

טלפון *2735 פקס 037348178	כתובת הדואר האלקטרוני polisotbs@harel-ins.co.il	אבא הלל 3, ת"ד 10951, רמת גן 5200901	כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il
------------------------------	---	---	--

תמצית תנאי הביטוח

תכנית טיפולים ואבחונים לילד

מספר תכנית 521, מהדורה 10/2023

תמצית פרטי הפוליסה					
שם הביטוח	טיפולים ואבחונים לילד				
סוג הביטוח	טיפולים ואבחונים לילד				
תקופת הביטוח	מתחדשת כל שנתיים כמפורט בסעיף 10 לתוכנית תנאים כלליים ועד גיל 21				
תיאור הביטוח	כיסוי להוצאות רפואיות הקשורות בטיפולי התפתחות הילד עד גיל 21 ובדיקות לאבחון הפרעות קשב וריכוז, המבוצעים בישראל, על פי הטיפולים והאבחונים המפורטים בתכנית.				
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיף 4 לתוכנית זו. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.				
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)1	כמפורט בסעיף 2.3 ובסעיף 3.6 לתנאי תכנית זו - 180 יום.				
השתתפות עצמית	כמפורט בסעיף 2 לתנאי תכנית זו - 50% מההוצאה בפועל לטיפולים לילד. כמפורט בסעיף 3 לתנאי תכנית זו - 20% מההוצאה בפועל לאבחון.				
עלות הביטוח	<table border="1"> <tr> <td>מחיר הביטוח החודשי ללא הנחות ותוספות</td><td>גיל</td></tr> <tr> <td>35.15</td><td>ילד עד גיל 21</td></tr> </table> (מדד 13396) 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).	מחיר הביטוח החודשי ללא הנחות ותוספות	גיל	35.15	ילד עד גיל 21
מחיר הביטוח החודשי ללא הנחות ותוספות	גיל				
35.15	ילד עד גיל 21				

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

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (מדד 13396)
טיפולים לילד עד גיל 21	סעיף 2 לתוכנית - טיפולי התפתחות הילד כמפורט ברשימת הטיפולים המכוסים כלהלן: ריפוי בעיסוק, קלינאי תקשורת והוראה מתקנת, פסיכותרפיסט, פסיכולוג, שחייה טיפולית, רכיבה טיפולית, טיפול באומנות, טיפול באמצעות בעלי חיים, טיפול בהרטבה (כולל ייעוץ), וטיפול בהפרעות אכילה מסוג אנורקסיה או בולימיה - הנדרש על פי קביעת רופא פסיכיאטר.	עד 300 ₪ לטיפול בכפוף להשתתפות עצמית, ועד סכום מירבי של 3,000 ₪ בגין כל מכסת הטיפולים, לשנת ביטוח.
בדיקות לאבחון הפרעות קשר וריכוז לילד עד גיל 21	סעיף 3 לתוכנית - שיפוי עבור 2 בדיקות אבחון כל 3 שנים ועד גיל 21, בהתאם לרשימת הבדיקות המפורטת בתכנית. כגון אבחון וייעוץ דידקטי, אבחון וייעוץ בהפרעות קשב וריכוז.	80% מההוצאה בפועל ועד לתקרה הנקובה בתכנית על פי סוג האבחון. כגון עד תקרה של 1,000 ₪ עבור אבחון וייעוץ פסיכודידקטי ; או עד תקרה של 500 ₪ לאבחון וייעוץ בהפרעות קשב וריכוז (BRC) .
הערות	"חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה."	

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.