

יעוץ ובדיקות בסיסי

תכנית מס. 527

תכנית זו מהוות "תכנית נוספת" כהגדרתה בתנאים הכלליים. אם נרכשה תכנית זו כנלווה לתכנית בסיס והדבר צוין בכך פרט הביטוח, תמורה תשולם דמי ביטוח, למפורט בדף פרטי הביטוח, ובכפיפות לתנאים הכלליים, אליו מצורפת תכנית זו (להלן: "התנאים הכלליים") ולהוראות לשיגים ולחרגים המפורטים להלן. בהתאם להצהרות המבוטח, במקרה מקרה ביטוח, החברה תשפה את המבוטח /או נשלים שירות לספק/ השירות /או תפיצה את המבוטח, הכל בהתאם למחייביות החברה על-פי הוראות התנאים הכלליים ותנאי תכנית זו, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי הננקוב בדף פרטי הביטוח /או בתכנית זו.

יבוher, 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 כוללה בפוליסת הביטוח ובנוסף לכך שתכנית זו הייתה בתוקף במקרה מקרה הביטוח, כהגדרתו בתכנית זו.

פרק א' – יעוץ ובדיקות (סעיפים 3-1)

1. הגדרות

על הוראות בתכנית זו יחולו ההגדרות המפורטוות בתנאים הכלליים ובנוסף יחולו ההגדרות שללן:

חוות דעת רפואי ראשונה: ד"ר רפואי בכתב, הכלול, מסקנת הרופא של המבוטח וכן כל מידע רפואי רלוונטי אחר לרבות: צילומי רנטגן, U.S.C.T, C.R.I., בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות וכיוצא בהן.

2. מקרה ביטוח

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

3.

תגמול ביטוח בגין מקרה ביטוח החברה תשלם למבוטח **80% מההוצאות בהן נשא בפועל,** בגין מקרי הביטוח המפורטים בתכנית זו (פרק א' – ב'), אך לא יותר מאשר המרבי לכל טיפול למפורט להלן. **יבוher כי ההוצאות המזוכת בהן נשא המבוטח בפועל, יכולו אך ורק את העלות על פי המחרון הפרטני המפורטם לציבור הרחב, של המוסד הרפואי בו בוצעה הפרוצדורה - כגון הבדיקה או הייעוץ.**

אחריותה הכלולית של החברה, בגין כל מקרי הביטוח המכוסים על-פי תכנית זו בעבר כל פרקי הcisois ייחד (פרק א' וב'), לא תעלה על סך כולל של 20,000 ש"ן לכל שנת ביטוח (להלן – **"תקרת האחריות הכלולית"**). למراتות האמור לעיל, במקרה מקרה ביטוח המכוסה על פי תכנית זו, שארע בתקופה העולה על 60 חודשים מתאריך תחילת הביטוח, בהם המבוטח בטוח ברצף ביטוח, **תקרת האחריות הכלולית בעבר כל פרקי הcisois ייחד (פרק א' וב')** לא תעלה על סך כולל של 25,000 ש"ן לכל שנת ביטוח.

3.1. חוות דעת רפואי בישראל – חוות דעת ראשונה חוות דעת נוספת נוספת שניתנה בישראל, על ידי רופא מומחה (לא כולל רופא ילדים /או רופא משפחה) לגבי בעיה רפואית פעליה בתחום הרלוונטי ועל פי אחת האפשרויות להלן:

3.1.1. עד לסך של 1,500 ש"ן לחווות דעת רפואית שניתנה על ידי רופא מומחה לאחד מהתחומים הבאים בלבד: אונקולוגיה, נירולוגיה, קרדיולוגיה.

3.1.2. עד לסך של 300 ש"ן לחווות דעת רפואית שניתנה על ידי רופא מומחה, למעט במקרים המפורטים בסעיף 3.1.1 לעיל. במקרה המפורט בסעיף 3.1.2 זה בלבד, לא תחול השתתפות עצמית על המבוטח.

3.1.3. מבלתי גראוע מהאמור בסעיף 3.1.2 לעיל ולחופין, עד לסך של 700 ש"ן לחווות 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 בראשת הרופאים מומחים שבհסדר עם החברה בביטוח זה, בכפוף להשתתפות עצמית בסך 150 ₪ ליעוץ.
- 3.2.** **חוות דעת רפואי שנייה בחו"ל** - מבוטח יהא זכאי לחוות דעת רפואי שנייה בחו"ל, לאחר קבלת חוות דעת רפואי ראשונה בישראל, כמפורט לעיל, עד לסך של 4,400 ₪ לחוות דעת רפואי, עבור מקרה ביטוח.
- 3.3.** **בדיקות רפואיות אבחנתיות** – ניתן החזר עבור עלות הבדיקות שיפורטו להלן ועד לסך של תקرت האחריות הכלולת לשנת ביטוח. הכספי כולל שיפוי עבור הבדיקות הבאות:
- 3.3.1.** **בדיקות מעבדה**
 - 3.3.2.** **צילומי רנטגן**
 - 3.3.3.** **בדיקה I.M.R**
 - 3.3.4.** **בדיקות הדמיה (למעט I.M.R).**
- 3.4.** **השתתפות בהפריה חזץ גופית (FV)** - מבוטחת אשר זוקקה לטיפול הפריה חזץ גופית (FV) על-פי הפניות רופא גינקולוג מומחה לטיפול בליקויי פרוון, אשר יש לה לפני הטיפול לפחות שני ילדים, תהא זכאית לכיסוי בסכום של עד 8,800 ₪ לכל ילד.
- 3.5.** **בדיקות הריאן** – בבדיקות סיכון גנטי טרומ לiddiy המבצעות לפני /או במהלך הריאן, פעם אחת בכל התקופה (לרבות תקופות ביטוח רצופות) בה תכנית זו בתוקף, ובבדיקות המבצעות במהלך הריאן בגין הריאן (**שאין מעקב/יעוץ שגרתי שוטף להריון**) כגון – סקירה 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 فعلיה.
- 3.6.** **שמור דם טבורי** – במקרה של התקשרות עם ספק העוסק בשימור דם טבורי לשם איסופו ושימורו, תהא זכאות לכיסוי עד לסך של 500 ₪, פעם אחת בהריון.
- יבהר, כי במקרה בו שני בני הזוג מבוטחים בתכנית זו, יהיה כל אחד מהמבוטחים זכאי להחזר בגין הכספיים המפורטים בסעיפים 3.5 ו- 3.6 לעיל.
- 3.7.** **בדיקות לגידולים ממאירים** - מבוטח אשר נתגלה בגופו גידול ממאיר, יהיה זכאי לבדיקות גנטומיות לגידולים ממאירים, עד לסך של 4,400 ₪ במקרה ביטוח.
- 3.8.** **תקופות אכשרה**
תקופת האכשרה לכיסויים על פי פרק א' היא בת 90 ימים, למעט לגבי כיסוי של בדיקות הריאן על-פי סעיף 3.5 שבו תהא תקופת האכשרה בת 365 ימים.
- 4.** **פרק ב' בדיקות מניעה ובבדיקות נוספות**

הגדרות

על הוראות בתכנית זו יחולו הגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף יחולו ההגדרות שלහן:

בדיקות סקר תקופתית - בדיקה תקופתית הכלולת את כל הבדיקות הבאות או חלקן:
בדיקות כלילית של רופא ומילוי שאלון רפואי, מדידת גובה ומשקל, בדיקות מעבדה (דם ושתן), בדיקות דם סמי בצוואה, בדיקות אנטיגן סגול של הערמונית (PSA), בדיקות א.ק.ג וארוגומטריה, בדיקות דופק ולחץ

דם, בדיקות ראייה וشمיעה, בדיקות לחץ torso עיני, תפוקדי כליות כבד וריאות, צילום חזה.

בדיקות סקר סרטן - בדיקה חד פעמית, הכוללת את הבדיקות הבאות או חלון: בדיקת רופא מומחה בתחום, ייעוץ גנטית עם יועץ גנטי מומחה בתחום למיפוי גורמי סיכון אישיים והערכתם לסיכון נשאות לגנים סרטניים, בדיקה גנטית לגילוי נשאות גנים סרטניים.

בדיקה אבחון גנטי מתקדם לגילוי גנים סרטניים - בדיקה גנטית לצורך אבחון קיומו של גנים סרטניים במהלך סרטן השד /או סרטן השחלות /או סרטן המעי הגס.

בדיקות רפואיות מונעת - בדיקת מוגרפיה, בדיקת משטח צואר הרחם (PAP SMEAR), בדיקת צפיפות עצם, בדיקת דם סמי בצואה, בדיקת אנטיגן סגול של הערמוונית (PSA), בדיקת לחץ torso עיני.

T.C. קרדיאלי לצרכי מנעה - בדיקת T.C. (טומוגרפיה ממוחשבת) של הלב וכלי הדם הקורונאריים, המשמשת לצורך אבחון חסימות והיצרות בכליה הדם הקורונאריים, והמבצעת באמצעות מכשיר T.C. המאפשר הדמיה תלת מימדית של הלב וכלי הדם הקורונאריים.

קפסולות - קפסולות וידאו להראית איברים פנימיים במערכת העיכול.

טכנולוגיות רפואיות לאבחון - הליר או אמצעי רפואי לאבחן מצב רפואי (שאינו לצורך מנעה), המאפשרים ע"י הרשותות המוסמכות בישראל או מוכרים בעת ביצועם, על פי קriterיונים רפואיים מקובלים. **למען הסר ספק טכנולוגיות אלו לא יכולו טיפול במצב רפואי אלא אבחון מצב רפואי בלבד וכן לא יכולו כיסוי המציג בפרק א'.**

4.1 מקרה הביטוח

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

4.2 תשלום תגמול ביטוח בגין מקרה ביטוח

4.2.1 בדיקות סקר תקופתיות - מבוטח שגילו מעל גיל 21 יהיה זכאי לבי嘱 בדיקת סקר תקופתית אחת לשנתיים.

בדיקות סקר תקופתיות יבוצעו אצל ספק הקשור בהסכם עם החברה בלבד, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 285 ₪, אשר תשולם שירותי לספק השירות. באמ החברה אישרה כי לא קיים ספק בתחום מסוים הקשור בהסכם עם החברה, יהיה המבוטח זכאי להחזיר בגובה 80% מההוצאות בהן נושא פעולה בגין בדיקות סקר תקופתיות, ועד לסך של 300 ₪ לבדיקה.

4.2.2 בדיקות סקר סרטן - מבוטח המבצע בדיקת סקר תקופתית יהיה זכאי להרחבת הבדיקה לשם ביצוע בדיקות סקר סרטן אצל ספק הקשור בהסכם עם החברה בלבד, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 300 ₪, אשר תשולם שירותי לספק השירות, וזאת באופן חד פעמי לכל תקופת הביטוח (לרבבות תקופות ביטוח רצופות) בה תכנית זו בתוקף.

4.2.3 בדיקת אבחון גנטי מתקדם לגילוי גנים סרטניים - מבוטח הנזקק, על פי המלצה רפואי מומחה בתחום הרלוונטי, לבי嘱 בדיקת אבחון גנטי מתקדם לגילוי גנים סרטניים, בעקבות מחלת ו/או חсад למחלת סרטנית שאובחנו מבוטח ו/או אצל קרוב משפחה מדרגה ראשונה, יהיה זכאי להחזיר בגובה 80% מההוצאות בהן נושא פעולה, בגין ביצוע הבדיקה, עד לסך של 300 ₪, וזאת באופן חד פעמי לכל גן נבדק.

למען הסר ספק, מבוטח שבי嘱 בדיקות אבחון גנטי לגילוי גנים סרטניים במסגרת בדיקות הסקר המפורטים בסעיף 4.2.2 לעיל, לא יהיה זכאי להחזיר על פי סעיף זה.

4.2.4 בדיקות לרפואה מונעת - מבוטח שגילו מעל גיל 45 יהיה זכאי להחזיר בגובה 80% מההוצאות

בهن נשא בפועל, בגין ביצוע אחת או יותר מבדיקות רפואיות מונעת, אך לא יותר מסכום מרבי של 300 ש"ח לכל בדיקה - אחת לשנתיים (לכל בדיקה).

T.C. קרדיאלי לצרכי מניעה - מבוטח המציג בדרגת סיכון גבוהה למחלות לב, יהא זכאי להחזר בגין 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, בגין ביצוע בדיקת T.C. קרדיאלי, עד לסך של 2,000 ש"ח, אחת לחמש שנים. מבוטח יחשב למצוי בדרגת סיכון גבוהה למחלות לב אם יעמוד בתנאים המצוברים הבאים:

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

הראית איברים פנימיים במערכת העיכול באמצעות קפסולה - מבוטח הנזקק, על פי המלצה רופא מומחה בתחום הרולונטי, עקב קיומה של בעיה רפואית فعلיה בתחום הרולונטי, לביצוע הראית איברים פנימיים במערכת העיכול, יהא זכאי להחזר בגין 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, בגין ביצוע הבדיקה, ועד לסכום של 2,400 ש"ח, אחת לשש שנים (לרובות בתקופות ביוטוח רצופות).

טכנולוגיות רפואיות לאבחן - מבוטח הנזקק עקב בעיה רפואית فعلיה, על פי הפניה לרופא מומחה בתחום הרולונטי לביצוע או שימוש בטכנולוגיה רפואית לצרכי אבחון, יהיה זכאי להחזר בגין 80% מההוצאות בפועל בגין כך ועד לסך של 5,000 ש"ח, אחת לשנתיים (לרובות בתקופות ביוטוח רצופות).

4.3 תקופות אכשרה -

- 4.3.1 תקופת האכשרה לכיסויים על פי סעיפים 4.2.1 – 4.2.3 היא בת 365 ימים.
- 4.3.2 תקופת האכשרה לכיסויים על פי סעיפים 4.2.4 – 4.2.7 היא בת 90 ימים.
- 4.3.3 תקופת האכשרה לכיסויים על פי סעיפים 4.2.5 – 4.2.6 היא בת 180 ימים.

5. חריגים מיוחדים לכל הפרקים בתכנית זו
סעיף החיריגים בתנאים הכלליים בפוליסה שאליה צורפה תכנית זו, חל גם על תכנית זו. בנוסף לאמר לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולו ביוטוח על-פי תכנית זו במקרים הבאים:

5.1. בדיקות תקופתיות / או בדיקות שגרה / או טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית فعلיה, למעט המפורט בסעיף 3.5 לעיל.

5.2. התיעצויות או בדיקות בתחום רפואיות שניינים, חניים, חניים, השתלות ורגנרציה.

5.3. אבחונים או בדיקות בתחום הקשור עם הפרעות קשב ורכיב, לקויות למידה, הפרעות קוגנטיביות.

5.4. התאבדות או ניסיון לכך, וכן פגעה עצמית.

5.5. אלכוהוליזם או שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.

5.6. טיפול רפואי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ובכלל זה מוטציה / או וריאציה דומה אחרת / או טיפול רפואי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת הצהבת לסוגיה השונות.

5.7. מקרה ביוטוח שאירע עקב שירות המבוטח בגוף בטעוני (שאינו צבאי) או משטרתי.

5.8. מקרה ביוטוח שרע עקב מלחמה, או בשל השתתפות המבוטח בפעולות משטרתיות או מקרה ביוטוח במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי לרבות תרגילים / אימונים צבאיים או טרום צבאיים מכל סוג שהוא, צבא קבוע, שירות במילואים או צבא סדיר.

- 5.9. מקרה ביטוח שנגרם או הינו תוצאה של סיבוכי הרין /או לידה, פרוון /או עקרות.
- 5.10. מקרה ביטוח שאין נבע מצורך רפואי לרבות מקרה הקשור באופן ישיר או עקיף במטרת יופי /או אסתטיקה, לרבות ניתוחי תשבורת (תיקון ראייה) וניתוח להפחחת משקל.
- 5.11. מקרה ביטוח שנגרם עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגעה מנשך לא קוגניציונלי או דיזומ רדיואקטיבי.
- 5.12. מקרה הביטוח הינו טיפולים נוספים /או טיפולים פסיקולוגיים /או טיפולים פסיכיאטריים.
- 5.13. מקרה הביטוח הינו ביצוע בדיקות שגרה /או מעקב /או בדיקות שאין עקב בעיה רפואית פעילה אצל המבוטח.
- 5.14. מקרה הביטוח הינו ביצוע בדיקות או טיפולים ניסיוניים או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידת רפואיות מקובלות באחת או יותר מהמדינות המוכרות. לעניין זה המדינות המוכרות הן – ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוודיה, נורווגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני Mai 2004, או במסגרת הרישום המרכי של האיחוד האירופי (EMEA).
- לענין זה טיפול ניסיוני הינו טיפול רפואי ניסיוני /או טיפול רפואי הדורשים אישור ועדת הלסינקי /או אישור מכל גורם אחר שבא במקום ועדת הלסינקי /או אשר ממומנים על ידי גורם חיצוני המעוני בתוצאות המחקר/ הטיפול.

6. ביטול או סיום התכנית

תקף תכנית זו יפוג, בנסיבות אחד המקרים להלן, הקודם מביניהם:

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

7. זכאות לבורות ביטוח

קיביל המבוטח מהחברה תגמולי ביטוח על פי פרק א' - "יעוז ובדיקות לעיל, בגין קרות מקרה הביטוח הראשון, היא המבוטח רשאיבקש בתוך 90 ימים לקבלת תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון בלבד, להצטראף לביטוח **"יעוז ובדיקות** - לכיסוי מושך עבור **"יעוז רפואי**, אם נהוג בחברה באותה עת. המבוטח יגיש בקשה כאמור לחברה ובמקרה זה, יהיה זכאי לבורות ביטוח שימושוותה ה策טרופות ללא תקופת אכשורה חדשה ולא תידרש הצהרת בריאות חדשה, על פי התנאים ובגובה דמי הביטוח שהיו נהוגים בחברה באותה עת.

8. שינויים, ייתורים או סטיות בתנאי הפוליסת

- 8.1. תכנית זו כפופה לכל תנאי הפוליסת וה坦נאים הכלליים שאליה צורפה.
- 8.2. כל שינוי /או יותר /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 הפוליסת /או האמור בתנאים הכלליים של הפוליסת יחייב לעניין מקרי הביטוח המפורטים בתכנית זו, הוראות תכנית זו.

9. הצדקה

הסכוםים המפורטים בתכנית זו נקבעים בש"ח ויזממו למדד מיידי חדש, כאשר מדד הבסיס הינו המדד שפורסם ב - 15 לפברואר 2023, שערכו 13396 נקודות.

טלפון * פקס 037348178	כתובת הדואר האלקטרוני polisotbs@harel-ins.co.il	אבा היל 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	מתחלת כל שנתיים כמפורט בסעיף 10 לתקנית תנאי כלליים
תיאור הביטוח	השתתפות בהוצאות בגין נשא בפועל מבוטח הנזק עקב בעיה רפואי, לקבלת חוות דעת רפואי ("ייעוץ רפואי" ניתן במקרים מסוימים בראשות מומחים שהסדר עם החברה), בדיקות אבחנתיות, בדיקות הריאון, בדיקות מניעה ואבחון.
הפוליסת אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חיריגים בפוליסה)	בairou בטוח בגין מצב רפואי קודם וככ, במקרים המפורטים בסעיף 5 לתקנית זו. אפשרות לפנות לחברת לקבלת מידע מעין זה.
הוצאות הביטוח	רובה הנסיבות קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החוליםים האם קיימים כסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החוליםים
עלות הביטוח	
גיל	מחיר הביטוח החודשי ללא הנחות ותוספות
ילדי עד גיל 20	18.04
21-60	55.27
61-65	65.73
66-70	98.15
71-75	127.58
(מדד 13396)	
שים לב! מחיר הביטוח עלול להשתנות בהתאם למצב רפואי או עקב מתן הנחה. דמי הביטוח בפוליסה יקבעו לפי גיל המבוטח במועד הצטרפתו לביטוח ושנתנו 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 Caino חל לראשונה לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שיגע לגיל 50 ביום 10.01.2024, יראו את ה- 01.01.2024 כמועד הגיעו לגיל 40).	

שם הכספי	תיאור הכספי	תמצית תיאור הכספיים בפוליסת	השתתפות עצמית (מדד 13396)
"יעוץ ובדיקות"	<p><u>סעיף 3 לתכנית- החזר בגין ההוצאה בפועל ביצוע השירותים המפורטים בתכנית כגן - בדיקות רפואיות, חוות דעת אבחנתיות, חוות דעת רפואיות בישראל וב בחו"ל, בדיקות הירון</u></p> <p>80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 20,000 ₪ לשנת ביתוח (עוד 25,000 ₪ לשנת ביתוח, למボוטה ברכף בביטוח זה מעל 60 חוותishi), ועד לתקרה המורבית לכל כסוי ממופרט בתכנית. למשל - עד לסך של 2,000 ₪ לביקורת הירון. במקרה של חוות דעת רפואיות בישראל על פי אחת האפשרויות שלהן:</p> <p><u>סעיף 3.1.1 עד לסך של 1,500 ₪</u> לשחוות דעת רפואיות שניתנה על ידי רופא מומחה לאחד מהתחומים הבאים בלבד: אונקולוגיה, נירולוגיה, קרדיולוגיה;</p> <p><u>סעיף 3.1.2 עד לסך של 300 ₪</u> לשחוות דעת רפואיות שניתנה על ידי רופא מומחה, לפחות 300 ₪ בערך, במקרים המפורטים בסעיף 3.1 לעיל,</p> <p><u>סעיף 3.1.3 לחילופין, עד לסך של 500 ₪</u> לשחוות דעת רפואיות שניתנה על ידי רופא מומחה, לפחות 500 ₪ בערך, במקרים המפורטים בסעיף 3.1.1 לעיל ועד ל- 2 חוות דעת רפואיות בשנה בלבד,</p> <p><u>סעיף 3.1.4 כסוי מלא</u> במקרה של יעוץ אצל רפואי מומחה שהנו בראשת הרופאים מומחים שהסדר עם החברה בביטוח זה.</p>	<p><u>סעיף 3</u> ltacnit-hazar במקרה של בדיקות רפואיות המפורטים בתכנית כגן - בדיקות רפואיות, חוות דעת אבחנתיות, חוות דעת רפואיות בישראל וב בחו"ל, בדיקות הירון</p>	<p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתובע ולקבל תגמול (אசישה)¹</p> <p><u>סעיף 3.1.2</u> 20% מההוצאה בפועל. במקרה של חוות דעת רפואיות על דעת רפואית על פיהם, לא יסערוף תחול השתתפות עצמית <u>סעיף 3.1.3</u> השתתפות עצמית בסך 150 ₪ ליעוץ</p>
מניעה ואבחן	<p><u>סעיף 4 לתכנית - החזר בגין ההוצאה בפועל עבור ביצוע בדיקות כגן בדיקת סקר תקופתי, בדיקת סקר סרטן גנטית.</u></p> <p>80% מההוצאה בפועל ועד לסך הנזק בוגין כל בדיקה ממופרט בתכנית. למשל סקר <u>סעיף 4.2.7</u> תקרת השיפוי לטכנולוגיות רפואיות לאבחן הנה 5,000 ₪, אחת לפחות ימים.</p>	<p><u>סעיף 4.3</u> 365 ים - בדיקות סקר תקופתיות, סקר סרטן גנטית.</p> <p>90 ים - בדיקות לרפואה מונעת, טכנולוגיות רפואיות לאבחן לפחות ימים.</p> <p>180 ים - C.T. קרדיולוגי, מניעתי, הראיות איברים במערכת העיכול לאבחן ועד.</p>	<p>20% מההוצאה בפועל וכן - בסך 285 ₪ לפחות סקר תקופתיות אצל ספק הסדר, בסך 300 ₪ לפחות סקר סרטן אצל ספק הסדר</p>
הערות	<p>"חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסת. שיט לב, במידה יש לך כסוי זהה בפוליסת אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסת".</p>		

התנאים המלאים והמחויבים הינם התנאים המפורטים בפוליסת.

¹ תקופת אכישה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרים מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מوطב) לתגמול ביטוח.