



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

תמצית תנאי הביטוח - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

לוח 1 - תמצית פרטי הפוליסה																			
שם הביטוח	ביטוח לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות																		
סוג הביטוח	תרופות																		
תקופת הביטוח	מתחדש כל שנתיים בכפוף לאמור בסעיף 9 בתנאים הכלליים המצורפים לנספח זה.																		
תיאור הביטוח	כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות. כיסוי לתרופות מיוחדות. כיסוי לביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול במחלת הסרטן טיפול רפואי הנלווה למתן תרופה.																		
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	כמפורט בסעיף 3, 22 בתנאים הכלליים ובסעיף 5 לנספח זה.																		
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)*	90 ימים.																		
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים.																		
השתתפות עצמית	300 ₪ למרשם חודשי לתרופה בגין תרופה כמפורט בסעיפים 2.1.1-2.1.4 בנספח זה. 500 ₪ למרשם לתרופה מיוחדת. (לא תיגבה השתתפות עצמית לתרופה שעלותה החודשית גבוהה מ- 5,000 ₪). 20% לבדיקה גנטית.																		
עלות הביטוח - פרמיה משתנה לפי קבוצת הגיל	<table border="1"> <thead> <tr> <th>גיל</th><th>מחיר הביטוח החודשי ללא הנחות ותוספות</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>0-20</td><td>12.31</td></tr> <tr><td>21-30</td><td>17.05</td></tr> <tr><td>31-40</td><td>24</td></tr> <tr><td>41-50</td><td>39.02</td></tr> <tr><td>51-55</td><td>56.5</td></tr> <tr><td>56-60</td><td>74.90</td></tr> <tr><td>61-65</td><td>100.86</td></tr> <tr><td>66 ואילך</td><td>133.96</td></tr> </tbody> </table> הסכומים צמודים למדד בסיס 13243 אשר פורסם ב 15/08/2022 שים לב! מחיר הביטוח עלול להשתנות בהתאם למצבך הרפואי או עקב מתן הנחה. באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון כנס למחשבון. מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם. דמי הביטוח בפוליסה יקבעו לפי גיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבוטח**.	גיל	מחיר הביטוח החודשי ללא הנחות ותוספות	0-20	12.31	21-30	17.05	31-40	24	41-50	39.02	51-55	56.5	56-60	74.90	61-65	100.86	66 ואילך	133.96
גיל	מחיר הביטוח החודשי ללא הנחות ותוספות																		
0-20	12.31																		
21-30	17.05																		
31-40	24																		
41-50	39.02																		
51-55	56.5																		
56-60	74.90																		
61-65	100.86																		
66 ואילך	133.96																		

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

** לעניין גיל המבוטח ראה סעיף 1.43 תחת הגדרות בתנאים הכלליים.

לוח 2 - תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע
תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות	- כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואושרו באחת מהמדינות המוכרות כהגדרתן בפוליסה. - כיסוי לתרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, להתוויה שונה, בכפוף לאישורה באחת מהמדינות המוכרות. - תרופות המוגדרות כ-OFF LABEL. - כיסוי לתרופת יתום – תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות.	עד 3,000,000 ₪ מתחדש כל שנתיים
	תרופות מיוחדות - תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה להתוויה רפואית כלשהי והמבוטח קיבל אישור לייבוא אישי של תרופה מכוח סעיף 29 (א) (3) לתקנות הרוקחים (תכשירים) התשמ"ו-1986	עד 1,000,000 ₪ לתרופה מיוחדת מתחדש כל שנתיים ולא יותר מ-200,000 ₪ לחודש.
	בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן.	עד 40,000 ₪ לבדיקה, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
	טיפול רפואי הכרוך במתן התרופה.	עד למקסימום של 60 יום, ועד 250 ₪ לכל יום.
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.	

הגדרות אלה תקפות ליום פרסומן.
כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים.