

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

311160 גור אמנון סוכנות לביטוח בע"מ עותק למבוטח
תוספת לביטוח תאונות אישיות
המהווה חלק בלתי נפרד מתנאי הפוליסה

ד-1
(04)

פרטי המבוטח	בעל הפוליסה : אגוד ספורטיבי דתי אליצור - המרכז כתובת : אגוד נוה אפרים 17 יהוד-מונוסון
זיהוי לקוח : 580047165 מיקוד : 6019000	

פרטי הפוליסה	ענף : 430 פוליסה : 34303870618 תוספת : 1 תחילת תוקף התוספת: 01.09.2018 תקופת ביטוח: מ-01.09.2018 עד-31.08.2019 חצות
מס.מזהה : 2040072	

תיאור הכיסויים העיקריים שנרכשו

* סיכום פרק הרחבות ותוספות

פירוט פרמיות, סכומי ביטוח והשתתפויות עצמיות

תיאור הכיסוי	** סכום ביטוח*	השתתפות עצמית	פרמיה שנתית	פרמיה לתשלום
רשימת מבוטחים לפי קבוצת גיל	2,208,000			
* סיכום פרק הכיסוי הבסיסי	ש			
* סיכום פרק הרחבות ותוספות	ש			
* התאמת פרמיה				
* 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

מספחה: אגוד ספורטיבי דתי פרטי: אליצור - המרכז ת.ז.: 580047165 קשר:
תאור הכסוי/פרטי הכסוי סכום השינוי שיעור הפרשה שנתית הפרש פרמיה מעודכן

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

בכפיתה 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:-

מוצהר ומוסכם כי הפוליסה כפופה לדף הרשימה הרצ"ב

שחקניות כדורעף נשים מעל גיל 20
+++++
מוצהר ומוסכם בזה כי בניגוד לרשום בכותרת הפוליסה ב"שם המבוטח" הכוונה הינה לבעל הפוליסה. למען הסר ספק בכל מקום בו מופיע שם המבוטח בפוליסה זו הכוונה היא כדורעף נשים.
+++++

ביטוח תאונות אישיות - ספורטאים שינוי

הש. עצמית	סה"כ: 10: מעל גיל 20	עיסוק: כדורעף נשים תיאור הכיסוי
---	220,880	סכום הביטוח לפיצוי למקרה מות
---	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
		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

גור אמנון סוכנות לבי 311160
 ענף: 430 פוליסה: 3-43-038706/18 תוספת: 1
 שם המבוטח: אגוד ספורטיבי דתי אליצור - המרכז

 תאור הכסוי/פרטי הכסוי סכום השינוי שער הפרש פרמיה
 מעודכן מעודכן שנתית שנתית

 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: 1,000,000

השתתפות עצמית: 4,056 (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 הצטרפות 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 הצטרפות 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.

מוסכם ומוצהר בזה כי בהתאם לאמור ב"סעיף 1 לפרק ד - התנאות" ישולם הפצוי החל מהיום ה-11 לתקופת אי הכושר לעבודה למקרה תאונה השתתפות עצמית - 11 ימים רצופים, כדלקמן: תקופת שיפוי תתחיל כתום עשרה ימים אחרי קרות מקרה הביטוח, כאשר יום קרות מקרה הביטוח עצמו אינו נכלל בה.

מוצהר ומוסכם בזאת כי האמור להלן לגבי סך הגבלת מקרה הביטוח מבוטל.

מוצהר ומוסכם בזאת כי סכום הביטוח על פי פוליסה זו מוגבל לסך: 2,208,000 בגין מקרה ביטוח אחד ובסה"כ לתקופת הביטוח.

סה"כ פרמיה פרק הרחבות ותוספות

מוטבים:

במקרה מות המבוטח ישולמו הפיצויים ליורשים החוקיים.

הביטוח מתייחס לרשימת קבוצות הספורטאים בהתאם לחלוקת המצ"ב ולנספח תנאים המצ"ב.
 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

גור אמנון סוכנות לבי 311160 ענף: 430
פוליסה: 038706/18-43 תוספת: 1
שם המבוטח: אגוד ספורטיבי דמי אליצור - המרכז

ה ר ח ב י ם ו ת ו ס פ ו ת (המשך)

1. 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%).
2. במקרה של תקופת ביטוח קצרה משנה, יעודכן מספר התשלומים כך שהתשלום האחרון יפרע לפחות 21 יום לפני תום תקופת הביטוח.
3. תשלום/זיכוי בגין שינויים בפוליסה שיבוצעו במהלך תקופת הביטוח, יצורפו או יופחתו מיתרת התשלומים שנתרו על פי הפוליסה המקורית.
4. במידה ויבוצע שינוי בסכומים 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 בתשלומים 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, 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: 19/11/2018 (הדפסה חוזרת ב-2/12/2018)
זהו משני: 2040072

חודש בורדרו: 11/2018 מקיש: 00103 מאשר: 103
שם הסוכן: גור אמנון סוכנות לביטוח בע"מ
מדה: 960.67
עותק למבוטח