

ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות נספח מס. 456

משפחה) לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי, עד לסך של 610 ש"ח לחו"ד רפואית בישראל ועד לסך של 410 ש"ח לחו"ד נוספת.

3.2. חוות דעת רפואית שניה בחו"ל - מבטח
יהא זכאי לחוות דעת בחו"ל, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה בישראל, כמוגדר לעיל, עד לסך של 4,400 ש"ח למקרה ביטוח.

3.3. בדיקות רפואיות אבחנתיות - עד לסך של 1,500 ש"ח לשנת ביטוח, (במקרה של MRI עד לסך של 3,080 ש"ח לשנת ביטוח) הכיסוי כולל:

3.3.1. בדיקות מעבדה

3.3.2. צילומי רנטגן

3.3.3. בדיקת M.R.I.

3.3.4. בדיקות הדמיה (למעט M.R.I.).

3.4. טיפולים פיזיותרפיים ו/או הידרותרפיה - לפי הוראת רופא, עד 12 טיפולים המבוצעים על ידי פיזיותרפיסט מוסמך, למצב רפואי אחד ובכל מקרה לא יותר מסך של 2,050 ש"ח לכל שנת ביטוח.

3.5. טיפולים רדיותרפיים - עד לסכום של 9,250 ש"ח לכל שנת ביטוח.

3.6. השתתפות בהפריה חוץ גופית (IVF) - מבטחת אשר זקוקה לטיפול הפריה חוץ גופית (IVF) על-פי הפניית רופא גינקולוג מומחה לטיפול בליקויי פרייה, אשר יש לה לפני הטיפול לפחות שני ילדים, תהא זכאית לכיסוי בסכום של עד 8,800 ש"ח לכל ילד.

3.7. בדיקות הריון - בדיקות סיקור גנטי טרום לידתי המבוצעות לפני ו/או במהלך הריון עד הסכום הנקוב בדף פרטי הביטוח, פעם אחת בכל התקופה (לרבות תקופות ביטוח רצופות) בה נספח זה בתוקף, ובדיקות המבוצעות במהלך הריון בגין היריון (שאינן מעקב/ייעוץ שגרתי שוטף להיריון) כגון - סקירת מערכות, דיקור מי

נספח זה מהווה "תכנית נוספת" כהגדרתה בתנאים הכלליים. אם נרכש נספח זה כנלווה לתכנית בסיס והדבר צויין בדף פרטי הביטוח, תמורת תשלום דמי ביטוח, כמפורט בדף פרטי הביטוח, ובכפיפות לתנאים הכלליים, אליהם מצורף נספח זה (להלן: "התנאים הכלליים") ולהוראות לסייגים ולחריגים המפורטים להלן ובהתאם להצהרות המבוטח, בקרות מקרה ביטוח, החברה תשפה את המבוטח ו/או תשלם ישירות לספקי השירות ו/או תפצה את המבוטח, הכל בהתאם למחויבויות החברה על-פי הוראות התנאים הכלליים ותנאי נספח זה, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי הנקוב בדף פרטי הביטוח ו/או בנספח זה.

החברה תהא אחראית על-פי ביטוח זה, רק אם נספח זה כלול בפוליסת הביטוח ובנוסף לכך שהפוליסה לרבות נספח זה היו בתוקף בקרות מקרה הביטוח, כהגדרתו בנספח זה.

פרק א' - שירותים רפואיים אמבולטוריים (סעיפים 1-3)

1. הגדרות

על הוראות בנספח זה יחולו ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף יחולו ההגדרות שלהלן:

חוות דעת רפואית ראשונה: דו"ח רפואי בכתב, הכולל, מסקנת רופאו של המבוטח וכן כל מידע רפואי רלוונטי אחר לרבות; צילומי רנטגן, M.R.I, U.S, C.T, בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות וכיוצא בזה.

2. מקרה ביטוח

בעיה רפואית אצל המבוטח שבעקבותיה נזקק המבוטח, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים המפורטים להלן.

3. תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

החברה תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, בגין מקרי הביטוח המפורטים בנספח זה, אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול כמפורט להלן.

אחריותה הכוללת של החברה, בגין כל מקרי הביטוח המכוסים על-פי נספח זה, לא תעלה על סך של 11,000 ש"ח לכל שנת ביטוח.

3.1. חוות דעת רפואית בישראל - חוות דעת ראשונה וחוות דעת נוספות, עם רופא מומחה (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא

בדיקת אבחון גנטי מתקדם לגילוי גנים סרטניים
- בדיקה גנטית לצורך אבחון קיומם של גנים סרטיים למחלות סרטן השד ו/או סרטן השחלות ו/או סרטן המעי הגס.

בדיקות רפואה מונעת - בדיקת ממוגרפיה, בדיקת משטח צוואר הרחם (PAP SMEAR), בדיקת צפיפות עצם, בדיקת דם סמוי בצואה, בדיקת אנטיגן סגולי של הערמונית (PSA), בדיקת לחץ תוך עיני.

C.T קרדיאלי לצרכי מניעה - בדיקת C.T (טומוגרפיה ממוחשבת) של הלב וכלי הדם הקורונאריים, המשמשת לצורך אבחון חסימות והיצריות בכלי הדם הקורונאריים, והמבוצעת באמצעות מכשיר C.T המאפשר הדמייה תלת מימדית של הלב וכלי הדם הקורונאריים.

קפסולה - קפסולת וידאו להראיית אברים פנימיים במערכת העיכול.

טכנולוגיות רפואיות לאבחון - הליך או אמצעי לאבחון מצב רפואי, המאפשרים ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או מוכרים בעת ביצועם, על-פי קריטריונים רפואיים מקובלים. **למען הסר ספק טכנולוגיות אלו לא יכללו טיפול במצב רפואי אלא אבחון בלבד וכן לא יכללו כיסוי שניתן על-פי פרק א'.**

4.1 מקרה הביטוח

הזדקקותו של המבוטח לאחת הבדיקות המפורטות להלן **שלא בעת אשפוז בבית חולים.**

4.2 תשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח -

4.2.1 בדיקות סקר תקופתיות -

מבוטח שגילו מעל גיל 21 יהיה זכאי לביצוע בדיקת סקר תקופתית אחת לשנתיים. בדיקות סקר תקופתיות יבוצעו אצל ספק הקשור בהסכם עם החברה, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 285 ₪, אשר תשולם ישירות לספק השירות. באם לא קיים ספק כלשהו הקשור בהסכם עם החברה, יהא המבוטח זכאי להחזר בגובה 80% מההוצאות בהן נשא בפועל בגין בדיקות סקר

שפיר ועוד, עד לסך של 2,500 ₪ להריון. יובהר, על אף האמור בסעיף 2 לעיל, הזכאות לכיסויים המפורטים להלן אינה מחייבת קיומה של בעיה רפואית פעילה.

3.8 שימור דם טבורי - במקרה של התקשרות עם ספק העוסק בשימור דם טבורי לשם איסופו ושימורו, תהא זכאות לכיסוי עד לסך של 500 ₪, פעם אחת בהריון.

יובהר, במקרה בו שני בני הזוג מבוטחים, יהיה כל אחד מהמבוטחים זכאי להחזר בגין הכיסויים המפורטים בסעיפים 3.7 ו 3.8 לעיל.

3.9 בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים - מבוטח אשר נתגלה בגופו גידול ממאיר, יהיה זכאי לבדיקות גנומיות לגידולים ממאירים, עד לסך של 4,400 ₪ למקרה ביטוח.

3.10 תקופות אכשרה

תקופת האכשרה לכיסויים על-פי פרק א' היא בת 90 יום, למעט לגבי כיסוי של בדיקות הריון על-פי סעיף 3.7 שבו תהא תקופת האכשרה בת 365 יום.

4. פרק ב' מניעה ואבחון

הגדרות

על הוראות בנספח זה יחולו ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף יחולו ההגדרות שלהלן:

בדיקת סקר תקופתית - בדיקה תקופתית הכוללת את כל הבדיקות הבאות או חלקן:

בדיקה כללית של רופא ומילוי שאלון רפואי, מדידת גובה ומשקל, בדיקות מעבדה (דם ושתן), בדיקות דם סמוי בצואה, בדיקות אנטיגן סגולי של הערמונית (PSA), בדיקות א.ק.ג וארגומטריה, בדיקות דופק ולחץ דם, בדיקות ראייה ושמיעה, בדיקות לחץ תוך עיני, תפקודי כליות כבד וריאות, צילום חזה.

בדיקות סקר סרטן - בדיקה חד פעמית, הכוללת את הבדיקות הבאות או חלקן:

בדיקת רופא מומחה בתחום, ייעוץ גנטי עם יועץ גנטי מומחה בתחום למיפוי גורמי סיכון אישיים והערכה לסיכויי נשאות לגנים סרטניים, בדיקה גנטית לגילוי נשאות גנים סרטניים.

להחזר בגובה 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, בגין ביצוע בדיקת C.T קרדיאלי, עד לסך של 2,000 ₪, אחת לחמש שנים. מבוטח יחשב כמצוי בדרגת סיכון גבוהה למחלת לב אם יעמוד בתנאים המצטברים הבאים:

- גיל - מעל 45
- לחץ דם - מעל 160/100
- טריגליצרידים - מעל 300
- LDL - מעל 190
- BMI - מעל 35

4.2.6 הראיית אברים פנימיים במערכת העיכול באמצעות

קפסולה - מבוטח הנזקק, על-פי המלצת רופא מומחה בתחום הרלונטי, ועקב קיומה של בעיה רפואית פעילה בתחום הרלונטי, לביצוע הראיית אברים פנימיים במערכת העיכול, יהא זכאי להחזר בגובה 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, בגין ביצוע הבדיקה, עד לסך של 2,400 ₪, אחת לשלוש שנים (לרבות בתקופות ביטוח רצופות).

4.2.7 טכנולוגיות רפואיות לאבחון -

מבוטח הנזקק, על-פי הפניית רופא מומחה בתחום הרלונטי לביצוע או שימוש בטכנולוגיה רפואית לצרכי אבחון, יהיה זכאי להחזר בגובה 80% מההוצאה בפועל בגין כך ועד לסך של 5,000 ₪, אחת לשנתיים (לרבות בתקופות ביטוח רצופות).

4.3 תקופות אכשרה -

4.3.1 תקופת האכשרה לכיסויים על-פי סעיפים 4.2.1 - 4.2.3 היא בת 365 יום.

4.3.2 תקופת האכשרה לכיסויים על-פי סעיפים 4.2.4 ו- 4.2.7 היא בת 90 יום.

4.3.3 תקופת האכשרה לכיסויים על-פי סעיפים 4.2.5 ו- 4.2.6 היא בת 180 יום.

תקופתיות, עד לסך של 300 ₪ לבדיקה.

4.2.2 בדיקות סקר סרטן - מבוטח

המבצע בדיקת סקר תקופתית יהא זכאי להרחבת הבדיקה לשם ביצוע בדיקות סקר סרטן אצל ספק הקשור בהסכם עם החברה, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 300 ₪, אשר תשולם ישירות לספק השירות, וזאת באופן חד פעמי לכל התקופה (לרבות תקופות ביטוח רצופות) בה נספח זה בתוקף.

4.2.3 בדיקת אבחון גנטי מתקדם

לגילוי גנים סרטניים - מבוטח הנזקק, על-פי המלצת רופא מומחה בתחום הרלונטי, לביצוע בדיקת אבחון גנטי מתקדם לגילוי גנים סרטניים, בעקבות מחלה ו/או חשד למחלה סרטנית שאובחנה במבוטח ו/או אצל קרוב משפחה מדרגה ראשונה, יהא זכאי להחזר בגובה 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, בגין ביצוע הבדיקה, עד לסך של 300 ₪, וזאת באופן חד פעמי לכל גן נבדק.

למען הסר ספק, מבוטח שביצע בדיקות אבחון גנטי לגילוי גנים סרטניים במסגרת בדיקות הסקר המפורטות בסעיף 4.2.2 לעיל, לא יהיה זכאי להחזר על-פי סעיף זה.

4.2.4 בדיקות לרפואה מונעת -

מבוטח שגילו מעל גיל 45 יהא זכאי להחזר בגובה 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, בגין ביצוע אחת או יותר מבדיקות רפואה מונעת, אך לא יותר מסכום מרבי של 300 ₪ לכל בדיקה - אחת לשנתיים (לכל בדיקה).

4.2.5 C.T קרדיאלי לצרכי מניעה -

מבוטח המצוי בדרגת סיכון גבוהה למחלת לב, יהא זכאי

יותר מהסכום המרבי לכל אבחון כמפורט להלן
ובכל מקרה עד ל - 2 בדיקות כל שלוש שנים
(כולל בתקופות ביטוח רצופות).

6.1 אבחון וייעוץ דידיקטי - קבלת שירותי אבחון וייעוץ דידיקטי במרפאות מוסמכות למתן שירותים אלה בתחומי קריאה, כתיבה, חשבון, אנגלית ומודעות פונולוגית ועד לסך של 600 ₪ לאבחון.

6.2 אבחון וייעוץ פסיכו-דידיקטי - קבלת שירותי אבחון וייעוץ פסיכו-דידיקטי, המשלב בדיקה דידיקטית ופסיכולוגית, במרפאות מוסמכות למתן שירותים אלה ועד לסך של 1,000 ₪ לאבחון.

6.3 אבחון וייעוץ בהפרעות קשב וריכוז (מבחן TOVA) - קבלת שירותי אבחון ובדיקות ממוחשבות מסוג TOVA, במרפאות מוסמכות למתן שירותים אלה ועד לסך של 400 ₪ לאבחון.

6.4 אבחון וייעוץ בהפרעות קשב וריכוז (BRC) - קבלת שירותי אבחון ובדיקות ממוחשבות מסוג BRC, במרפאות מוסמכות למתן שירותים אלה ועד לסך של 500 ₪ לאבחון.

6.5 אבחון וייעוץ בהפרעות קשב וריכוז (MOXO) - קבלת שירותי אבחון ובדיקות ממוחשבות מסוג MOXO, במרפאות מוסמכות למתן שירותים אלה ועד לסך של 300 ₪ לאבחון.

6.6 תקופת אכשרה - תקופת האכשרה לכיסויים על-פי פרק ד' היא בת 180 יום.

7. חריגים מיוחדים לכל הפרקים בנספח זה
סעיף החריגים בתנאים הכלליים בפוליסה שאליה צורף נספח זה, חל גם על נספח זה. בנוסף לאמור לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על-פי נספח זה במקרים הבאים:

7.1 בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שגרה ו/או טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית פעילה, למעט המפורט בסעיף 3.7 לעיל.

7.2 ניתוחים וטיפולים הקשורים בשיניים.

5. פרק ג' - מרפאות כאב בבית חולים פרטי

5.1. הגדרות -

על הוראות בנספח זה יחולו ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף יחולו ההגדרות שלהלן:

מרפאת כאב - מרפאה בבית חולים פרטי המטפלת בכאב חריף ובכאב כרוני כגון - כאבי גב, כאבי צוואר, כאבים הקשורים למחלת הסרטן ועוד, בין היתר באמצעות טיפול בחשמל, זריקות ו/או הזרקות וטיפול בעזרת גלי רדיו.

5.2. מקרה הביטוח -

מצבו הרפואי של מבוטח המחייב על-פי המלצת רופא מומחה לכאב, טיפול במרפאת כאב כהגדרתה לעיל.

5.3. תשלום תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח -

מבוטח הנזקק לטיפול במרפאת כאב ואשר קיימת לגביו המלצת רופא מומחה לכאב, לביצוע טיפולים במרפאת כאב, יהא זכאי להחזר בגובה 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, בגין ביצוע עד עשרה טיפולים בלבד בכל התקופה (לרבות תקופות ביטוח רצופות) בה נספח זה בתוקף, במרפאת כאב בבית חולים פרטי, ועד לסך של 150 ₪ לכל טיפול.

5.4. החזר השתתפות עצמית בגין טיפול במרפאת כאב בבית חולים ציבורי -

בוצע טיפול במרפאת כאב במערכת הציבורית בישראל, ללא השתתפות החברה, תשלם החברה למבוטח החזר השתתפות עצמית שישלם המבוטח בגין טיפול כאמור וזאת עד לסך של 75 ₪ לטיפול ועד עשרה טיפולים בלבד בכל התקופה (לרבות תקופות ביטוח רצופות) בה נספח זה בתוקף.

5.5. תקופת אכשרה - תקופת האכשרה לכיסויים על-פי פרק ג' היא בת 90 יום.

6. פרק ד' - 2 בדיקות לאבחון הפרעות קשב וריכוז ו/או לקויות למידה לילד עד גיל 21

החברה תשלם למבוטח עד גיל 21, אשר קיבל המלצה מרופא מומחה בתחום, לביצוע בדיקות לאבחון הפרעות קשב וריכוז ו/או לקויות למידה המפורטות בסעיפים 6.1 - 6.5 להלן, סך של 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, אך לא

- .8 ביטול או סיום הנספח**
תוקף נספח זה יפוג, בקרות אחד המקרים להלן, הקודם מביניהם:
- .8.1** במועד ביטול או סיום של פוליסת הביטוח ו/או תכניות הבסיס.
- .8.2** על-פי הוראות סעיף 10 לתנאים הכלליים.
- .8.3** על-פי הוראות סעיף 11 לתנאים הכלליים.
- .9 שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה**
- .9.1** נספח זה כפוף לכל תנאי הפוליסה והתנאים הכלליים שאליה צורף.
- .9.2** כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטייה מהאמור בתנאים הכלליים יחייב לענין נספח זה רק אם נכלל במפורש בנספח.
- .9.3** במקרה של סתירה בין האמור בנספח זה לבין האמור בנספחים אחרים של הפוליסה ו/או האמור בתנאים הכלליים של הפוליסה יחייב לעיין מקרי הביטוח המפורטים בנספח זה, הוראות נספח זה.
- .10 הצמדה**
סכומי השיפוי המרביים לעיל נקובים בש"ח וצמודים למדד 12354 נקודות אשר פורסם באוגוסט 2015 ויוצמדו למדד מדי חודש.

טלפון *2735 פקס 037348178	כתובת הדואר האלקטרוני polisotbs@harel-ins.co.il	אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802	כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il
------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים

וטכנולוגיות מתקדמות

מספר נספח 456, מהדורה 04/2018

תמצית פרטי הפוליסה																			
שם הביטוח	ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות אמבולטורי																		
סוג הביטוח	מתחדשת כל שנתיים כמפורט בסעיף 10 . לנספח תנאים כלליים																		
תקופת הביטוח	השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון חוות דעת רפואית, בדיקות אבחנתיות, בדיקות הריון, בדיקות מניעה ואבחון, טיפול במרפאות כאב, בדיקות לאבחון הפרעות קשב וריכוז לילד ועוד.																		
תיאור הביטוח	באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיף 4 לנספח תנאים כלליים בסעיף 7 לנספח זה. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.																		
הפוליסה אינה מכסה את המבטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים																		
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	עלות הביטוח																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>מחיר הביטוח החודשי ללא הנחות ותוספות</th> <th>גיל</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9.77</td> <td>ילד עד גיל 20</td> </tr> <tr> <td>17.67</td> <td>21-30</td> </tr> <tr> <td>34.64</td> <td>31-40</td> </tr> <tr> <td>26.28</td> <td>41-50</td> </tr> <tr> <td>27.32</td> <td>51-60</td> </tr> <tr> <td>45.66</td> <td>61-70</td> </tr> <tr> <td>86.59</td> <td>71-80</td> </tr> <tr> <td>188.04</td> <td>81+</td> </tr> </tbody> </table> <p>(מטד 12354)</p> <p>שים לב! מחיר הביטוח עלול להשתנות בהתאם למצבך הרפואי או עקב מתן הנחה.</p> <p>דמי הביטוח בפוליסה יקבעו לפי גיל המבטח במועד הצטרפותו לביטוח וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבטח. גיל המבטח לצורך חישוב דמי הביטוח, יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבטח שיגיע לגיל 40 ביום 10.01.2019, יראו את ה-01.01.2019 כמועד הגיעו לגיל 40).</p>	מחיר הביטוח החודשי ללא הנחות ותוספות	גיל	9.77	ילד עד גיל 20	17.67	21-30	34.64	31-40	26.28	41-50	27.32	51-60	45.66	61-70	86.59	71-80	188.04	81+
מחיר הביטוח החודשי ללא הנחות ותוספות	גיל																		
9.77	ילד עד גיל 20																		
17.67	21-30																		
34.64	31-40																		
26.28	41-50																		
27.32	51-60																		
45.66	61-70																		
86.59	71-80																		
188.04	81+																		

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (מדד 12354)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)1	השתתפות עצמית (מדד 12354)
שירותים אמבולטוריים	סעיף 3 לנספח - החזר בגין ההוצאה בפועל בביצוע השירותים המפורטים בנספח כגון - בדיקות רפואיות אבחנתיות, חוות דעת רפואית בישראל ובחו"ל, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים ועוד.	80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 11,000 ₪ לשנת ביטוח ועד לתקרה המירבית לכל טיפול כמפורט בנספח. למשל - עד לסך של 2,500 ₪ לבדיקות היריון ועד לסך של 610 ₪ לחוות דעת רפואית בישראל.	סעיף 3 90 יום, למעט במקרה של בדיקות היריון - 365 יום.	20% מההוצאה בפועל
מניעה ואבחון	סעיף 4 לנספח - החזר בגין ההוצאה בפועל עבור ביצוע בדיקות כגון בדיקת סקר תקופתית, בדיקת סקר סרטן, הראיית איברים פנימית במערכת העיכול באמצעות קפסולה, טכנולוגיות לאבחון ועוד.	80% מההוצאה בפועל ועד לסך הנקוב בגין כל בדיקה כמפורט בנספח. למשל בסעיף 4.2.7 תקרת השיפוי לטכנולוגיות אבחון הנה 5,000 ₪, אחת לשנתיים.	סעיף 4.3 365 יום - בדיקות סקר תקופתיות, סקר סרטן ואבחון גנטי. 90 יום - בדיקות לרפואה מונעת, טכנולוגיות אבחון 180 יום - C.T קרדיאלי מניעתי, הראיית איברים במערכת העיכול	20% מההוצאה בפועל וכן - בסך 285 ₪ לבדיקות סקר תקופתיות אצל ספק הסדר, בסך 300 ₪ לבדיקת סקר סרטן אצל ספק הסדר
מרפאת כאב	סעיף 5 לנספח - החזר בגין הוצאה בפועל בעת ביצוע טיפול במרפאת כאב.	80% מההוצאה בפועל בגין ביצוע עד 10 טיפולים בלבד בכל התקופה - לרבות תקופות ביטוח רצופות ועד 150 ₪ לטיפול במרפאת כאב בבית חולים פרטי או 75 ₪ לטיפול במרפאת כאב בבית חולים ציבורי.	סעיף 5 90 יום	20% מההוצאה בפועל
בדיקות לאבחון הפרעות קשר וריכוז לילד	סעיף 6 לנספח - שיפוי עבור 2 בדיקות אבחון כל 3 שנים ועד גיל 21, בהתאם לרשימת הבדיקות המפורטת בנספח. כגון אבחון וייעוץ דידיקטי, אבחון וייעוץ בהפרעות קשב וריכוז.	80% מההוצאה בפועל ועד לתקרה הנקובה בנספח בגין כל אבחון. כגון עד תקרה של 1,000 ₪ עבור אבחון וייעוץ פסיכודידקטי	סעיף 6 180 יום	20% מההוצאה בפועל
הערות	"חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה."			

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

¹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.