

210860 בר זיו-רביד סוכנות ל עותק למבוטח
רשימה לביטוח תאונות אישיות
המהווה חלק בלתי נפרד מתנאי הפוליסה (03)

הסכומים הנקובים הינם בשקל חדש

זהו לקוח: 580112480 עצמה המרכז לאגודות ספורט עצ		ענף: 430 פוליסה: 86-43-035484/16 תוספת: 0
שם המבוטח: עצמה המרכז לאגודות ספורט עצמאיות		כתובת: ברנשטיין פרץ 7 רמת גן
15,000	דמי ביטוח	מיקוד: 5224771
330	דמי אשראי	00:01 שעה: 1/09/2016-מ
15,330	סה"כ לתשלום	24:00 שעה: 31/08/2017-עד
פרמיה שנתית	שעור הפרמיה	סכום הביטוח
תאור הכסוי/פרטי הכסוי		

* הפרטים המצוינים ברשימה מבוססים על המידע שנמסר למבטח בבקשה לעריכת הביטוח. *
* על אי עמידה בחובות 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 2016 על כל תנאיה וסייגיה.

ביטוח תאונות אישיות - ספורטאים

הש. עצמית	סה"כ: 100 מעל גיל 20	סה"כ: 100 עד גיל 20	עיסוק: תיאור הכיסוי
---	217,755	65,120	סכום הביטוח לפיצוי למקרה מוות
---	326,630	326,630	סכום הביטוח לפיצוי למקרה נכות מלאה וקבועה
600	9,890	9,890	הוצאות רפואיות
600	9,890	9,890	טיפול שיניים
10 יום	792	200	פיצוי שבועי
			* תקופת הפיצוי המירבית לפיצוי שבועי תהא: 52 שבועות

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:

גבול אחריות למקרה אחד: 534,727
גבול אחריות מירבי לתקופה: 534,727

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.

* מ"מ בזה ובניגוד לאמור לעיל *
* השתתפות עצמית לאירוע הינה 1,244 ש"ח *
* השתתפות עצמית תחול על הספורטאי המבוטח *
* ולא על בעל הפוליסה. *

210860 בר זיו-רביד סוכנות ל עותק למבוטח 2-ףד
 ענף: 430 פוליסה: 86-43-035484/16 תוספת: 0
 שם המבוטח: עצמה המרכז לאגודות ספורט עצמאיות

תאור הכסוי/פרטי הכסוי סכום הביטוח שער הפרמיה פרמיה

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 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: 6,795,000 בגין מקרה ביטוח אחד ובסה"כ לתקופת הביטוח.

340

סה"כ פרמיה פרק הרחבות ותוספות

מוטבים:

במקרה מות המבוטח ישולמו הפיצויים ליורשים החוקיים.

הפוליסה כפופה למפרט ביטוח פוליסה עצמה 2015

נוסח הפוליסה לעניין פרק צד שלישי בית 2013
סה"כ פרמיה פרק הכיסוי הבסיסי

14,660

מובהר ומוסכם בזאת כי:

1. הפרקים שבכיסוי הינם אך ורק אלה שצויינו לעיל.
 2. תשלום דמי הביטוח דמי הביטוח ניתנים לתשלום באפשרויות הבאות:
 - א. בתשלום אחד בתוך 30 יום מיום תחילת הביטוח (ללא תוספת של דמי אשראי).
 - ב. באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע ב-10 תשלומים חודשיים, שווים, רצופים וצמודים למדד, כאשר התשלום הראשון יפרע לא יאוחר מ-10 ימים מיום תחילת הביטוח, ובתוספת דמי אשראי בשיעור של 2.2% על הסך לתשלום במזומן (המהווים ריבית שנתית אפקטיבית בשיעור של 6%).
- במקרה של תקופת ביטוח קצרה משנה, יעודכן מס' התשלומים כך שהתשלום האחרון יפרע לפחות 21 יום לפני תום תקופת הביטוח. תשלום בגין תוספת לפוליסה שתבוצע במהלך תקופת הביטוח יצורף או יופחת מיתרת התשלומים שנותרו על פי הפוליסה המקורית.

*** א י ל ו ן חברה לביטוח בע"מ ***

תאריך הדפסה: 15/09/2016 (הדפסה חוזרת ב-15/09/2016)
 זהו משני: 664016

חודש בורדרו: 09/2016 מקיש: 00159 מאשר: 159
 עותק למבוטח שם הסוכן: בר זיו-רביד סוכנות לביטוח מדד: 954.09