

כתובת אתר אינטרנט	כתובת החברה למשלוח דואר	כתובת דואר אלקטרוני של החברה	מספר טלפון ומספר פקס של מחלקת שירות לקוחות החברה
www.ayalon-ins.co.il	רח' אבא הלל 12 רמת גן ת"ד 10957 מיקוד 5250606	moked-briut@ayalon-ins.co.il	1-800-35-2001 פקס: 03-7569586

תמצית תנאי כתב שירות - שירותי אבחון מהיר

לוח - תמצית פרטי כתב השירות								
שם הכיסוי	כתב שירות אבחון מהיר							
סוג הביטוח	כתב שירות							
תקופת כתב השירות	בהתאם לפוליסת הביטוח אליה מצורף כתב השירות וכמפורט בסעיף 8 לכתב השירות.							
תיאור כתב השירות	ייעוץ רפואי ראשוני ובדיקות אבחנתיות נוספות.							
כתב השירות אינו מכסה את המנוי במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	שירותי האבחון לא יכללו אבחון פסיכיאטרי ו/או אבחון של מחלות נפש ו/או אבחון של הפרעות נפש, אבחון הפרעות קשב וריכוז, אבחון מצבים רפואיים בתחום רפואת השיניים ו/או הפה והלסת, בדיקות רפואיות אבחנתיות המבוצעות להיריון ו/או ללידה ו/או לפריון ו/או לעקרות, אבחון גינקולוגי.							
אחרי כמה זמן מתחילת כתב השירות ניתן לתבוע ולקבל שירות (אכשרה)	45 ימים. סעיף 2.7 בכתב השירות.							
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים.							
עלות כתב השירות	<table><tr><td>גיל</td><td>דמי מנוי חודשי ללא הנחות ותוספות</td></tr><tr><td>0-20</td><td>1.80 ₪</td></tr><tr><td>21 ומעלה</td><td>7.70 ₪</td></tr></table>		גיל	דמי מנוי חודשי ללא הנחות ותוספות	0-20	1.80 ₪	21 ומעלה	7.70 ₪
	גיל	דמי מנוי חודשי ללא הנחות ותוספות						
	0-20	1.80 ₪						
	21 ומעלה	7.70 ₪						
דמי הביטוח נקובים בש"ח וצמודים למדד 12377								
שים לב! מחיר הביטוח עלול להשתנות בהתאם למצבך הרפואי או עקב מתן הנחה.								
מחיר נספח השירות נכון למועד פרסומו.								

1 - תקופת אכשרה - תקופת המתחילה במועד כניסתו לתוקף של כתב השירות לגבי המנוי. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי המנוי לשירותים מכוח כתב השירות.

תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
פגישת ייעוץ רפואי ראשוני עם רופא מטעם הספק (ראה סעיף 2.1.1)	כיסוי מלא	• בגין אבחון רפואי ו/או בדיקות אבחנתיות ראשוניות - סכום כולל של 160 ₪.
בדיקות אבחנתיות נוספות (ראה סעיף 2.1.2)	כיסוי מלא	בגין בדיקות אבחנתיות נוספות, למעט Pet CT - סכום כולל של 320 ₪. בגין בדיקת Pet CT (בניכוי סך של 320 ₪, ככל ששולם כאמור לעיל) - 600 ₪.
הערות: השירותים יינתנו על ידי נותני שירות מטעם הספק בלבד. כל עוד שירותי האבחון הרפואיים ניתנים על ידי הדסה מדיקל בע"מ, הם יינתנו בתחומי בית החולים ברמת גן.		

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים