

שויט



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

דף-1

מכבי עותק למבוטח

346660 איאון ישראל בע"מ

(06)

תוספת לביטוח תאונות אישיות
המהווה חלק בלתי נפרד מתנאי הפוליסה

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

פרטי הפוליסה	
ענף : 430 פוליסה : 34304207919 תחילת תוקף התוספת: 01.09.2019 תקופת ביטוח: מ-01.09.2019 עד-00:01 31.08.2020 חצות	תוספת : 2 מס.מזהה : 2254237

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 * 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				



מידע מסך

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.
 * התש"א-1981.
 * הסעיפים שבכיסוי הינם אך ורק אלה שצוינו במפורש ברשימה זו.
 * *****

בכפית לתנאי פוליסה קולקטיבית לביטוח תאונות אישיות לאגודות וארגוני ספורט
 בכפוף לחוק הספורט מהדורה 2019 על כל תנאיה וסייגיה.

שינוי

משלח ידו של המבוטח לענין ביטוח זה:-

שיט
 בוגרים - 60
 נוער - 2

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

 תאריכי הפוליסה 1.9.19 עד 31.8.2020

 תיאור הכיסוי - עד גיל 20

סכום הביטוח לפיצוי למקרה מוות 67,000
 סכום הביטוח לפיצוי למקרה נכות מלאה וקבועה 337,000
 הוצאות רפואיות 10,150
 טיפולי שיניים 10,150
 פיצוי שבועי 200
 תקופת הפיצוי המירבית לפיצוי שבועי תהא : 52 שבועות.
 השתתפות עצמית 11 יום .

ביטוח תאונות אישיות - ספורטאים - שינוי

הש. עצמית	62:כ: 20 מעל גיל	עיסוק: 38 יורדי זבולון ישראל - בו	תיאור הכיסוי
---	225,000	:	סכום הביטוח לפיצוי למקרה מוות
---	337,000	:	סכום הביטוח לפיצוי למקרה נכות מלאה וקבועה
635	10,150	:	הוצאות רפואיות
635	10,150	:	טיפול שיניים

ענף: 430 פוליסה: 3-43-042079/19 תוספת: 2 עותק למבוטח 3-דף
שם המבוטח: תנועת מכבי ישראל

תאור הכסוי/פרטי הכסוי סכום השינוי שער הפרש פרמיה שנתית

פיצוי שבועי * תקופת הפיצוי המירבית לפיצוי שבועי תהא: 52 שבועות
מספר המבוטחים / ספורטאים: 60 מעל גיל 20
2 מתחת לגיל 20

ביטוח אחריות כלפי צד שלישי:

בעל הפוליסה: המבוטח אשר שמו מופיע בשם המבוטח, עבור ספורטאים/חניכים הרשומים אצל המבוטח (להלן המבוטחים).

ביטוח אחריותם האישי 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

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 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 שיאלעו בעת עיסוק בספורט בגינה בוטח המבוטח, ובתנאי שהעיסוק בפעילות זו הינו באישור בעל הפוליסה ו/או מדרג מטעמו בלבד.
מובהר הזאת 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: 7,000,000 בגין מקרה ביטוח אחד ובסה"כ לתקופת הביטוח.

מוטבים:

במקרה מות המבוטח ישולמו הפיצויים ליורשים החוקיים.

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

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

ה ר צ ב י ם ו ת ו ס פ ו ת (המשך)

- 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 (המהגזים 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 בסכומי ו/או במספר תשלומים של דמי הביטוח ו/או במועדם, יתעדכן סכום דמי האשראי בהתאם לשיעור הריבית השנתית של 16% בסמוך לפירעון מלוא דמי הביטוח.

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

מספר - תשלומים	פרמיה - מזומן	אחוז - רבית	סכום דמי - האשראי	סכום - תשלום
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, חייב 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: 21/06/2020 (הדפסה חוזרת ב-21/06/2020)

זהו משנ"י: 2254237

מכבי מודד: 965.48

חודש בורדרו: 06/2020 מקיש: 00436 מאשר: 436

שם הסוכן: איאון ישראל בע"מ

עו"ת למבוטח