

אניס שולון



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 איילון ישראל בע"מ

(04)

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

<b>פרטי הפוליסה</b>	
ענף : 430 פוליסה : 34304207318	תוספת : 1
תחילת תוקף התוספת: 01.09.2018	תקופת ביטוח: מ-01.09.2018 עד-31.08.2019
מס.מזהה : 2254237	

**תיאור הכיסויים העיקריים שנרכשו**

\* סיכום פרק הרחבות ותוספות

**פירוט פרמיות, סכומי ביטוח והשתתפויות עצמיות**

תיאור הכיסוי	** סכום ביטוח*	השת. עצמית	פרמיה שנתית	פרמיה לתשלום
רשימת מבוטחים לפי קבוצת גיל	4,195,200			
רשימת מבוטחים לפי קבוצת גיל				
* סיכום פרק הכיסוי הבסיסי	ש			
* סיכום פרק הרחבות ותוספות	ש			
* התאמת פרמיה	ב			
* חישוב 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				

סה"כ פרמיה שנתית :  
דמי ביטוח לתשלום במזומן :  
דמי אשראי :

סה"כ לתשלום לתקופה של 365 ימים :

**מידע נוסף**

תאור הכסוי/פרטי הכסוי      סכום מעודכן      השינוי      שער הפרמיה      הפרש פרמיה 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. \*  
\*\*\*\*\*

בכפיתתה לתנאי פוליסה קולקטיבית לביטוח תאונות אישיות לאגודות וארגוני ספורט בכפוף לחוק הספורט מהדורה 2017 על כל תנאיה וסייגיה.

משלח ידו של המבוטח לענין ביטוח זה:- שינוי

טניס שולחן  
+++++

בניגוד לרשום מטה המבוטח מתחייב להעביר דוח אחת לרבעון וזאת על פי המוסכם  
\*\*\*\*\*

**ביטוח תאונות אישיות - ספורטאים      שינוי**

הש.עצמית	סה"כ: 19 מעל גיל 20	עיסוק: טניס שולחן תיאור הכיסוי
---	220,880	סכום הביטוח לפיצוי למקרה מוות :
---	331,200	סכום הביטוח לפיצוי למקרה נכות מלאה וקבועה :
625	10,000	הוצאות רפואיות :
625	10,000	טיפול שיניים :
11 יום	802	פיצוי שבועי :
		* תקופת הפיצוי המירבית לפיצוי שבועי תהא: 52 שבועות

**הכיסוי לספורטאים      בוטל      שינוי**  
**ביטוח אחריות כלפי צד שלישי:**

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:

346660 איילון ישראל בע"מ  
ענף: 430 פוליסה: 3-43-042073/18 תוספת: 1  
שם המבוטח: תנועת מכבי ישראל

תאור הכסוי/פרטי הכסוי	סכום מעודכן	השינוי	שעור הפרמיה שנתית	הפרש פרמיה
גבול אחריות למקרה אחד:	1,000,000			
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 תשמ"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 ותאריכי 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: 4,195,200 בגין מקרה ביטוח אחד ובסה"כ לתקופת הביטוח.

**סה"כ פרמיה פרק הרחבות ותוספות**

**מוטבים:**

במקרה מות המבוטח ישולמו הפיצויים ליורשים החוקיים.

**סה"כ פרמיה פרק הכיסוי הבסיסי**

**מובהר ומוסכם בזאת כי:**

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

- 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):

ה ר ח ב י ם ו ת ו ס פ ו ת (המשך)					
מספר תשלומים	פרמיה מזומן	אחוז רבית	סכום דמי האשראי	סכום תשלום	(המשך)
1	1,000	0%	-	1,000	-
2	1,000	0.70%	7	1,007	-
3	1,000	1.30%	13	1,013	-
4	1,000	2.00%	20	1,020	-
5	1,000	2.70%	27	1,027	-
6	1,000	3.40%	34	1,034	-
7	1,000	4.00%	40	1,040	-
8	1,000	4.70%	47	1,047	-
9	1,000	5.40%	54	1,054	-
10	1,000	6.00%	60	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.

\*\*\* איילון חברה לביטוח בע"מ \*\*\*

תאריך הדפסה: 23/01/2019 (הדפסה חוזרת ב-29/01/2019)

זהו משני: 2254237

ממד: 960.67  
מכבי

שם הסוכן: איאון ישראל בע"מ

חודש בורדרו: 01/2019 מקיש: 00436 מאשר: 436  
עותק למבוטח