

כצוי 3
ארכיון זכר, אלאמית (סימ, נוצר)



בית איילון ביטוח: רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 52008, ת.ד. 10957

דף-1

מכבי עותק למבוטח
תוספת לביטוח תאונות אישיות
המהווה חלק בלתי נפרד מתנאי הפוליסה

346660 איאון ישראל בע"מ

(04)

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

פרטי הפוליסה	
ענף: 430 פוליסה: 34304206419	תוספת: 3
תחילת תוקף התוספת: 01.09.2019	תקופת ביטוח: מ-01.09.2019 עד-31.08.2020
תחילת תוקף הפוליסה: 31.08.2020	

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 * פישוב 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". ** ח-חדש ש-שינוי ב-ביטול * סכום ביטוח מעדכן	ש			

סה"כ פרמיה שנתית

דמי ביטוח לתשלום במזומן.
דמי אשראי

סה"כ לתשלום לתקופה של 366 ימים:

מידע נוסף

תאור הכסוי/פרטי הכסוי מעודכן הפרמיה שנתית

* 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:- שינוי

.....
=====

ענף הכדוריד

ארצית - גברים : 16
לאומית - נשים : 7
נוער :

בכפוף לרשימת המבוטחים שיעביר המבוטח
על פי המוסכם ב- 1.12.19 1.4.2020
וב - 31.8.2020.

ביטוח תאונות אישיות - ספורטאים

הש.עצמית	סה"כ: 23 מעל גיל 20	סה"כ: 9 עד גיל 20	עיסוק: 33 כדוריד - ארצית
---	225,000	67,000	סכום הביטוח לפיצוי למקרה מוות
---	337,000	337,000	סכום הביטוח לפיצוי למקרה נכות מלאה וקבועה
635	10,150	10,150	הוצאות רפואיות
635	10,150	10,150	טיפול שיניים
11 יום	814	200	פיצוי שבועי
			* תקופת הפיצוי המירבית לפיצוי שבועי תהא: 52 שבועות

ביטוח אחריות כלפי צד שלישי: שינוי

בעל הפוליסה: המבוטח אשר שמו מופיע בשם המבוטח, עבור 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 בגבולות אחריות המתייחסים לכל תובע בנפרד בסך:

גבול אחריות למקרה אחד: 1,000,000
גבול אחריות מירבי לתקופה: 1,005,015

346660	איילון ישראל בע"מ	ענת: 430	פוליסה: 3-43-042064/19	תוספת: 3	עותק למבוטח	דף-3
שם המבוטח: תנועת מכבי ישראל						
תאור הכסוי/פרטי הכסוי	סכום מעודכן	השינוי	שעור הפרמיה	הפרש פרמיה שנתית		

השתתפות עצמית: 4,020 (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 תשמ"ח 1988 ותקנות הספורט (ביטוח) תשנ"ה 1994

תנאים כלליים

הפוליסה כפופה לקבלת שמתיהם 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: 5,778,000 בגין מקרה ביטוח אחד ובסה"כ לתקופת הביטוח.

מוטבים:

במקרה מות המבוטח ישולמו הפיצויים ליורשים החוקיים.

השלמה לפרמיה מינימלית
סה"כ פרמיה פרק הכיסוי הבסיסי
סה"כ השלמת פרמיה

מובהר ומוסכם בזאת כי:

1. הפרקים שבכיסוי הינם אך ורק אלה שצויינו לעיל.
2. אפשרויות תשלום

1. במידה וטרם הסדרת את אופן חיוב דמי הביטוח, דמי הביטוח ניתנים לתשלום באפשרויות הבאות:
1. בתשלום אחד תוך 28 יום מיום תחילת הביטוח.
2. ניתן לשלם את הפרמיה באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע ב-10 תשלומים חודשיים, שווים, רצופים לפי שער דולר יציג במועד התשלום, כאשר התשלום הראשון יפרע לא יאוחר מ-21 ימים מיום תחילת הביטוח או הגשת הפוליסה/מפרט למבוטח לפי המאוחר, ובתוספת דמי אשראי בשיעור של 6% בנוסף לתשלום מזומן (המהווים ריבית שנתית אפקטיבית בשיעור של 16%).
3. במקרה של תקופת ביטוח קצרה משנה, יעודכן מספר התשלומים כך שהתשלום האחרון יפרע לפחות 21 יום לפני תום תקופת הביטוח.
4. תשלום/זיכוי בגין שינויים בפוליסה שיבוצעו במהלך תקופת הביטוח, יצורפו או יופחתו מיתרת התשלומים שנותרו על פי הפוליסה המקורית.
5. במידה ויבוצע שינוי בסכומים ו/או במספר תשלומים של דמי הביטוח ו/או במועד, יתעדכן סכום דמי האשראי בהתאם לשיעור הריבית השנתית של 16% בסמוך לפירעון מלוא דמי הביטוח.

כמו כן ניתן לשלם את הפרמיה בתשלומים באחת האפשרויות הבאות ובתוספת דמי אשראי בהתאם לשיעור שלהלן (סכום לתשלום עבור כל 1,000 ש"ח):

- מספר - פרמיה - אחוז - סכום דמי - סכום -

ה ר ח ב י ם ו ת ו ס פ ו ת (המשך)					
תשלומים	מזומן	רבית - האשראי	תשלום		
1	1,000	0%	1,000	-	-
2	1,000	0.70%	1,007	-	-
3	1,000	1.30%	1,013	-	-
4	1,000	2.00%	1,020	-	-
5	1,000	2.70%	1,027	-	-
6	1,000	3.40%	1,034	-	-
7	1,000	4.00%	1,040	-	-
8	1,000	4.70%	1,047	-	-
9	1,000	5.40%	1,054	-	-
10	1,000	6.00%	1,060	-	-

הערה: התשלומים חודשיים שווים, רצופים ועוקבים, כאשר התשלום הראשון לא יאוחר מ-21 ימים מתחילת הביטוח, או הגשת הפוליסה/מפרט למבוטח לפי המאוחר.

לידיעתך, בהעדר בחירת אמצעי התשלום מראש, טרם הפקת המפרט, חיוב דמי האשראי אשר מופיע במפרט בגין תשלום דמי הביטוח לעיל, חושבו על בסיס דמי אשראי מקסימליים המתאימים ל-10 תשלומים חודשיים.

** א י ל ו ן חברה לביטוח בע"מ **

תאריך הדפסה: 16/04/2020 (הדפסה חוזרת ב-16/04/2020)
זהו משני: 2254237

חודש בורדרו: 04/2020 מקיש: 00436 מאשר: 436
עוֹתֵק לִמְבוֹטָח שם הסוכן: איאון ישראל בע"מ מדד: 965.48
מכבי