

שאלון 2023/24

## שאלון ביטוח תאונות אישיות - חוק הספורט

חובה למלא את כל השדות המסומנים ב-\*

מס' העמותה*		שם העמותה ואיש הקשר*	
		טלפון	טלפון נייד*
כתובת דוא"ל (EMAIL)*		מספר	רחוב
מיקוד	ישוב		

פרטי המבוטח			
<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז			
תאריך לידה*	מין	שם פרטי*	שם משפחה*
מיקוד	מספר	רחוב	ישוב
טלפון נייד	טלפון בעבודה	טלפון בבית	שם האב / האם*
כתובת דוא"ל (EMAIL)*			

נא רשמי/רשום את ענפי הספורט בהם הנך עוסק/ת:

ענפי ספורט נוספים	ענף ספורט

### להלן טבלת הכיסויים כנדרש על-פי חוק הספורט:

מס' סידורי	מקרה בטוח	עד גיל 20 (כולל)	מעל גיל 20	השתתפות עצמית
	מוות מתאונה	₪ 74,000	₪ 248,000	אין
	נכות מתאונה	₪ 372,000	₪ 372,000	אין
	הוצאות רפואיות	₪ 11,300	₪ 11,300	₪ 703
	טיפול שיניים	₪ 11,300	₪ 11,300	₪ 703
	פיצוי שבועי	₪ 220	₪ 900	11 יום
	צד ג' - ספורטאים גבול האחריות	למקרה: 1,000,000 ₪ לתקופה: 1,000,000 ₪		₪ 4,200

הכיסוי הביטוחי ניתן על-ידי איילון חברה לביטוח בע"מ

## לתשומת ליבך,

על פי האמור בתיקון 10 לחוק הספורט מיום 16/8/2016 ותיקון 15 לחוק הספורט מיום 1/7/2018, חובת הביטוח לפי סעיף 7(א) לחוק הספורט התשמ"ח - 1988, לא תחול על: ספורטאים שהינם תלמידים המבוטחים בביטוח תאונות אישיות על פי סעיף 16(ד1) לחוק לימוד חובה, ו/או ספורטאים המקבלים שכר חודשי בגובה שכר המינימום לחודש הקבוע בחוק שכר מינימום לפחות, בתמורה להשתתפותם בתחרויות ספורט, ו/או ספורטאים המשתתפים בפעילות נלווית לעבודה לרבות בליגה למקומות עבודה ו/או ספורטאים המשתתפים בפעילות ספורט שאין בעדה תשלום שכר או כל תמורה אחרת ו/או ספורטאי הנוטל חלק בתחרות ספורט מסוימת בידי אחד מגופי הספורט או שביטח את עצמו, או שבוטח בביטוח אחר בתנאים המזעריים הנדרשים על פי חוק הספורט ותקנותיו, ובלבד שנמסר לאגודה אישור המבטח על כך שמתקיימים בביטוח התנאים האמורים.

הנני מאשר/ת להעביר אלי עדכונים בכל הקשור לביטוח.

למקרה של קטין חתימת ההורים:

חתימת החבר:

חתימה וחתימת העמותה:

תאריך:

## הודעות על נפגעים וטיפול בתביעות - ראה כתובתנו מטה

1. על מנת להבטיח את זכויות הספורטאים במלואם לפי ציוי מלא, הנכם מתבקשים להקפיד על מילוי ההוראות שלהלן:
2. מיד עם הודע דבר פגיעתו של הספורטאי יש להמציא דו"ח פגיעה בצרף טופס ויתור סודיות רפואית מפורטים וחתימים על ידי הנפגע ומזכיר הסניף, על גבי הטפסים המיועדים לכך והנמצאים במשרדנו.
3. כל אישור רפואי שיתקבל מהרופא, יש להעביר ללא דיחוי בהתאם.
4. במקרה של טיפול ממושך יש להמציא לנו מידי פעם אישורים רפואיים נוספים.
5. כמו-כן יש להמציא אישור המעביד/בית הספר לתקופת ההעדרות.
6. הוצאות רפואיות ניתן לקבל אך ורק תמורת קבלות מקוריות בלבד.
7. **ספורטאי חוזה**, יש להמציא צלום החוזה בצרף אישור האגודה לתקופת ההעדרות בציון שלא שיחק, לא התאמן ולא קיבל שכר.
8. בגין פיצוי שבועי נא להמציא אישור ביטוח לאומי ממקום העבודה.

כתובתנו לפניית ציבור המבוטחים ולמשלוח דאר הינה:

helis@gish.co.il



ע.י. געש סוכנות לביטוח (2003) בע"מ

רחוב לזרוב 33, ראשל"צ 7565435, טל. 1599-500-005 (מכל אזור חיוב) פקס. 03-9434020