



טלפון שירות לקוחות: 03-9272300	כתובת דוא"ל: service@aig.co.il	כתובת למשלוח דואר: ת.ד. 535 פ"ת 4910001	כתובת אתר החברה: www.aig.co.il
-----------------------------------	-----------------------------------	--	-----------------------------------

תמצית תנאי הביטוח תרופות מחוץ לסל

01/2024

גילוי נאות לתוכנית ביטוח לתרופות מחוץ לסל	
שם הביטוח	AIG MEDICARE
סוג הביטוח	תרופות מחוץ לסל הבריאות ושאינן ניתנות על ידי קופות החולים לחבריהן, מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי.
תקופת הביטוח	מתחדשת כל שנתיים כמפורט בפרק ב' סעיף 5 בתנאים הכלליים.
תיאור הביטוח	כיסוי לאחד או יותר מהבאים ובהתאם לתנאי הכיסוי וגבולות האחריות ועל פי הגדרתם בתנאי הפוליסה: 1. תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות ואושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצב הרפואי של המבוטח בידי רשות מוסמכת בישראל או באחת המדינות המוכרות 2. תרופה הכלולה בסל אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח 3. תרופת OFF LABEL 4. תרופת יתום 5. תרופה מיוחדת 6. בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח 7. שיפוי להוצאות עבור שירות רפואי או טיפול רפואי הכרוך בנטילת התרופה
חריגים בפוליסה - הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים	סייגי הפוליסה וחריגיה מפורטים בפרק 5 בתנאי התוכנית.
תקופת אכשרה - פרק זמן מיום תחילת הביטוח שבמהלכו מקרה ביטוח שקרה אינו מכוסה בביטוח	90 יום, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

עלות הביטוח

פרמיה חודשית	גיל
9.00	עד גיל 20
9.50	מגיל 21 עד 30
18.00	מגיל 31 עד 40
30.08	מגיל 41 עד 50
45.64	מגיל 51 עד 55
60.26	מגיל 56 עד 60
100.79	מגיל 61 עד 65
134.63	מגיל 66

שים לב!

1. מחיר הביטוח עשוי להשתנות בהתאם למצבך הרפואי או עקב מתן הנחה.
2. הסכומים המפורסמים בספר הפוליסה הם לפי מדד מרץ 2023, 589.222 נק'.
3. באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון.

מחירי הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים ליום פרסומם.

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
תרופות מחוץ לסל	תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה לשימוש לפי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח	עד 3,000,000 ₪	300 ₪ לתרופה לחודש. לא תיגבה השתתפות עצמית עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 ₪.
	תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח		
	תרופה Off Label כהגדרתה בסעיף 1.12 לתנאי התוכנית.		
	תרופת יתום כהגדרתה בסעיף 1.9 ובהתאם לתנאי הכיסוי בסעיף 2.1 (ד') לתנאי התוכנית.		
	תרופה מיוחדת כהגדרתה בסעיף 1.10 ובהתאם לתנאי הכיסוי בסעיף 2.1 (ה') לתנאי התוכנית.	עד 1,000,000 ₪, ולא יותר מ-200,000 ₪ בחודש.	500 ₪ לתרופה לחודש. לא תיגבה השתתפות עצמית עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 ₪.
	בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח כהגדרתה בסעיף 1.1 ובהתאם לתנאי הכיסוי בסעיף 2.2 בתנאי התוכנית.	80% מההוצאה ועד 40,000 ₪	20%
	שיפוי להוצאות עבור שירות רפואי או טיפול רפואי הכרוך בנטילת התרופה	עד 250 ₪ ליום עד 60 ימים	ללא השתתפות עצמית

הערות

לתשומת ליבך,
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.