

רשימה לביטוח (מפרט)

ת.א.ו.נ.ת. א.י.ש.י.ר. ת.ס.כ.נ.ת. * * *
 דף מספר 1 טל. סוכן: 04-6596260
 עמ'עד קפלן 906129 מס' הסוכן
 מועד תחילת הביטוח 01/09/18 מספר הוראת קבע
 מועד תום הביטוח 31/08/19 מספר לקוח
 מס' תוספת 00 מספר פוליסה 06-81-002374-18-5

פרטי המבוטח: שם מתנ"ס מרכז קהילתי זכרון יעקב
 המען דרך אזורן 4 ת.ד. 335 זכרון יעקב
 פרטים חברה: 58028684-7
 מיקוד 3095202

דמי ביטוח לתקופה	דמי רישום והטלים	דמי פוליסה תוספות	סה"כ דמי ביטוח	דמי אשראי	סה"כ לתשלום
דמי ביטוח לתקופה	תאור הכיסוי	סכום ביטוח	תעריף %	דמי ביטוח לתקופה	

צמוד למדד בש"ח

שם סוכן: עמ'עד קפלן | טלפון: 04-6526943 | כתובת: הכנסת 4
 עפולה 18391 | E-MAIL: LIMOR@RKAPLAN.CO.IL

***** העתק שיעבוד לבנק *****

הכיסוי על פי פוליסה זו הוארך לתקופה נוספת
 תמורת תשלום דמי הכיסוי כנ"ל על פי הנתונים הבאים

מבוטח/ת יקר/ה!
 תשומת לבך לשינויים בנוסח הפוליסה
 תנאי הביטוח הינם בהתאם לתנאי הפוליסה מגן אישי, מהדורה 11/2017

שם המבוטח המלא:
 מתנ"ס מרכז קהילתי זכרון יעקב

עבור: חניכים במתנ"ס - עד גיל 20
 מספר מבוטחים: 257
 מקצוע: חוגים שונים
 זיווט מבוטחים בהתאם לרשימה כתיק המבטח

סכומי הפיצויים:

פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מתאונה 70000

בכפוף ובהתאם לתנאי הפוליסה, הגדרותיה וחריגיה, כיסוי זה מקנה למוטביט
 ששמש נקוב בדף הרשימה ובהיעדר קביעת מוטביט על ידי המבוטח או אם אינם
 בקיים - לורשיו של המבוטח על פי דין, זכאות לפיצוי חד פעמי במקרה של
 מוות כתוצאה מתאונה.

פיצוי במקרה של נכות צמיתה כתוצאה מתאונה 290000

בכפוף ובהתאם לתנאי הפוליסה, הגדרותיה וחריגיה, כיסוי זה מקנה למבוטח
 זכאות לפיצוי חד פעמי במקרה של נכות צמיתה מלאו או חלקית כתוצאה מתאונה,
 כשיעור הנכות מסכום הביטוח.

מהדורת: 11/17

סוכן מרכז: 906130 | שגית פרץ-ירושלים

המסמך בוצע ע"י OT עינב טעדי

תאריך: 19/08/18

מס' אסמכתא

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

מקום: מוזז ירושלים

*ת=תוספת ב=ביטול

רשימה לביטוח (מפרט)

ת.א.ו.נ.ו.ת. א.י.ש.י.ת. * * *
 סוכנות * * * מ.ל. טו.כ.ן: 04-6596260
 שם הסוכן ענמי ע.ד קפלן
 מס' הסוכן 906129
 מספר פוליסה מספר הוראת קבע מס' תוספת 00
 מועד תחילת הביטוח מועד תום הביטוח
 01/09/18 31/08/19
 מספר לקוח

מספר פוליסה 06-81-002374-18-5

פרטי המבוטח: שם מתנ"ס מרכז קהילתי זכרון יע
 המען דרך אחרון 4 ת.ד 335 זכרון יעקב
 58028684-7 חברה: פרטים
 מיקוד 3095202

דמי ביטוח לתקופה	תעריף %	סכום ביטוח	תאור הכיסוי	דמי רישום והטלים	דמי פוליסה תוספות	סה"כ דמי ביטוח	דמי אשראי	סה"כ לתשלום
290000								
800								
10000								
10000								

***** העתק שיעבוד לבנק *****

מוות כתוצאה מתאונה.

פיצוי במקרה של נכות צמיתה כתוצאה מתאונה 290000

בכפוף ובהתאם לתנאי הפוליסה, הגדרותיה וחריגיה, כיסוי זה מקנה למבוטח זכאות לפיצוי חד פעמי במקרה של נכות צמיתה מלאה או חלקית כתוצאה מתאונה, כשיעור הנכות מסכום הביטוח.

פיצוי שבועי במקרה של אי כושר זמני לעבודה כתוצאה מתאונה 800

בכפוף ובהתאם לתנאי הפוליסה, הגדרותיה וחריגיה, כיסוי זה מקנה למבוטח זכאות לפיצוי שבועי, בסכום הנקוב לעיל בגין כיסוי זה, למשך תקופת אי כושר זמני, מלא או חלקי (כהגדרתם בפוליסה) כתוצאה מתאונה, עד לתקופת הפיצוי המרבית המפורטת להלן בגין כיסוי זה בניכוי תקופת המתנה המפורטת להלן.

תקופת פיצוי מרבית: 52 שבועות.
 תקופת המתנה: 10 ימים.

שיפוי בגין הוצאות רפואיות עקב תאונה 10000
 (לא כולל טיפולי שיניים)

בכפוף ובהתאם לתנאי הכיסוי ולתנאי הפוליסה, הגדרותיה וחריגיה, כיסוי זה מקנה למבוטח זכאות להחזר הוצאות רפואיות שהוצאו על ידו עקב תאונה, עד לסכום הביטוח לכיסוי זה בניכוי השתתפות עצמית.

השתתפות עצמית בגין כיסוי זה: 600

שיפוי בגין הוצאות טיפולי שיניים עקב תאונה 10000

בכפוף ובהתאם לתנאי הכיסוי ולתנאי הפוליסה, הגדרותיה וחריגיה, כיסוי זה מקנה למבוטח זכאות להחזר הוצאות טיפולי שיניים שהוצאו על ידו עקב תאונה, עד לסכום הביטוח לכיסוי זה בניכוי השתתפות עצמית.

השתתפות עצמית בגין כיסוי זה: 600

כללי:

זמן הפעילות - הכיסוי תקף בעת העיסוק בפעילות בגינה בוטח המבוטח (פילאטיס, אומנויות לחימה, משחקי כדור, יוגה, ניווט, ריקודים) ובתנאי שהעיסוק הנו

טו.כ.ן מרכז: 906130
 מס' אסמכתא
 המסמך בוצע ע"י מס' אסמכתא
 תאריך: 19/08/18
 מקום: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
 צוות מטפל: שגית פרץ-ירושלים
 מס' תוספת: ב-ביטול

רשימה לביטוח (מפרט)



ת א ו נ ו ת א י ש י ת * *
 סוכנות * *
 שם הסוכן * *
 מס' הסוכן * *
 מועד תחילת הביטוח * *
 מועד תום הביטוח * *

דף נוסף 4
 טל. סוכן: 04-6596260
 נמיעד קפלן
 906129
 01/09/18
 31/08/19

מספר לקוח
 מספר הוראת קבע
 מס' תוספת
 מספר פוליסה

00 | 06-81-002374-18-5

פרטי המבוטח: שם מתנ"ס מרכז קהילתי זכרון יע
 המען דרך אחרון 4 ת.ד 335 זכרון יעקב
 פרטים חברה: 58028684-7
 מיקוד 3095202

דמי ביטוח לתקופה	דמי רישום והטלים	דמי פוליסה תוספות	סה"כ דמי ביטוח	דמי אשראי	סה"כ לתשלום
דמי ביטוח לתקופה	תאור הכיסוי	סכום ביטוח	תעריף %	דמי ביטוח לתקופה	

***** העתק שיעבוד לבנק *****

במסגרת מתנ"ס זכרון יעקב בלבד. מוצהר ומוסכם בזאת שתאונה בזמן כל פעילות אחרת לא תהא מכוסה בפוליסה זו. מובהר בזאת שהכיסוי מוגבל לפעילות חוגית בלבד, ואינו מכסה פעילות במסגרת ליגות.

גבול אחריות מקסימלי לארוע ולתקופת הביטוח - 3,000,000 ש"ח.

רשימת מבוטחים

הכיסוי מותנה בקבלת רשימת מבוטחים (קובץ excel) תחת הפוליסה עובר ליום תחילת הביטוח. על רשימה זו לכלול נתונים כזלהלן: שם המבוטח, מספר ת"ז, תאריך לידה ומען למשלוח דואר. על רשימה זו להתעדכן מעת לעת, בהתאם לעינני במצבת המבוטחים.

חבות כלפי צד שלישי

המבוטחים: ספורטאים/חניכים הרשומים במסגרת מתנ"ס זכרון יעקב

ביטוח אחריותם האישית של המבוטחים כלפי צד שלישי 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.

גבול אחריות למקרה אחד: 300000

גבול אחריות לתובע לגבי נזק אחד: 300000

גבול אחריות לטן כל הפיצויים בגין כל הנזקים במהלך תקופת הביטוח: 600000

מובהר בזאת במפורש כי כיסוי צד ג' אינו מורחב לכסות דשלנות של בעל הפוליסה ו/או עובדים מטעמו.

השתתפות עצמית:

6000 ש"ח ראשוניים.

מובהר במפורש כי סכום ההשתתפות העצמית הרשום לעיל חל מכל סכום בו יישא המבטח לרבות הוצאות שהוצאו עקב הגשת התביעה או הדרישה לפיצוי או הודעה על אירוע זאת אף אם לא שולמו תגמולי ביטוח או פיצויים.

Handwritten signature

סוכן מרכז: 906130 המסמך בוצע ע"י מס' אסמכתא
 צוות מטפל: שגית פרץ-ירדשליט
 מס' עינב טעדי
 19/08/18 תאריך
 מס' ירושלים מקום

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

*ת-תוספת ב=ביטול

רשימה לביטוח (מפרט)

ת א ו נ ו ת א י ש י ת * *
 סוכנות * *
 טל. סוכן: 04-6596260
 שם הסוכן עמיעד קפלן
 מס' הסוכן 906129
 מועד תחילת הביטוח 01/09/18
 מועד תום הביטוח 31/08/19
 מספר הוראת קבע מספר לקוח

מספר פוליסה
 מס' תוספת 00
 06-81-002374-18-5

פרטי המבוטח: שם מתנ"ס מרכז קהילתי זכרון יע
 המען דרך אחרון 4 ת.ד 335 זכרון יעקב
 פרטים חברה: 58028684-7
 מיקוד 3095202

דמי ביטוח לתקופה	תעריף %	סכום ביטוח	סה"כ לתשלום	דמי פוליסה תוספות	דמי רישום והטלים	דמי ביטוח לתקופה

***** העתק שיעבוד לבנק *****
 ההשתתפות העצמית תחול על בעל הפוליסה.
 כיסוי זה כפוף לתנאי פוליסת צד שלישי מנובית 2015 על כל תנאיה וסייגיה.

מבוטח/ת נכבד/ת
 נא הקפד/י על תשלום דמי ביטוח כמועד לצורך הבטחת זכויותך כמבוטח/ת.
 * * * * *
 רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל, וזאת על בסיס נתונים שיועברו אליהם ע"י חברות הביטוח, במידה ואינך מעוניין שנעביר הנתונים לרשות שוק ההון, ניתן לפנות לחברתנו בבקשה להסרה מהדיווח בכתובת המייל Har.bit@menora.co.il.
 לידיעתך, אי העברת הנתונים לרשות שוק ההון תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
 כמו כן, רשות שוק ההון הקימה מאגר נוסף, המאפשר למבוטחים ולמוטבים של מבוטחים שנפטרו, לאתר חסכונות פנסיוניים. במידה וזוהן מעוניין שבקשת ההסרה תחול גם על הנתונים המועברים למאגר זה אנא ציין זאת בבקשתך.
 * * * * *

תשלום דמי הביטוח:

1. דמי הביטוח ישולמו ב- 12 תשלומים.
2. התשלומים יהיו חודשיים, שווים ורצופים ויטתימו עד תום תקופת הביטוח.
3. דמי האשראי ישולמו לפי ריבית שנתית בשיעור 6%, ויחושבו בהתאם למספר הימים ממועד תחילת הביטוח ועד למועד תחילת הגבייה על ידי החברה.
4. בפוליסות שהופקו עד לחודש מתחילת הביטוח ומשולמות בהוראת קבע, במזומן, או בשיקים ב-1 עד 4 תשלומים, או פוליסות המשולמות בכרטיס אשראי ב-1 עד 3 תשלומים, לא ישולמו דמי אשראי. במקרה כזה ישלם המבוטח את דמי הביטוח כמפורט בכותרת הפוליסה בדרכיב "סה"כ דמי ביטוח".
5. תשלום דמי הביטוח בפוליסה שקלית יהיו צמודים למיד הנחירים לצרכן הידוע ביום תחילת הביטוח.

סוכן מרכז: 906130
 המסמך בוצע ע"י מסמך נייב טעזי
 תאריך: 19/08/18
 מקום: מחוז ירושלים
 צוות מטפל: שגית פרץ-ירושלים
 מס' אסמכתא
 *ת-תוספת ב-ביטול