החלפות כתרים ומבנים ע"ג שתלים.</p> <p>7.2 הטיפול כולל את ההכנסה של התותבת לפה והשיניים לתותבת, עבודות המעבדה, מחיר החומרים והמתכת ושחזורים זמניים, הכנסת התותבת לפה, והתאמות הדרושות עד להשגת תוצאה משביעת רצון.</p> <p>7.3 תשלום עבור תותבת חלקית קבועה שפורטו לעיל כולל איזון מנשך, הדבקה זמנית וקבועה, הלחמות והתאמות נדרשות במשך 6 חודשים, לאחר הכנסת התותבת.</p>	<p>7.7 תותבת חלקית קבועה</p>
<p>תותבת מחומר כלשהו (אקריל, אקריל מחוזק ברשת מתכת או על בסיס קחם קובלט) שיכול המתרפא לשלפה מפיו ולחזור ליצבה במקומה.</p> <p>יכוסה תח"ל זמני מאקריל בעת עקירת שלוש שיניים או יותר. התח"ל יכוסה גם לפני ביצוע שתלים ו/או עקירת או אובדן שן/שיניים קדמיות (פלפי)</p> <p>8.1 הטיפול כולל הכנת הפה והשיניים לתותבת, תכנון התותבת, עבודות המעבדה, מחיר החומרים והמתכת, תשלומים לטכנאי, הכנסת התותבת לפה והתאמות הדרושות עד להשגת תוצאה משביעת רצון.</p> <p>8.2 תשלום התותבת - תשלום עבור הטיפולים שפורטו לעיל כוללים התאמות נדרשות במשך 6 חודשים לאחר הכנסת התותבת.</p> <p>8.3 כאשר קיים חוסר שיניים חד צדדי/דו-צדדי אחורי בלסת אחת (חוסר מוחלט של שיניים ללא אפשרות לביצוע גשר מחוסר שיניים מאחזות) ניתן לבצע תותבת חלקית נשלפת או שתלים ושיקום ע"ג השתלים.</p>	<p>8.8 תותבת חלקית נשלפת</p>

<p>8.4 אישור עבור תוספת ווים על שיניים טבעיות לצורך חיזוק תותבת חלקית להוצאה יינתן גם במידה והתותבת נתנה שלא במסגרת הביטוח.</p> <p>8.5 כאשר קיים אוסף חופשי בצד אחד של הלסת, יאושר גשר לשיקום הצד הנגדי של אותה הלסת, ללא חובת ביצוע השתלות בכפוף לתנאים המצטברים הבאים:</p> <ul style="list-style-type: none"> - המצב הפריודונטלי של השיניים המאוזנות אינו לקוי או מעורער. - לא קיים חוסר של למעלה מ- 8 שיניים בלסת זו. 	
<p>תותבת מאקריל אשר מכסה במלואה לסת חסרת שיניים (עליונה או תחתונה).</p> <p>9.1 הטיפול כולל את הטיפול במרפאה, עבודות המעבדה, מחיר החומרים ותשלומים לטכנאי, הכנסת התותבת לפה והתאמות הדחשות עד להשגת תוצאה משביעת רצון ואדפטציה של המתרפא.</p> <p>9.2 תשלום עבור התותבות שפורטו לעיל כולל ריפודים והתאמות נדרשות במשך 6 חודשים לאחר הכנסת התותבת.</p> <p>9.3 במקרה של עקירת של כל השיניים תכוסה תותבת שלמה זמנית, לפני ביצוע השתלים.</p>	<p>9. תותבת שלמה</p>
<p>תותבת חלקית נשלפת או קבועה שמתפקידה לשמור על מקום שן חלב שנעקרה בטרם זמנה, במטרה לשמור על המרווח עבור שן קבועה שתבקע בעתיד (ליילד עד גיל 12 בלבד). הטיפול כולל הכנת המכשיר, הוצאות המעבדה והטכנאי, הכנסת המכשיר לפה וכן טיפולים דחשים להכנת המקום והשיניים לקבלת "שומר מקום". הטיפול מחייב אישור מראש ע"י המבטח.</p> <p>לצורך האישור מראש של שומר מקום יש צורך בצילום רנטגן או במיפוי פה. ואולם שומר מקום יאושר רק במידה וישן החלב נעקרה במסגרת הביטוח והשן הקבוע אינה עומדת לבקוע בתוך 6-8 חודשים.</p>	<p>10. שומר מקום</p>
<p>הכסוי כולל את כל סוגי התיקונים כגון: תיקון שבר או סדק בתותבת. הוספת שיניים לתותבת חלקית נשלפת לשחזור שיניים שנעקרו.</p> <p>החלפה והוספת ווים שבורים בתותבת חלקית, ריפוד תותבת שלמה או חלקית נשלפת, וכו'.</p> <p>11.1 המבטח לא ישלם עבור ריפוד החלפת בסיס תותבת, תיקון או תוספת כל שהיא של תותבת חדשה (שלמה או חלקית) במשך 6 חודשים מיום הכנסתה לפה.</p> <p>11.2 ריפוד תותבת חלקית נשלפת או שלמה ששולם עבורה ע"י החברה - מוגבל לאחת לתקופת הביטוח ובכפוף לסעיף 13.1 לעיל.</p>	<p>11. תיקונים בתותבות חלקיות או שלמות</p>
<p>פין מוקד מראש או יצוק ממתכת אצילה או חצי אצילה לחיזוק שן שעברה טיפול שורש או על גבי שתל.</p> <p>1. מבנה יצוק ממתכת חצי אצילה.</p> <p>2. מבנה טרומי - מבנה ישיר (בורג כגון: דנטוס פרהפוסט וכדומה).</p> <p>3. מבנה על גבי שתל, כפי שיתמחר בלוח ההחזרים</p>	<p>12. מבנה</p>

בנוסף לכיסיים הרגילים של הביטוח המשקם יכוסו הוצאות החלפת שחזורים בתנאים כדלקמן:

1. בכל מקרה בו נעקרה שן מאחזת לגשר, יאושר הגשר החדש כולו, בלבד שמספר יחידות הגשר התלויות לא יעלה על 4 שיניים, ומספר המאחזות לא יעלה על למען הסר ספק, בכל מקרה של בקשה להחלפת שיחזור, הן כתוצאה מעקירת שן, הן מסיבות פריודנטליות והן מסיבות רפואיות אחרות תאושר ע"י המבטח החלפת השיחזור במלואו.
2. החלפת שיחזור קיים, תאושר גם אם לא נעקרה שן או שיניים, במידה וקיים צורך רפואי, החלפת גשר למטרה אסטטית-קוסמטית אינה מכוסה.
3. החלפת תותבת חלקית נשלפת לתותבת שלמה, בעקבות עקירת שיניים תאושר בכל מקרה.
4. החלפת תותבת חלקית נשלפת בתותבת חלקית נשלפת חדשה, תאושר בכל מקרה בו אין אפשרות לתיקון התותבת הקיימת על ידי ריפוי, חיידוש בסיס תותבת, הוספת שיניים או וויס, ולא כל תיקון מעבדתי אחר אשר יביא את התותבת הקיימת למצב תקין ושמיש.
5. החלפת מבנה ישיר או יצוק תאושר אך ורק כאשר הופיע תהליך עששתי הנראה בצילום רנטגן, סביב המבנה הקיים, או כאשר בוצע חיידוש טיפול שורש, שאושר ושולם על ידי המבטח.
6. החלפת כתר או גשר תאושר בפילת חיפוי כתר/גשר וחשיפת מתכת השיחזור שאינו ניתן לתיקון סביר, מעבדתי או אחר ובחשיפת שולי כתר או כתרם בשל נסיגת חניכיים או לאחר טיפול או ניתוח חניכיים שאינה ניתנת לתיקון בטיפול משמה.
7. החלפת כתר או גשר תאושר במידה ומתכת הבסיס נשברה.
8. יאושר החלפות כתרם ומבנים ע"ג שתלים.
9. מבטח יהיה זכאי להחלפת שחזורים פחטטים ששולמו ע"י המבטח/המבטח קודם לא לפני תום 18 חודשים מיום סיום הטיפול הפחטטי שעבר המבטח.

- 14.1 שחזורים זמניים (למשל כתרם וגשרים זמניים) כלולים בהחזר בגין השחזור הקבוע, ולא יכוסו בנפרד בכל מקרה, למעט תח"ל אקריל זמני, תותבת שלמה או פליפר לפני ביצוע שתלים ולא בעקירת שיניים קדמיות.
- 14.2 תותבת חלקית קבועה (גשר או כתר) תשולם רק פעם אחת לכל שן בתקופת הביטוח, למעט החלפת שחזורים כמוסכם. המבטח לא ישלם עבור תותבת ששולם עבורה על ידי החברה ואשר אבדה למתראפא מסיבה כלשהיא.
- 14.3 המבטח ישלם עבור שן מאחזת אחת מכל צד של מחווח שיניים חסרות וכן עבור כל השיניים התלויות (המשלימות את המרווח החסר). למעט תוספת של מאחזת נוספת באישור ההפא יועץ
- 14.4 טיפולים בעקבות חבלה אשר נגרמה בקטטה בזדון או בתאונת דרכים או תאונת עבודה אינם מכוסים.
- 14.5 לא מכוסה גשר כאשר המצב הפריודנטלי (מצב תקמות התמיכה) של השן המאחזת לקוי או מעוררה. במקרה כזה יופנה המבטח קודם כל לטיפול (מכוסה) אצל מומחה לטיפול חניכיים (פריודונט), ורק לאחר סיום הטיפול ואישוח על יכולת השן המאחזת לשאת בנטל הגשר יאושר הטיפול וישולם.
- 14.6 לא מכוסה גשר כאשר קיים חוסר של יותר מ- 4 שיניים ומעלה ברציפות (פרט לאזור קדמי כאשר חסרות שיניים 42-32, 22-12). במקרה זה יכול המבטח לבצע השתלה בכפוף לבספח ההשתלות הכיורגיות או לחילופין לבצע תותבת חלקית נשלפת.

<p>14.8 הכסוי בתותבת חלקית נשלפת על בסיס כרום קובלט הינו לתותבת כולל ויום על שיניים מאחזות. מכוסים כתרים שיתמכו במצמדים</p> <p>14.9 יכוסו שני מחברים מדויקים אחת לתקופת ביטוח.</p> <p>14.10 יכוסו שני כתרים טלסקופים אחת לתקופת ביטוח.</p> <p>14.11 טיפול משקם פחטטי כתוצאה מעקירת שן חלב ולא חוסר מולד של שיניים, מכוסה.</p> <p>14.12 מכוסים כתרים בשיניים שעברו שחיקה, באישור מראש של המבטח והיועץ הרפואי.</p> <p>14.13 מכוסות תותבות המשמשות להגבהת vertical dimension.</p>	
<p>ניתוח הארכת כותרת יכוסה רק כאשר קיים צורך רפואי דנטלי.</p> <p>הכיסוי מוגבל להארכת כותרת אחת לשן בתקופת ביטוח ומותנה באישור מראש של המבטח.</p>	<p>15. הארכת כותרת</p>

נספח טיפולים אורתודונטיים (יישור שיניים)

1. שרותים וטיפולים דנטליים הנכללים במסגרת "ביטוח טיפולים אורתודונטיים"

המבטח יכסה הוצאות טיפולים אורתודונטיים (יישור שיניים) מכוסים כמפורט בנספח זה (ב' 4) ועד לסכום תקרת ההחזר הנקוב בנספח ג' ובכפוף להגשת תוכנית טיפולים לאישורה המוקדם כקבוע בפוליסה על ידי המבטח, וכמפורט להלן:

2. נוהלי בקשת "אישור מראש ותביעה לתשלום"

<p>מבוטח שצריך לקבל טיפול אורתודנטי כפי שפורט לעיל חייב לקבל "אישור מראש" לביצוע הטיפול לפני שיבצע טיפול אורתודנטי כלשהוא אותו זכאי המבוטח לקבל במסגרת הביטוח, ועבורו הוא עשוי לבקש החזר כספי.</p>	<p>2.1</p>
<p>אין להתחיל בטיפול אורתודנטי לפני קבלת אישור החברה.</p>	<p>2.2</p>
<p>לצורך האישור מראש יגיש חפא ההסכם או המבוטח (במידה והינו מטופל בידי חפא שאינו בהסכם), רישום מפורט של ממצאי הבדיקה בפה, אליו יצורפו צילומים עדכניים שבוצעו בסמוך לכתבת תוכנית הטיפול (לא יותר מאשר חודשיים לפני כן).</p>	<p>2.3</p>
<p>לאחר עיון אצל המבטח יקבל המבוטח אישור מהמבטח לביצוע מלא או חלקי של תכנית הטיפולים המוצעת. באישור יפורט גם סכום ההשתתפות העצמית שיהיה עליו לשלם ישירות לחפא המוסכם או תקרת ההחזר אצל חפא פרטי. החלטת החברה תשלח לחפא המוסכם והעתק למבוטח או למבוטח בלבד (במקרה של תביעה בגן טיפול אצל חפא פרטי). המבטח מתחייב להשיב למבוטח על פנייתו תוך 14 ימי עבודה מיום קבלת המסמכים הנדרשים.</p>	<p>2.4</p>
<p>במקרה של צורך בבחרים נוספים, או במקרה של אישור חלק מתכנית הטיפול ואי אישור חלק אחר, או במקרה של דחית ההצעה תשלח על כך הודעה מפורטת למבוטח, עם העתקים לחפא המטפל, במידה והטיפול יבוצע ע"י חפא הסכם</p>	<p>2.5</p>
<p>בתום הטיפול הן אצל "חפא הסכם" והן אצל "חפא שאינו בהסכם" על המבוטח לצרף לתביעה צילומים המראים כי אכן בוצע הטיפול.</p>	<p>2.6</p>

<p>יכול המבטח להפנות את המבוטח לצורך התייעצות אצל חפא יועץ מטעמו לפני קבלת החלטה בעניין ה"אישור מראש"; וזאת בתאום עם היועץ הרפואי של המבטח.</p>	<p>2.7</p>
<p>במקרים חריגים באזורים בהם לא ניתן לפנות לחפא יועץ כאמור, יוכל המבוטח, באישור בכתב מהחברה, לשלוח צילום פנורמי + צילום צפולמטרי + מטבעי לימוד אלו יועבו על ידי החברה לחפא יועץ אורטודנט מטעמה, אשר יחווה דעתו גם בלי בדיקה של המבוטח.</p>	<p>2.8</p>
<p>הטיפול שאושר צריך להסתיים בתוך פרק זמן סביב בדרך כלל תוך שנה וחצי מיום קבלת האישור לטיפול מהחברה, אלא אם כן העיכוב בסיום הטיפול נבע מאי הופעתו של המתרפא לטיפול או בשל סיבה מתקבלת על הדעת.</p>	<p>2.9</p>
<p>תוקף האישור מראש יפוג לאחר ששה חודשים במידה ולא החלו בטפול מסיבה כלשהיא, ולאחר 18 חודש במידה והחלו בטיפול. לאחר 18 חודש מיום הוצאתו יהיה על המבוטח לבקש הארכת תוקף האישור. החברה עשויה לבקש הסבר לסיבות שהביאו לאי השלמת הטיפול בתוך פרק זמן זה.</p>	<p>2.10</p>
<p>3</p>	
<p>החברה המבטחת תשלם החזרים בגין טיפול אורטודונטי בגובה שלא יעלה על האמור בלוח הגמלאות וזאת על פי התנאים הבאים:</p>	
<p>טיפול אורטודונטי יכוסה רק במידה ולקוי הסגה, מצב המנשך והסגר ניתנים לתיקון על פי הקריטריונים שיפורטו להלן.</p>	<p>3.1</p>
<p>הטיפול יאושר ויכוסה רק אם הוא ניתן על ידי חפא מומחה, בעל תעודת מומחיות באורטודונטיה (יישור שיניים ולסתות) מטעם משרד הבריאות או, אצל חפאים ששמותיהם מופיעים ברשימת החפאים המומחים ואשר הוסכם עליהם בין היועצים הרפואיים של המבטח והקבוצה המבטחת.</p>	<p>3.2</p>
<p>גיל המבוטח המטופל אינו עולה על 21 שנים. יישור שיניים למבוטחים מבוגרים יותר - אינו מכוסה</p>	<p>3.3</p>
<p>4</p>	
<p>עקירת שן או שיניים למטרה אורטודנטית תשלם.</p>	
<p>5</p>	
<p>יכוסה צילום פנורמי נוסף בהפניית חפא שיניים מומחה ליישור שיניים אחת לשנתיים לא יותר מפעמיים בתקופת ביטוח כאמור בסעיף 2.10.</p>	
<p>6</p>	
<p>יכוסו צילומי פנים בהפניית חפא מומחה ליישור שיניים אחת לתקופת ביטוח באישור מראש.</p>	
<p>7</p>	
<p>תכוסה אנליזה ממוחשבת אחת לתקופת ביטוח עם קבלת אישור מראש.</p>	
<p>8 חריגים</p>	
<p>הכיסוי הינו לטיפול אורטודונטי אחד לילד לתקופת ביטוח ולא יכוסה טיפול חוזר בין אם הוא נובע מטיפול לא מוצלח ובין אם כתוצאה משינויים לאחר טיפול (RELAPSE) כשל טיפולי באחריות החפא מבצע הטיפול.</p>	<p>א</p>

ב.	אין כיסוי למכשיר אורטודונטי זמני כלשהוא למעט מכשיר קבוע אחד בלבד. למעט מקרים בהם יש צורך בחר בטיפול דו-שלבי.
ג.	בכל מקרה בו הוחל בטיפול האורטודונטי לפני המועד הקובע לא ינתן כל כיסוי על ידי המבטח.
ד.	כסוי לטיפול אורטודונטי לתיקון מרווח בין שיני החזית העליונות - דיאסטמה (DIASTEMA) מעל 3 מ"מ יתוקן.
ה.	אין כסוי לטיפול אורטודונטי למטחת אסטטיות (צפיפות הפחותה מ- 4 מ"מ).
ו.	אין כסוי לטיפול אורטודונטי לתיקון מרווחים הפחותים מ- 4 מ"מ ו/או העולים על 4 מ"מ אך אינם מלווים בהפרעה פונקציונלית.
ז.	הביטוח לא יכסה טיפולים אשר הצורך בהם נגרם על ידי חבלה מסוגת שגרם המבטח לעצמו, או על ידי קטטה. המבטח שומר לעצמו את הזכות לבדיקה שנתית של התקדמות הטיפול אצל המבטח, על מנת לקבוע צורך להמשיך הטיפול. לשם כך יופנה המבטח לחפא-יועץ אורטודונטי לבדיקה. מבטח שלא יופיע לבדיקה יופסק התשלום בגין הטיפול בו לאלתר. במקרים חריגים בהם יש הפרעה אסטטית, למרות שאינם עונים לדרישות הסף אלא, יהיה בסמכות הרופא היועץ לאשר הכיסוי (לדוגמא: צפיפות או רווח של 3 מ"מ המחזים בין שתי שיניים קדמיות).

נספח הטיפולים הכירורגיים של השתלות שיניים

השתלות יכוסו למבטחים מעל גיל 21 בלבד

1. כללי

טיפול כירורגי של שתלים להלן "השתלה" יכוסה רק במידה ומצב העצם, הרקמות הרכות, מצב המנשך והסוג ניתנים לטיפול על פי כל אמות המידה שיפורטו להלן.
החברה המבטחת תשלם החזרים בגין השתלה בגובה שלא יעלה על האמור בלוח ההחזרים, וזאת על פי התנאים הבאים:

1.	כל הטיפולים והשיחתים הכירורגיים של השתלות שיניים יבוצעו רק על ידי חפאים מומחים בכירורגית פה ולסת או בפריודונטיה, בעלי תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות לעסוק כמומחים בתחומים האמורים לעיל.
2.	במידה ויש מעורבות של מחלה פריודונטלית יופנה המבטח לקבלת חוות דעת של פריודונט מומחה מוכר על ידי משרד הבריאות.
3.	מבטח שצריך לקבל טיפול כירורגי של השתלה חייב לקבל "אישור מראש" לביצוע הטיפול הכירורגי של ההשתלה בפיו. עליו לעמוד בכל הקריטריונים הרפואיים - דנטליים הנדרשים לביצוע השתלה כפי שיפורטו להלן.
4.	בוטל.
5.	בתוך 14 ימי עבודה מקבלת החומר יקבל החפא המטפל (במקרה של חפא הסכם) או המבטח (במקרה של טפול אצל חפא שאינו בהסכם) אישור מהמבטח לביצוע ההשתלות במלואן או בחלקן, במידה והינן עומדות בקריטריונים שנקבעו בנספח זה.

<p>יכול המבטח להפנות את המבוטח לצורך בהתייעצות אצל חפא כחורג מטעמו, וזאת בתאום עם היועץ הרפואי של המבוטח.</p>	<p>6.</p>
<p>המספר המקסימלי של שתלים לאדם לתקופת ביטוח עומד על 8 שתלים לכל הפה בכפוף לתנאי נספח זה. בפניה לחפא הסכם סכום ההשתתפות עצמית של המבוטח בטפול כירורגי של השתלה מפורט בלוח ההחזרים לטפולים כירורגיים של השתלות (נספח ג').</p>	<p>7.</p>
<p>שתלים יכוסו עפ"י תנאי נספח זה פעם אחת בתקופת ביטוח.</p>	<p>8.</p>
<p>החפא המומחה שבהסכם או שאינו בהסכם יגיש תוכנית לאישור מראש של המבטח, והמבטח מתחייב להחזיר תשובתו לחפא בתוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת הבקשה לאישור במשרדי המבטח, כאמור בהסכם הביטוח.</p>	<p>9.</p>

הטיפולים המכוסים במסגרת השתלות דנטליות

1. בדיקה והערכת תכנית טיפול

רישום מלא של הממצאים הדנטליים והאורוליים: רישום מצבים כללים הנוגעים לבריאות הכללית של המתרפא ואשר עשויה להיות להם השלכה על הטיפול הדנטלי-כירורגי, רישום מצב הפה ומלוי הטופס לתכנית הטיפולים. בקורת לאחר טיפול כירורגי (POST SURGICAL) אינה נחשבת כבדיקה לצורך תשלום. כסוי המבטח מוגבל לבדיקה אחת בתקופת הביטוח.

2. כירורגיה של שתלים

במקום כל שן/שיניים חסרות שנעקרה/נעקרו לפני תקופת הביטוח ו/או בתקופת הביטוח, יהיה המבוטח זכאי להשתלה כירורגית של שתל שן לרקמת העצם והחניכיים. הגבלת המבוטח הינה ל 8 שתלים לתקופת הביטוח, וזאת על פי הקריטריונים שהותוו בסעיפי נספח טפולים זה - השתלת שיניים.

הטיפול כולל: אלווש מקומי, הפשלת מטלית רקמה רכה, הכנסת השתל/שתלים תפרים, תחבושת פריודונטלית. וכל הדורש לביצוע וסיום משיביע רצון של הטיפול. כמו כן כולל הטיפול חשיפה של השתל לאחר פרק זמן שנקבע להתאקלמות וקליטה בעצם והכנתו לתחילת הטיפול הפחטטי העוקב. הטיפול כולל גם הסברה ויעוץ לפני ואחרי הטיפול בכלל זה הוצאת תפרים, בקורת ביניים, טיפולי חיחום הקשורים בתהליכי החלמה של השתלים, מתן מרשמי תרופות ו/או תעודה רפואית ובקורת לאחר הטיפול.

המבוטח זכאי לטיפול כירורגי של השתלת שיניים על פי התנאים הבאים:

1. שתלים במקרה של חוסר שיניים מוחלט בלסת יאושוש עד 4 שתלים ללסת. שתל חמישי יאושר על פי החלטת היועץ הרפואי של בעל הפוליסה.
2. מספר השתלים שיאושר בפועל יהיה לפי מצב הרקמות בלסת, ובשום מקרה לא יעלה על המקסימום של 8 שתלים למבוטח לתקופת ביטוח.
3. מבטח שבפיו תותבות שלמות/חלקיות יהיה זכאי לביצוע שתלים לא לפני תום 18 חודשים מיום סיום הטיפול הפחטטי (תותבות שלמות/חלקיות) שביצע המבוטח.

3. החרבות

<p>אין כסוי לשתלים שבוצעו שלא על ידי מומחה לכירורגית פה ולסת או פריודונט מומחה.</p>	<p>א.</p>
<p>הכיסוי מוגבל ל-8 שתלים לתקופת הביטוח.</p>	<p>ב.</p>
<p>לא ישולם עבור השתלת שיניים שהוחל בה לפני שהביטוח נכנס לתוקפו, למעט שתלים שאושח במסגרת הכיסוי הביטוחי הקודם, עליהם יכוסה שיקום על פי הוראות הסכם זה.</p>	<p>ג.</p>

<p>בלסת בה אושח שתלים, ושיקום על גבי שתלים, לא יהיה כסוי להוצאות בגין תותבת חלקית נשלפת או שלמה בנוסף לכסוי הוצאות שיקום על גבי שתלים כאמור בנספח הכסוי הוצאות טיפולים משקמים ושיקום על גבי שתלים למעט תותבות מיידיות לאחר עקיחת.</p>	<p>ד.</p>
<p>צילום CT מכוסה באישור מראש, ורק לאחר קבלת אישור מהמבטח לביצוע השתלים.</p>	<p>ה.</p>
<p>4. החלפת שתלים</p>	
<p>מבוטח יהיה זכאי להחלפת שתלים ששולמו ע"י המבטח/מבטח קודם לא לפני תום 18 חודשים מיום סיום ביצוע השתל/שתלים שביצע המבוטח. תאושר החלפת שתל בתנאי שרפואית ניתן להחליפו. יודגש, כי לא תאושר השתלת עצם ו/או הרמת סינוס באזור בו אושרה החלפת השתל</p>	<p>א.</p>
<p>במצב בו לא ניתן רפואית להחליף שתל, אזי תאושר תוכנית טיפול חלופית עפ"י תנאי הפוליסה, כשכל מקרה ייבדק לגופו ע"י היועץ הרפואי ובעל הפוליסה.</p>	<p>ב.</p>
<p>5. שיקום על גבי שתלים</p>	
<p>במידה וניתן לבצע תח"ק, תח"ל הבחירה לסוג השיקום בין גשר לבין שיקום ע"ג שתלים - בידי המבוטח.</p>	
<p>6. הוראות כלליות</p>	
<p>נכלל במחיר הטיפול.</p>	<p>א. אלחוש מקומי</p>
<p>במקרים חריגים בלבד תכוסה הרדמה כללית בבית חולים מוכר ובקבלת אישור מראש כשגובה ההחזר יהיה 75% מהוצאות ההרדמה.</p>	<p>ב. הרדמה כללית</p>
<p>תרופות אשר על המבוטח לקחת לפני, במשך או אחרי הטיפול - אינן נכללות במסגרת הביטוח והוצאותיהן חלות על המבוטח.</p>	<p>ג. תרופות</p>

ביטוח שינויים - טופס כללי

ציון המספר במטבח התאמה לסיבת פנייתך - יש למלא טופס נפרד לכל סוג פניה.

← **סוג הפניה**

1	2	3	4
---	---	---	---

התיאור/תקנה לאישר תואש (הביעה פרטית להשלום) (הביעה הסבת להשלום) (גידור/עיוור)

← **פרטי המבוטח**

שם פרטי ומשפחה: ת.ו.:

← **פרטי השכון בנק (בתביעה פרטית בלבד) - נא לצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון**

שם בעל החשבון: ת.ו.:

← **פרטי שירותי אחרים**
(אילומי רנטגן, בדיקה, הסרת אנגיית, ניתוח תזכיות)

שם חסות/מטרה/סבתי/רשת: מס רישון חסות/מטרה: חסות/מטרה/מסות

מס חסות/מטרה/סבתי/רשת: מס רישון חסות/מטרה/מסות

← **פרטי פוליסה**

שם פוליסה: מס פוליסה:

← **פרטי המבוטח**

שם פרטי ומשפחה: ת.ו.:

← **פרטי המבוטח**

שם פרטי ומשפחה: ת.ו.:

← **פרטי פוליסה**

שם פוליסה: מס פוליסה:

← **פרטי חסות/מטרה**

שם חסות/מטרה/סבתי/רשת: מס רישון חסות/מטרה/מסות

מס חסות/מטרה/סבתי/רשת: מס רישון חסות/מטרה/מסות

← **פרטי המבוטח**

שם פרטי ומשפחה: ת.ו.:

← **פרטי השכון בנק (בתביעה פרטית בלבד) - נא לצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון**

שם בעל החשבון: ת.ו.:

← **פרטי המבוטח**

שם פרטי ומשפחה: ת.ו.:

← **פרטי השכון בנק (בתביעה פרטית בלבד) - נא לצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון**

שם בעל החשבון: ת.ו.:

לסת עליונה		לסת תחתונה	
Right מס' שיניים	מטבח מתנה	מחיר הטיפול/הדרוש/מאצ	מחיר הטיפול* מטבח
11	51		
12	52		
13	53		
14	54		
15	55		
16			
17			
18			

לסת עליונה		לסת תחתונה	
Right מס' שיניים	מטבח מתנה	מחיר הטיפול/הדרוש/מאצ	מחיר הטיפול* מטבח
21	61		
22	62		
23	63		
24	64		
25	65		
26			
27			
28			

לסת עליונה		לסת תחתונה	
Right מס' שיניים	מטבח מתנה	מחיר הטיפול/הדרוש/מאצ	מחיר הטיפול* מטבח
31	71		
32	72		
33	73		
34	74		
35	75		
36			
37			
38			

* בתביעה פרטית יש לציון את העלות ותאריך הסיום של כל טיפול בנפרד.

הצחת המבטוח/ה	
תחילת ההפאה/ה	תאריך
<p>אסא/מזפאת הסכב: בחתימתו הר"י מאשר, כי האצתי לבצע ולאו יביעתי את הטיפול המפורטים, למבטוח פרטי או צויים לעיל, והבנתי מאשר נבנות הרישום בטופס זה. אסא/מזפאת שאינם בהסכב: בחתימתו הר"י מאשר, כי האצתי לבצע ולאו יביעתי הטיפול שפורטו בטופס זה וקבלתי עבורם את הסכומים הנקובים בהתאם לחשבונית מס מקורית המצורפת.</p>	

הצחת המבטוח/ה

אסא/מזפאת הסכב:
 בחתימתו הר"י מאשר, כי האצתי לבצע ולאו יביעתי את הטיפול המפורטים, למבטוח פרטי או צויים לעיל, והבנתי מאשר נבנות הרישום בטופס זה.
 אסא/מזפאת שאינם בהסכב:
 בחתימתו הר"י מאשר, כי האצתי לבצע ולאו יביעתי הטיפול שפורטו בטופס זה וקבלתי עבורם את הסכומים הנקובים בהתאם לחשבונית מס מקורית המצורפת.

3.3. ציין את פרטי חשבון הבנק אליו הגר מבקש לקבל החזר, בצירוף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.

- יש למלא את כל השדות בחלונת זו.
- ללא ציון פרטי חשבון הבנק, יועבר התשלום לחשבון הבנק האחרון אליו הועברו כספים בפרק זמן של עד שנה, כפי שמופיע בתערכות הפניקס.
- לא ניתן לקבל החזר באמצעות צ'ק.

4. בחלונת "פרטי אסא/מזפאת" -

- חובה לציין פרטים מלאים של הרופא המטפל כולל מס' השייון.
- שים לב! בעת הגשת בקשה לאישור או תביעה לטיפול המחוייבים על פי הפוליסה להעשות על ידי מומחה, חובה לצרף חותמת מומחה.
- על הרופא המטפל לחתום במקום המיועד לך בגב הטופס.
- יש למלא את כל השדות בחלונת זו.

5. בחלונת "סוגי טיפול דרשנים לביצוע/בוצעו" - בעת הגשת תביעה יש לציין את עלות הטיפול הספציפי ותאריך גמר הטיפול, לכל טיפול בנפרד.

6. בחלונת "טיפולים אחרים" - יש לפרט כל טיפול שלא ניתן לשייך לטן ספציפית (הסרת אבנית, צילום כנורמי / סטטוס וכדומה).

7. חלונת "הערות רעור/בירור" - נועדה לכתובת מלל חופשי ע"י רופא השיניים.

הצחת המבטוח/ת	
תחילת המבטוח/ת	תאריך
<p>בחתימתו הר"י מוחות'ת על סודיות רפואית כלפי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" זה אני מבטוח'ת בפוליסת ביטוח שיניים ומורה ומורה לנסות לפניקס כל מידע מהתקן הרפואי ולא הרשומה הרפואית מכל מוסד, הנוהג לה לטיפול בפניתי. אין לי ולעתידי, טענות ולא תביעות כלפי מוסד כל שהוא, בין בקשתו זו. תביעה פרטית: מוצהר ומסכים באותי כי זכויותי חשבון הבנק, בהתאם לפרטים שנמסרו לחברה או לקבלת המחאה, ישמשו כאישור לקבלת סכום התביעה וסילוקה הסופי.</p>	

הנחיות והוראות חשובות

לחשבות ליבך

- טופס זה הוא רב תכליתי ומשמש בכל פעם רק לאחת מן המטרות

המצוינות בו:

- התייעצות/ בקשה לאישור מראש.
- תביעה פרטית לתשלום.
- תביעת הסכב לתשלום.
- בירור/רעור.

- מומלץ לשמור העתק של הטופס לצורך בירורים.

- טופס זה אינו משמש לצורך בדיקה פרויזונסלית (מחלות חניכיים) ואינו משמש לצורך בדיקה אורתודונטית (יישור שיניים). בשני המקרים יש להגיש טופס נפרד בחתימת המומחה לפריוזונטיה או אורתודונטיה בהתאמה.

- שתיים ניתן לבצע ע"י כירורג פה ולסת ולא פרויזונט (מומחה לחניכיים) בלבד.
- טיפול פרויזונטלי ניתן לבצע ע"י פרויזונט בלבד.

הנחיות כלליות לחילוי הטופס

- בחלונת "סוג הפניה" - יש למלא טופס נפרד לכל סוג פניה ולסמן את סוג הפניה המבוקשת.
- בחלונת "פרטי מבטוח" - חובה לציין מס' תעודת זהות בנוסף לציון שם ומשפחה.
- בחלונת "פרטי חשבון בנק" -
 - יש למלא עדה זה רק בעת הגשת תביעה פרטית.

טופס בדיקה למטופלים פריודנטליים

← פרטי מקבל הטיפול

שם פרטי										שם משפחה									
ת.ד.										מקום העבודה									
מס' פוליסה																			

← ממצאי בדיקה לפני כל טיפול

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| סימני דלקת G.I. = 0 בריא | 1 - דלקת קלה אין דמום | 2 - דלקת בינונית, דמום בבדיקה | 3 - דלקת חמורה, דמום ספוגני |
| אבוד עצם | 0 - בריא | 1 - התחלתי | 2 - מתקדם |
| תזוזת השן | 2 - תזוזת הריוזנטלית | 3 - תזוזת ורטיקלית | |
| אבחנות | 0 - אין בעיה פריודונטלית | 1 - גנגיטיס | 2 - פריודונטיטיס התחלתית |
| | 3 - פריודונטיטיס מתונה | 4 - פריודונטיטיס מתקדמת | |
| אבנית | 0 - אין | 1 - התחלתי | 2 - בינוני |
| | | | 3 - רבה |

עומק כיסים יש לסמן עומק הכיס הגדול ביותר מסביב לשן מעל 4 מ"מ. יש לסמן ב-X את השן החסרה.

← לסת עליונה

טיפול מונע																
אבוד עצם	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
G.I.	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
אבנית	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
תזוזת השן (2)																
עומק הכיסים (3)																
מספר השן	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

← לסת תחתונה

מספר השן	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
עומק הכיסים																
תזוזת השן (2)																
אבנית (3)	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
G.I.	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
אבוד עצם	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
טיפול מונע																

לאור הנ"ל המתרפא סובל מ_____

← פרטי הרופא

שם פרטי				שם משפחה				מס' רישון רופא				מס' רישון מומחה			
רחוב				מס' בית				עיר				מיקוד			
טלפון															
תאריך												<input checked="" type="checkbox"/> חתימה וחוממת			

טופס בדיקה אורטודנטית לצורך קבלת אישור לתוכנית טיפול

← פרטי הנבדק

שם פרטי		שם משפחה		ת.ד.	
רחוב	מס' בית	עיר	מיקוד	טלפון	תאריך לידה

← פרטי הרופא

שם פרטי		שם משפחה		מס' רשיון רופא		מס' רשיון מומחה	
רחוב	מס' בית	עיר	מיקוד	טלפון	תאריך		
<input checked="" type="checkbox"/> חתימה וחוממת							חתימה וחוממת

← מחצאי הבדיקה

CLASS I	CLASS II	CLASS III	יחס מולרים
מ"מ	מנשר פתוח	מ"מ	יחס עובר אנכי
מ"מ	מנשר מספרים	מ"מ	צפיפות בלסת עליונה
מ"מ	מנשר מספרים	מ"מ	מנשר הפוך קדמי
מ"מ	מנשר מספרים	מ"מ	רווחים לסת עליונה
מ"מ	מנשר מספרים	מ"מ	רווחים לסת תחתונה
מ"מ	מנשר מספרים	מ"מ	שיניים לסת עליונה
מ"מ	מנשר מספרים	מ"מ	שיניים לסת תחתונה
מ"מ	מנשר מספרים	מ"מ	שיניים כלואות
מ"מ	מנשר מספרים	מ"מ	פרופיל
מ"מ	מנשר מספרים	מ"מ	סיכום האבחנה
מ"מ	מנשר מספרים	מ"מ	תוכנית טיפול
מ"מ	מנשר מספרים	מ"מ	מיכשור

← אישור התוכנית

שם המאשר	סוג האישור	תאריך האישור
הערות		
<input checked="" type="checkbox"/> חתימה וחוממת		
חתימה וחוממת		

← הוראות לרופא

- אין להתחיל את הטיפול האורטודנטי ללא קבלת אישור בכתב מהמבטח.
- יש למלא בדיוקנות את טופס הבדיקה.
- יש לצרף לטופס הבדיקה סט צילומים אורטודנטיים.

טופס הצטרפות - ביטוח הוצאות רפואי שיניים - עובדים ובני משפחה חברת החשמל

שם העובד/ת	מס' פוליסה	שם הקולקטיב

הנני עובד חברת חשמל מבוטח בביטוח מבקש לצרף את בני משפחתי לביטוח הוצאות רפואי שיניים קבוצתי לעובדי חברת חשמל ובני משפחותיהם באמצעות "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" למסלול: **ביטוח קולקטיבי חשמל עד ל-31.12.2012**.
ניתן להצטרף עד 31.03.2011

פרטי המועמדים לביטוח									
מבוטח ראשי	שם משפחה		שם פרטי		ת.ד.		ד / ב		תאריך לידה
ב/בת זוג	שם משפחה		שם פרטי		ת.ד.		ד / ב		תאריך לידה
כתובת	רחוב	מס	עיר	מיקוד	טל בבית	טל בעבודה	טל נייד		
	שם הילדה		ת.ד.		ד / ב		תאריך לידה		
שם הילדה		ת.ד.		ד / ב		תאריך לידה			
שם הילדה		ת.ד.		ד / ב		תאריך לידה			
שם הילדה		ת.ד.		ד / ב		תאריך לידה			

תקופת הביטוח									
מ- 0	1	1	2	1	2	ועד 3	תאריך תחילת הביטוח		
ידוע לי, ואני מסכים כי תקופת הביטוח הינה עד 31.12.2012 מיום תחילתו (להלן "תקופת הביטוח") וכי לא אהיה זכאי לנטל את הביטוח ו/או להפסיקו לפני תום תקופת הביטוח.									

הצהרת המבוטח
ידוע לי ואני מסכים כי לשם שיפוי בגין הוצאות טיפול שיניים, אפעל אך ורק בהתאם להוראות פוליסת הביטוח לרבות בנושא שיפוי כספי בגבולות הפוליסה, השתתפות עצמית, אבחנה בין רופא שיבחר על ידי מרופאי ההסכם של הפניקס לבין רופא פרטי שיבחר על ידי, ואנכי מודש בקבלת אישור מוקדם לטיפולם משקמים, חניכיים, השתלות, שיקום ע"ג שתלים וחדוש טיפול שורש.
מוסכם ומוצהר כי הפסקה בתשלומי פרמיות הביטוח מכל סיבה יגרמו מיידית להפסקת זכאותי להחזר ו/או שיפוי הוצאות טיפול שיניים במסגרת פוליסה זו.

ויתור על סודיות רפואית
הנני מוותר/ת בשמי ובשם ילדי, כאפוטרופוס טבעי שלהם ובשם בן/בת זוגי כשלוח שלו/ה, על הסודיות הרפואית ומייפה את כוחה של "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" לקבל בשמי ובשם ילדי כל מידע רפואי מכל רופא וכל מוסד רפואי לרבות בתי חולים ו/או קופות חולים ו/או ביטוח לאומי ו/או מי מטעמם ו/או משרד הבטחון ו/או כל עובד בתחום הסוציאלי או הסיעודי. (להלן המוסדות הרפואיים). הנני משחרר/ת את הרופאים והמוסדות הרפואיים מחובת השמירה על הסודיות הרפואית ולא תהייה לי כל טענות בקשר למסירת המידע.

הוראה לניכוי דמי ביטוח מהמשכורת

הריני מות/ת בואת הוראה למחלקת השכר לנכות ממשכורתי מידי חודש את הפרמיות בגין ביטוח רפואי של בני משפחתי ששמן רשום לעיל, הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב יש על ידי ובכפוף לתנאי הפוליסה.

יש להקפיד לחתום רק במקומות המסומנים ב-

חתמה

יש להעביר את הטופס באמצעות פקס: 03-7336940

טופס הצטרפות - ביטוח הוצאות רפואי שיניים - גמלאי ופורשי חברת החשמל

שם הפורש/ת	מס' פוליסה	שם הקולקטיבי
------------	------------	--------------

הנני מבקש/ת להצטרף לביטוח ולא לצרף את בני משפחתי לביטוח הוצאות רפואי שיניים קבוצתי לעובדי הח"י ובני משפחותיהם באמצעות "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" למסלול: **ביטוח קולקטיבי חשמל עד ל-31.12.2012**.
ניתן להצטרף עד 31.03.2011

פרטי המועמדים לביטוח													
מבטוח ראשי	שם משפחה	שם פרטי	ת.ד.	מין	ד / ב	תאריך לידה	מבטוח זוג	שם משפחה	שם פרטי	ת.ד.	מין	ד / ב	תאריך לידה
כתובת	רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טל בבית	טל בעבודה	טל נייד	שם הילדה	שם פרטי	ת.ד.	מין	ד / ב	תאריך לידה
								שם הילדה	שם פרטי	ת.ד.	מין	ד / ב	תאריך לידה
								שם הילדה	שם פרטי	ת.ד.	מין	ד / ב	תאריך לידה
								שם הילדה	שם פרטי	ת.ד.	מין	ד / ב	תאריך לידה

תקופת הביטוח											
מ-	0	1	1	2	1	2	ועד	3	1	1	2
תאריך תחילת הביטוח											

ידוע לי, ואני מסכים כי תקופת הביטוח הינה עד 31.12.2012 מיום תחילתו (להלן "תקופת הביטוח") וכי לא אהיה זכאי לבטל את הביטוח ולא להפסיקו לפני תום תקופת הביטוח.

הצהרת המבוטח
ידוע לי ואני מסכים כי לשם שיפוי בגין הוצאות טיפול שיניים, אפעל אך ורק בהתאם להוראות פוליסת הביטוח לרבות בנושא שיפוי כספי בגבולות הפוליסה, השתתפות עצמית, אבחנה בין רופא שיבחר על ידי מרופא ההסכם של הפניקס לבין רופא פרטי שיבחר על ידי, ואנכי בדרש בקבלת אישור מוקדם לטיפולם משקמים, חניכיים, השתלות, שיקום ע"ג שתלים וחדוש טיפול שורש.
מוסכם ומוצהר כי הפסקה בתשלומי פרמיות הביטוח מכל סיבה יגרמו מיידית להפסקת זכאותי להחזר/או שיפוי הוצאות טיפול שיניים במסגרת פוליסה זו.

ויתור על סודיות רפואית
הנני מוותר/ת בשמי ובשם ילדי, כאפטרופוס טבעי שלהם ובשם בן/בת זוגי כשלוש שלוה, על הסודיות הרפואית ומיפיה את כוחה של "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" לקבל בשמי ובשם ילדי כל מידע רפואי מכל רופא וכל מוסד רפואי לרבות בתי חולים/או קופות חולים/או ביטוח לאומי/או מי מטעמם/או או משרד הבטחון/או כל עובד בתחום הסוציאלי או הסיעודי. (להלן המוסדות הרפואיים). הנני משרר/ת את הרפואים והמוסדות הרפואיים מחובת השמירה על הסודיות הרפואית ולא תהיינה לי כל טענות בקשר למסירת המידע.

התחייבות כספית
בקשתי להצטרפות מהווה גם התחייבות כספית והריני מבקש/ת בזה לנכות מחשבוני עבורי ועבור בני משפחתי, תשלומי פרמיות ביטוח, מדי חדש בחודשו, החל ממועד ההצטרפות לביטוח ולמשך כל תקופת הביטוח, בכפוף לתנאי הפוליסה. בנוסף לטופס ההצטרפות הריני מפקיד ביד המבטח "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" שטר בטחון להבטחת תשלום הפרמיות לכל תקופת הביטוח. אני נתון בזאת ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" או למי מטעמה הרשאה בלתי חוזרת להשלים כל פרט שחסר בשטר וכן אני פורט את הפניקס מהצגת השטר לפרעון וממשלוח הדועות חילוף.

תאריך	שם ומשפחה	חתימה
-------	-----------	-------

שטר ביטחון לא סחיר					
ביום	בחודש	שנה	אני מתחייב לשלם נגד שטר זה ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "הפניקס")	סך*	שקלים חדשים (במל"ס)
מקום התשלום: הפניקס חברה לביטוח בע"מ - דרך השלום 53 בעתים 53454					
שם	ת.ד.	רחוב	מספר	עיר	חתימת עושה השטר

* סכום השטר שימואל יהיה בגובה סך כל הפרמיות המגיעות לכל תקופת הביטוח.

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

מס' כרטיס האשראי										תוקף הכרטיס									
שם בעל הכרטיס										מס' זהות									
חתימת בעל הכרטיס										<input checked="" type="checkbox"/>									

הסדר קבע לתשלום פרמיות באמצעות הוראה לחיוב חשבון

תנאי הסדר התשלומים

- בכל חודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה, תמשך "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "החברה") את סכום הפרמיה (דמי הביטוח) הנקוב בפוליסה ובתוספתותיה בהתאם להסדר התשלומים, פעולת חיוב סכום זה בחשבוןך תשמש כאישור תשלום הפרמיה.
- אפשרות לשלם פרמיות בהתאם לאמור לעיל מותנה בהסכמת הבנק לפעול לפי הסדר זה.
- ההוראה לחיוב חשבון ניתנת לביטול אם משיכה כלשהיא לא תכובד בעת המצאת הודעת החברה לבנק, כמו כן, ניתנת לבעל/ה החשבון האפשרות לבטל השתתפותו בהסדר הנ"ל ע"י מסירת הודעה בכתב לבנק ולחברה מראש.
- החברה מתחייבת למשוך אך ורק סכומים שאינם מבוזבזים מסכומי הפרמיות המגיעות לה והמיועדות לתשלום, בהתאם לתנאי הפוליסה ותוספותיה שעבורן מבקש בעל החשבון הפעלת הסדר התשלום.

הרשאה לחיוב חשבון

מס' החשבון בבנק										סוג החשבון										קוד סניף										קוד בנק									
קוד מוסד										511										אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)										כתובת הסניף									
שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק										מס' ת.ד. / ת.פ.										אנ/ו הח"מ										כתובת									
רחוב										מספר										עיר										מיקוד									

נות/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיות **ביטוח הוצאות רפואיות** **שיניים/אלמנטרי** בסכומים ובמועדים שיומאזו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מנגנטי או ברשימות על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".

ידוע לי/לנו כי:

- הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ול"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל ד"ן.
- אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובזבז שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
- אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב, לא יותר מ-90 ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
- ידוע לי/לנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלי/לנו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".
- ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תשלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
- הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- מא לאשר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדי יקבעו על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על-פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.

חתימת בעל החשבון										<input checked="" type="checkbox"/>										תאריך									
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

אישור הבנק

מס' החשבון בבנק										סוג החשבון										קוד סניף										קוד בנק									
קוד מוסד										511										אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)										לכבוד הפניקס חברה לביטוח בע"מ ת.ד. 2533 תל-אביב 61253									

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מנגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/כם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או אל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפעל בהתחייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

שם הבנק										מספר הסניף										חתימה וחותמת הבנק										תאריך									
<input checked="" type="checkbox"/>																																							

למידע נוסף ניתן לפנות למוקד קשרי לקוחות

בטלפון: 1-700-50-44-00

שעות פעילות: ימים א'-ה' | 08:00-16:00

כתובת למשלוח דואר: ת.ד. 25224 תל אביב 61251

אתר ביטוח השיניים של חברת החשמל:

www.fnx.co.il/collective/iec



כשה חשבו לך, זה חשבו לנו.

מהדורת אפריל 2011

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454 | פקס: 03-5735222 | www.fnx.co.il | info@fnx.co.il