

306
אילון זכריה



346660 איאון ישראל בע"מ מכבי עותק למבוטח דף-1
רשימה לביטוח תאונות אישיות רמת גן
המהווה חלק בלתי נפרד מתנאי הפוליסה (03)

פרטי המבוטח
בעל הפוליסה : תנועת מכבי ישראל זיהוי לקוח : 580052793
כתובת : ברנשטיין פרץ 7 מיקוד : 5224771

פרטי הפוליסה
ענף : 430 פוליסה : 34304487720 מס.מזהה : 2254237
תקופת ביטוח: מ-01.11.2020 עד-00:01 31.08.2021 חצות

תיאור הכיסויים העיקריים שנרכשו

* סיכום פרק הכיסוי הבסיסי

פירוט פרמיות, סכומי ביטוח והשתתפויות עצמיות

תיאור הכיסוי	סכום ביטוח	השת. עצמית	פרמיה שנתית	פרמיה לתשלום
רשימת מבוטחים לפי קבוצת גיל * סיכום פרק הכיסוי הבסיסי *חיישוב פרמיה (רב-מבוטח) תשומת לבך כי האמור לעיל הינו תמצית המידע, מידע נוסף ומפורט במיוחד בנוגע להשתתפות העצמית מופיע בפרק "מידע נוסף", בכל מקרה של סתירה יגבר האמור בפרק "מידע נוסף".				

סה"כ פרמיה שנתית :
דמי ביטוח לתשלום במזומן :
דמי אשראי מלאים :
זיכוי דמי אשראי עקב תובענה ייצוגית ת.צ. 52049-12-14 :
סכום דמי אשראי לאחר הנחה :
סה"כ לתשלום לתקופה של 304 ימים :

אפשרויות לתשלום דמי הביטוח

- דמי הביטוח ניתנים לתשלום באפשרויות הבאות :
1. בתשלום אחד תוך 28 יום מיום תחילת הביטוח - ללא ריבית וללא הצמדה למדד לצרכן ("להלן תשלום במזומן")
 2. ניתן להסדיר את תשלום דמי הביטוח בתשלומים חודשיים שווים ורצופים:
 - באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע עד 4 תשלומים ללא תוספת דמי אשראי וללא הצמדה כאשר התשלום הראשון לא יאוחר מ- 21 ימים מיום תחילת הביטוח, או הגשת הפוליסה/מפרט למבוטח, לפי המאוחר.
 - באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע ב- 10 תשלומים כאשר התשלום הראשון יפרע לא יאוחר מ- 21 ימים מיום תחילת הביטוח, או הגשת הפוליסה/מפרט, לפי המאוחר ובתוספת הצמדה למדד מחירים לצרכן ודמי אשראי בשיעור של 1.54% על תשלום מזומן (המהווים ריבית שנתית אפקטיבית בשיעור של 4.20%):
 3. במקרה של תקופת ביטוח קצרה משנה, יעודכן מספר התשלומים כך שהתשלום האחרון יפרע לפחות 21 יום לפני תום תקופת הביטוח.
 4. בוצע שינוי בפוליסה במהלך תקופת הביטוח - החיוב/זיכוי בגינו יצורף או יופחת מיתרת התשלומים שנותרו על פי הפוליסה המקורית.
 5. ניתן לבקש לשנות לאמצעי תשלום אחר את יתרת התשלומים שנותרו.
 - לא שולמו דמי הביטוח במועדם ו/או בוצע שינוי בסכומים ו/או במספר התשלומים של דמי הביטוח, ייתכן שיתווספו דמי אשראי ו/או יתעדכן שיעורם ותתוסף הצמדה למדד לפי המצב בפועל.
 6. דמי האשראי יחושבו על בסיס שיעור ריבית שנתית של 4.20%.
 - לנוחיותך, להלן טבלה המפרטת את תשלומי הפרמיה ודמי אשראי בהתאם למספר התשלומים (לתשלומים יתווספו הפרשי הצמדה):

מספר תשלומים (*)	פרמיה מזומן	שיעור דמי אשראי	סכום דמי האשראי	סה"כ לתשלום	סכום כל תשלום
1	17528.00	.00	.00	17528.00	17528.00
2	17528.00	.00	.00	17528.00	8764.00
3	17528.00	.00	.00	17528.00	5842.67
4	17528.00	.00	.00	17528.00	4382.00
5	17528.00	.69	120.94	17648.94	3529.79
6	17528.00	.86	150.74	17678.74	2946.46
7	17528.00	1.03	180.53	17708.53	2529.79
8	17528.00	1.20	210.33	17738.33	2217.29
9	17528.00	1.37	240.13	17768.13	1974.24
10	17528.00	1.54	269.93	17797.93	1779.79
11	17528.00	1.54	269.93	17797.93	1617.99
12	17528.00	1.54	269.93	17797.93	1483.16

הערה: תשלומים חודשיים שווים, רצופים ועוקבים, כאשר התשלום הראשון לא יאוחר מ- 21 ימים מתחילת הביטוח, או הגשת הפוליסה/מפרט למבוטח, לפי המאוחר. לידעתך, בהעדר בחירת אמצעי התשלום, חיוב דמי האשראי בגין תשלום דמי הביטוח לעיל חושבו על בסיס דמי אשראי מקסימליים אשר ישולמו במהלך תקופת הביטוח בתשלומים חודשיים, שווים ורצופים שמספרם אינו עולה על מספר חודשי הביטוח.

מידע נוסף

300.00
 30.00 : 26663-02-17 זיכוי דמי אשראי עקב תובענה ייצוגית ת.צ.
 270.00 : סכום דמי אשראי לאחר ההנחה

פרמיה שנתית	שעור הפרמיה	סכום הביטוח	תאור הכסוי/פרטי הכסוי
-------------	-------------	-------------	-----------------------

 * הפרטים המצוינים ברשימה מבוססים על המידע שנמסר למבטח בבקשה לעריכת הביטוח.
 * על אי עמידה בחובת גילוי עניין מהותי יחולו הוראות חוק חוזה הביטוח,
 * התשמ"א-1981.
 * * * * *
 * הסעיפים שבכיסוי הינם אך ורק אלה שצוינו במפורש ברשימה זו.
 * * * * *

בכפיתה לתנאי פוליסה קולקטיבית לביטוח תאונות אישיות לאגודות וארגוני ספורט
 בכפוף לחוק הספורט מהדורה 2019 על כל תנאיה וסייגיה.
 משלח ידו של המבוטח לענין ביטוח זה:-
 כדורסל ליגה לאומית.

 בניגוד לרשום מטה, הפוליסה תעודכן
 בכפוף לרשימת המבוטחים שיעביר המבוטח
 על פי המוסכם ב 1.2.2021, 1.5.2021,
 ו- 31.8.2021.

ביטוח תאונות אישיות - ספורטאים

הש.עצמית	סה"כ: 5 מעל גיל 20	עיסוק: 22 כדורסל - גברים ליגה לאו תיאור הכיסוי
---	225,000	סכום הביטוח לפיצוי למקרה תוות :
---	337,000	סכום הביטוח לפיצוי למקרה נכות מלאה וקבועה :
635	10,150	הוצאות רפואיות :
635	10,150	טיפול שיניים :
11 יום	814	פיצוי שבועי :
		* תקופת הפיצוי המירבית לפיצוי שבועי תהא: 52 שבועות

ביטוח אחריות כלפי צד שלישי:
 בעל הפוליסה: המבוטח אשר שמו מופיע בשם המבוטח, עכוור ספורטאים/חניכים הרשומים אצל המבוטח (להלן המבוטחים).

ביטוח אחריותם האישית של המבוטחים אחד כלפי השני, עפ"י פקודת הנזיקין בגין מקרה ביטוח המתרחש במהלך פעילות ספורט, המאורגנת באופן מלא או חלקי ע"י בעל הפוליסה ו/או מטעמו בגוללות אחריות המתייחסים לכל תובע כנפרד בסך: 1,000,000 גבול אחריות למקרה אחד

4-94

עותק למבוטח

תוספת: 0

פוליסה: 3-43-044877/20

346660 איאון ישראל בע"מ

ענף: 430

שם המבוטח: תנועת מכבי ישראל

פרמיה שנתית	שעור הפרמיה	סכום הביטוח
-------------	-------------	-------------

תאור הכסוי/פרטי הכסוי

גבול אחריות מירבי לתקופה: 1,000,000

השתתפות עצמית: 4,000 (חלה על הספורטאי)
 מובהר במפורש כי סכום ההשתתפות העצמית הרשום לעיל, חל מכל סכום בו ישא המבוטח לרבות הוצאות שהוצאו עקב הגשת התביעה ו/או הדרישה לפיצוי או הודעה על אירוע, וזאת אף אם לא שולמו תגמולי ביטוח או פיצויים.

רשימת מבוטחים:

הכיסוי הינו בגין הספורטאים המופיעים ברשימת המבוטחים (קובץ excel) המהווה חלק בלתי נפרד מתנאי פוליסה זאת.

על רשימה זו לכלול נתונים כלהלן:

שם המבוטח, מספר זהות, תאריך לידה, ומען למשלוח דואר.

על רשימה זו להתעדכן מעת לעת, בהתאם לשינוי במצבת המבוטחים.

מועד העברת הרשימה: תוך 30 יום ממועד תחילת הפוליסה, ו/או ממועד הצטרפותם במהלך תקופת הביטוח.

הפוליסה כפופה לדרישות חוק הספורט חשמ"ח 1988 ותקנות הספורט (ביטוח) תשנ"ה 1994

תנאים כלליים

הפוליסה כפופה לקבלת שמותיהם של המבוטחים תחתיה תוך 30 יום ממועד תחילת הפוליסה ו/או ממועד הצטרפותם במהלך תקופת הביטוח.

רשימת המבוטחים תועבר ע"ג קובץ אקסל בלבד ותכלול את הפרטים שלהלן:

שם פרטי, שם משפחה, מס. תעודת זהות, כתובת מלאה ותאריך לידה.

למען הסר ספק, הכיסוי מוגבל לתאונות שיארעו בעת עיסוק בספורט בגינה בוטח המבוטח, ובתנאי שהעיסוק בפעילות זו הינו באישור בעל הפוליסה ו/או מדריך מטעמו בלבד.

מובהר בזאת כי כל פעילות אחרת לא תהיה מכוסה.

למען הסר ספק הפוליסה מכסה אירועים תאונתיים בלבד וללא מחלות.

מוצהר ומוסכם בזאת כי סכום הביטוח על פי פוליסה זו מוגבל

לסך: 1,125,000 בגין מקרה ביטוח אחד ובסה"כ לתקופת הביטוח.

מוטבים:

רמקרה מות המבוטח ישולמו הפיצויים ליורשים החוקיים.

הנחת העזר תביעות

השלמה לפרמיה מינימלית

סה"כ פרמיה פרק הכיסוי הבטיסי

סה"כ השלמת פרמיה

מובהר ומוסכם בזאת כי:

1. הפרקים שבכיסוי הינם אך ורק אלה שצויינו לעיל.

*** א י ל ו ן *** חברה לביטוח בע"מ **

תאריך הדפסה: 15/02/2021 (הדפסה חוזרת ב-15/02/2021)

זהו משנה: 2254237

חודש בורדרו: 02/2021 מקיש: 00436 מאשר: 436 שם הסוכן: איאון ישראל בע"מ מדד: 958.78 מכבי