

ייעוץ ובדיקות בסיסי

תכנית מס. 527

תכנית זו מהווה "תכנית נוספת" כהגדרתה בתנאים הכלליים. אם נרכשה תכנית זו כנלווה לתכנית בסיס והדבר צויין בדף פרטי הביטוח, תמורת תשלום דמי ביטוח, כמפורט בדף פרטי הביטוח, ובכפופות לתנאים הכלליים, אליהם מצורפת תכנית זו (להלן: "התנאים הכלליים") ולהוראות לסייגים ולחריגים המפורטים להלן. בהתאם 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 תכנית זו, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי הנקוב בדף פרטי הביטוח ו/או בתכנית זו.

יובהר, כי התנאים הכלליים ימשיכו לחול על תכנית זו לכל אורך תקופת הביטוח, וזאת גם אם בוטלה תכנית הבסיס. החברה תהא אחראית על-פי ביטוח זה, רק אם תכנית זו כלולה בפוליסת הביטוח ובנוסף לכך שתכנית זו הייתה בתוקף בקרות מקרה הביטוח, כהגדרתו בתכנית זו.

פרק א' – ייעוץ ובדיקות (סעיפים 1-3)

- הגדרות**
1. על הוראות בתכנית זו יחולו ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף יחולו ההגדרות שלהלן:
חוות דעת רפואית ראשונה: דו"ח רפואי בכתב, הכולל, מסקנת הרופא של המבוטח וכן כל מידע רפואי רלוונטי אחר לרבות: צילומי רנטגן, M.R.I, C.T U.S, בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות וכיוצא בזה.
 - מקרה ביטוח**
2. בעיה רפואית אצל המבוטח שבעקבותיה נזקק המבוטח, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים המפורטים להלן.
 - תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח**
3. החברה תשלם למבוטח **80% מההוצאות** בהן נשא בפועל, בגין מקרי הביטוח המפורטים בתכנית זו (פרקים א' ו-ב'), אך לא יותר מהסכום המירבי לכל טיפול כמפורט להלן. **יובהר כי ההוצאות המזכות בהן נשא המבוטח בפועל, יכללו אך ורק את העלות על פי המחירון הפרטי המפורסם לציבור הרחב, של המוסד הרפואי בו בוצעה הפרוצדורה - כגון הבדיקה או הייעוץ.**
אחריותה הכוללת של החברה, בגין כל מקרי הביטוח המכוסים על-פי תכנית זו בעבור כל פרקי הכיסויים יחד (פרקים א' וב'), לא תעלה על סך כולל של 20,000 ₪ לכל שנת ביטוח (להלן - "תקרת האחריות הכוללת").
למרות האמור לעיל, בקרות מקרה ביטוח המכוסה על פי תכנית זו, שארע בתקופה העולה על 60 חודשים מתאריך תחילת הביטוח, בהם המבוטח בוטח ברצף ביטוחי, תקרת האחריות הכוללת בעבור כל פרקי הכיסוי יחד (פרקים א' וב') לא תעלה על סך כולל של 25,000 ₪ לכל שנת ביטוח.
- חוות דעת רפואית בישראל - חוות דעת ראשונה וחוות דעת נוספות שניתנו בישראל, על ידי רופא מומחה (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה) לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי ועל פי אחת האפשרויות להלן:**
 - עד לסך של 1,500 ₪ לחוות דעת רפואית שניתנה על ידי רופא מומחה לאחד מהתחומים הבאים בלבד:
אונקולוגיה, נירולוגיה, קרדיולוגיה.
 - עד לסך של 300 ₪ לחוות דעת רפואית שניתנה על ידי רופא מומחה, למעט במקרים המפורטים בסעיף 3.1.1 לעיל. במקרה המפורט בס"ק 3.1.2 זה בלבד, לא תחול השתתפות עצמית על המבוטח.
 - מבלי לגרוע מהאמור בסעיף 3.1.2 לעיל ולחלופין, עד לסך של 700 ₪ לחוות דעת רפואית שניתנה על ידי רופא מומחה, למעט במקרים המפורטים בסעיף 3.1.1 לעיל, ועד ל- 2 חוות דעת רפואיות בשנת ביטוח.

3.1.4. כיסוי מלא במקרה של ייעוץ אצל רופא מומחה שהנו ברשת הרופאים מומחים שבהסדר עם החברה בביטוח זה, בכפוף להשתתפות עצמית בסך 150 ₪ לייעוץ.

3.2. **חוות דעת רפואית שניה בחו"ל** - מבטוח יהא זכאי לחוות דעת רפואית שניה בחו"ל, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה בישראל, כמוגדר לעיל, עד לסך של 4,400 ₪ לחוות דעת רפואית, עבור מקרה ביטוח.

3.3. **בדיקות רפואיות אבחנתיות** – ינתן החזר בעבור עלות הבדיקות שיפורטו להלן ועד לסך של תקרת האחריות הכוללת לשנת ביטוח.
הכיסוי כולל שיפוי בעבור הבדיקות הבאות:

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. **השתתפות בהפריה חוץ גופית (IVF)** -מבטוחת אשר זקוקה לטיפול הפריה חוץ גופית (IVF) על-פי הפניית רופא גינקולוג מומחה לטיפול בליקויי פריון, אשר יש לה לפני הטיפול לפחות שני ילדים, תהא זכאית לכיסוי בסכום של עד 8,800 ₪ לכל ילד.

3.5. **בדיקות הריון** – בדיקות סיקור גנטי טרום לידתי המבוצעות לפני ו/או במהלך הריון, פעם אחת בכל התקופה (לרבות תקופות ביטוח רצופות) בה תכנית זו בתוקף, ובדיקות המבוצעות במהלך הריון בגין היריון (שאינן מעקב/ייעוץ שגרתי שוטף להיריון) כגון – סקירת מערכות, דיקור מי שפיר ועוד, עד לסך של 2,000 ₪ להריון. יובהר, על אף האמור בסעיף 2 לעיל, הזכאות לכיסויים המפורטים בסעיף 3.5 זה, אינה מחייבת קיומה של בעיה רפואית פעילה.

3.6. **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, כי במקרה בו שני בני הזוג מבטוחים בתכנית זו, יהיה כל אחד מהמבטוחים זכאי להחזר בגין הכיסויים המפורטים בסעיפים 3.5 ו- 3.6 לעיל.

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

3.8. **תקופות אכשרה**

תקופת האכשרה לכיסויים על פי פרק א' היא בת 90 יום, למעט לגבי כיסוי של בדיקות הריון על-פי סעיף 3.5 שבו תהא תקופת האכשרה בת 365 יום.

4. פרק ב' בדיקות מניעה ובדיקות נוספות

הגדרות

על הוראות בתכנית זו 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.

בדיקת אבחון גנטי מתקדם לגילוי גנים סרטניים - בדיקה גנטית לצורך אבחון קיומם של גנים סרטניים 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 איברים פנימיים במערכת העיכול.

טכנולוגיות רפואיות לאבחון - הליך או אמצעי רפואי לאבחון מצב רפואי (שאינו לצורך מניעה), 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 מצב רפואי בלבד וכן לא יכללו כיסוי המצוין בפרק 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 בלבד, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 285 ₪, אשר תשולם ישירות לספק השירות. באם החברה אישרה כי לא קיים ספק בתחום מסוים הקשור בהסכם עם החברה, יהא המבוטח זכאי להחזר בגובה 80% מההוצאות בהן נשא בפועל בגין בדיקות סקר תקופתיות, ועד 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 בלבד, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 300 ₪, אשר תשולם ישירות לספק השירות, וזאת באופן חד פעמי לכל תקופת הביטוח (לרבות תקופות ביטוח רצופות) בה תכנית זו בתוקף.

4.2.3 **בדיקת אבחון גנטי מתקדם לגילוי גנים סרטניים** - מבוטח הנזקק, על פי המלצת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, 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 מירבי 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 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 איברים פנימיים במערכת העיכול באמצעות קפסולה - מבוטח הנזקק, על פי המלצת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, ועקב קיומה של בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי, לביצוע הראיית אברים פנימיים במערכת העיכול, יהא זכאי להחזר בגובה 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, בגין ביצוע הבדיקה, ועד לסכום של 2,400 ₪, אחת לשלוש שנים (לרבות בתקופות ביטוח רצופות).

4.2.7 טכנולוגיות רפואיות לאבחון - מבוטח הנזקק עקב בעיה רפואית פעילה, על פי הפניית רופא מומחה בתחום הרלוונטי לביצוע או שימוש בטכנולוגיה רפואית לצורכי 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.

5. חריגים מיוחדים לכל הפרקים בתכנית זו

סעיף החריגים בתנאים הכלליים בפוליסה שאליה צורפה תכנית זו, חל גם על תכנית זו. בנוסף לאמור לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על-פי תכנית זו במקרים הבאים:

- 5.1 בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שגרה ו/או טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית פעילה, למעט המפורט בסעיף 3.5 לעיל.
- 5.2 התייעצויות או בדיקות בתחום רפואת שיניים, חניכיים, השתלות ורגנרציה.
- 5.3 אבחונים או בדיקות בתחום בקשר עם הפרעות קשב וריכוז, לקויות למידה, הפרעות קוגניטיביות.
- 5.4 התאבדות או ניסיון לכך, וכן פגיעה עצמית.
- 5.5 אלכוהוליזם או שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.
- 5.6 טיפול תרופתי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ובכלל זה מוטציה ו/או וריאציה דומה אחרת ו/או טיפול תרופתי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת הצהבת לסוגיה השונים.
- 5.7 מקרה ביטוח שאירע עקב שירות המבוטח בגוף בטחוני (שאינו צבאי) או משטרתי.
- 5.8 מקרה ביטוח שארע עקב מלחמה, או בשל השתתפות המבוטח בפעילות משטרטית או מקרה ביטוח במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי לרבות תרגילים/ אימונים צבאיים או טרום צבאיים מכל סוג שהוא, צבא קבע, שירות במילואים או צבא סדיר.

- 5.9. מקרה ביטוח שנגרם או הינו תוצאה של סיבוכי הריון ו/או לידה, פריון ו/או עקרות.
- 5.10. מקרה ביטוח שאינו נובע מצורך רפואי לרבות מקרה ביטוח הקשור באופן ישיר או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה, לרבות ניתוחי תשבורת (תיקון ראייה) וניתוח להפחתת משקל.
- 5.11. מקרה ביטוח שנגרם עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 5.12. מקרה הביטוח הינו טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטריים.
- 5.13. מקרה הביטוח הינו ביצוע בדיקות שגרה ו/או מעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה אצל המבוטח.
- 5.14. מקרה הביטוח הינו ביצוע בדיקות או טיפולים ניסיוניים או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות באחת או יותר מהמדינות המוכרות. לעניין זה המדינות המוכרות הן – ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).
- לעניין זה טיפול ניסיוני הינו טיפול רפואי ניסיוני ו/או טיפולים רפואיים הדורשים אישור וועדת הלסינקי ו/או אישור מכל גורם אחר שבא במקום ועדת הלסינקי ו/או אשר ממונים על ידי גורם חיצוני המעוניין בתוצאות המחקר/ הטיפול.

6. ביטול או סיום התכנית

תוקף תכנית זו יפוג, בקרות אחד המקרים להלן, הקודם מביניהם:

- 6.1. במידה ותכנית הבסיס, תבוטל ו/או תסתיים לפני שחלפו 6 חודשים ממועד תחילתה.
- 6.2. כאשר תכנית ביטוח זו תבוטל ו/או תסתיים.
- 6.3. על פי הוראות סעיף 10 לתנאים הכלליים.
- 6.4. על פי הוראות סעיף 11 לתנאים הכלליים.

7. זכאות לברות ביטוח

קיבל המבוטח מהחברה תגמולי ביטוח על פי פרק א' - ייעוץ ובדיקות לעיל, בגין קרות מקרה הביטוח הראשון, יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 90 יום מיום קבלת תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון בלבד, להצטרף לביטוח ייעוץ ובדיקות - לכיסוי מורחב עבור ייעוץ רפואי, אם נהוג בחברה באותה עת. המבוטח יגיש בקשה כאמור לחברה ובמקרה זה, יהיה זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ללא תקופת אכשרה חדשה ולא תידרש הצהרת בריאות חדשה, על פי התנאים ובגובה דמי הביטוח שיהיו נהוגים בחברה באותה עת.

8. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

- 8.1. תכנית זו כפופה לכל תנאי הפוליסה והתנאים הכלליים שאליה צורפה.
- 8.2. כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטייה מהאמור בתנאים הכלליים יחייב לעניין תכנית זו רק אם נכלל במפורש בתכנית.
- 8.3. במקרה של סתירה בין האמור בתכנית זו לבין האמור בתכניות אחרות של הפוליסה ו/או האמור בתנאים הכלליים של הפוליסה יחייב לעיין מקרי הביטוח המפורטים בתכנית זו, הוראות תכנית זו.

9. הצמדה

הסכומים המפורטים בתכנית זו נקובים בש"ח ויוצמדו למדד מידי חודש, כאשר מדד הבסיס הינו המדד שפורסם ב - 15 לפברואר 2023, שערכו 13396 נקודות.

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 - ייעוץ ובדיקות

(בסיסי)

מספר תכנית 527, מהדורה 09/2024

תמצית פרטי הפוליסה													
שם הביטוח	ייעוץ ובדיקות												
סוג הביטוח	אמבולטורי												
תקופת הביטוח	מתחדשת כל שנתיים כמפורט בסעיף 10 לתכנית תנאים כלליים												
תיאור הביטוח	השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבוטח הנזקק עקב בעיה רפואית, לקבלת חוות דעת רפואית (ייעוץ רפואי יינתן במקרים מסויימים ברשת מומחים שבהסדר עם החברה), בדיקות אבחנתיות, בדיקות היריון, בדיקות מניעה ואבחון.												
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיף 5 לתכנית זו. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.												
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים 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>18.04</td> <td>ילד עד גיל 20</td> </tr> <tr> <td>55.27</td> <td>21-60</td> </tr> <tr> <td>65.73</td> <td>61-65</td> </tr> <tr> <td>98.15</td> <td>66-70</td> </tr> <tr> <td>127.58</td> <td>71-75</td> </tr> </tbody> </table> <p>(מטד 13396)</p> <p>שים לב! מחיר הביטוח עלול להשתנות בהתאם למצבך הרפואי או עקב מתן הנחה. דמי הביטוח בפוליסה יקבעו לפי גיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבוטח. גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח, יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שיגיע לגיל 40 ביום 10.01.2024, יראו את ה- 01.01.2024 כמועד הגיעו לגיל 40).</p>	מחיר הביטוח החודשי ללא הנחות ותוספות	גיל	18.04	ילד עד גיל 20	55.27	21-60	65.73	61-65	98.15	66-70	127.58	71-75
מחיר הביטוח החודשי ללא הנחות ותוספות	גיל												
18.04	ילד עד גיל 20												
55.27	21-60												
65.73	61-65												
98.15	66-70												
127.58	71-75												

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (מדד 13396)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) 1	השתתפות עצמית (מדד 13396)
ייעוץ ובדיקות	סעיף 3 לתכנית- החזר בגין ההוצאה בפועל בביצוע השירותים המפורטים בתכנית כגון - בדיקות רפואיות אבחנתיות, חוות דעת רפואית בישראל ובחו"ל, בדיקות היריון	80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 20,000 ₪ לשנת ביטוח (ועד 25,000 ₪ לשנת זה מעל 60 חודשים), ועד לתקרה המירבית לכל כיסוי כמפורט בתכנית. למשל - עד לסך של 2,000 ₪ לבדיקות היריון. במקרה של חוות דעת רפואית בישראל על פי אחת האפשרויות שלהלן: סעיף 3.1.1 עד לסך של 1,500 ₪ לחוות דעת רפואית שניתנה על ידי רופא מומחה לאחד מהתחומים הבאים בלבד: אונקולוגיה, נירולוגיה, קרדיולוגיה; סעיף 3.1.2 עד לסך של 300 ₪ לחוות דעת רפואית שניתנה על ידי רופא מומחה, למעט במקרים המפורטים בסעיף 3.1.1 לעיל; סעיף 3.1.3 לחילופין, עד לסך של 700 ₪ לחוות דעת רפואית שניתנה על ידי רופא מומחה, למעט במקרים המפורטים בסעיף 3.1.1 לעיל ועד ל- 2 חוות דעת רפואיות בשנה בלבד; סעיף 3.1.4. כיסוי מלא במקרה של ייעוץ אצל רופא מומחה שהגו ברשת הרופאים מומחים שבהסדר עם החברה בביטוח זה.	סעיף 3.1.2 - 90 יום, למעט במקרה של בדיקות היריון - 365 יום.	20% מההוצאה בפועל. סעיף 3.1.2 במקרה של חוות דעת רפואית על תחול השתתפות עצמית סעיף 3.1.3 השתתפות עצמית בסך 150 ₪ לייעוץ
מניעה ואבחון	סעיף 4 לתכנית - החזר בגין ההוצאה בפועל עבור ביצוע בדיקות כגון בדיקת סקר תקופתית, בדיקת סקר סרטן, הראיית איברים פנימית במערכת העיכול, באמצעות קפסולה, טכנולוגיות רפואיות לאבחון ועוד.	80% מההוצאה בפועל ועד לסך הנקוב בגין כל בדיקה כמפורט בתכנית. למשל כמפורט בסעיף 4.2.7 תקרת השיפוי לטכנולוגיות רפואיות לאבחון 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 מניעת, הראיית איברים במערכת העיכול	20% מההוצאה בפועל וכן - בסך 285 ₪ לבדיקות סקר תקופתיות אצל ספק הסדר, בסך 300 ₪ לבדיקת סקר סרטן אצל ספק הסדר
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.