

רשימה לביטוח (מפרט)



ת א ו נ ו ת א י ש י ת *
 דף מספר 1 P # 09-7437425 : טל. סוכן
 סוכנות **
 שם הסוכן סער פז
 מס' הסוכן 592005
 מועד תחילת הביטוח 01/09/20
 מועד תום הביטוח 31/08/21

מספר פוליסה 00-81-005304-20-9
 תוספת 00
 מספר הוראת קבע
 מספר לקוח

פרטי המבוטח: שם פרטי המבוטח: שם פרטי המבוטח: שם פרטי המבוטח:
 המען פרטים
 מרכז פרס לשלום וחדשנות 132 קדם יפו
 מיקוד 6806632

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	דמי ביטוח לתקופה

-----+
 | שם סוכן: סער פז | טלפון: 09-7437425 | פקס: 03-7624843 |
 | כתובת: לאן 3 | ר"ג |
 | E-MAIL: SAARPAZ@NETVISION.NET.IL |
 +-----

 מבוטח/ת יקר/ה!
 תשומת לבך לשינויים בנוסח הפוליסה
 תנאי הביטוח הינם בהתאם לתנאי הפוליסה מגן אישי, מהדורה 07/2020

שם המבוטח המלא:
 מרכז פרס לשלום ולחדשנות

המבוטחים:

משתתפים בפעילות ספורט וחינוך מטעם ו/או בארגון ו/או בשיתוף ו/או בחסות ו/או בקשר עם מרכז פרס לשלום ולחדשנות

 המסמך בוצע ע"י
 תאריך 07/20 מהדורת:
 סוכן מרכז: 592005 מקום
 צוות מטפל: לימור סלומון-דרום

01/09/20
 מחוז דן והדרום

מס' אסמכתא
 *ת=תוספת ב=ביטול

רשימה לביטוח (מפרט)



דף מספר 2
 09-7437425 : סוכן *
 סוכנות **
 שם הסוכן סער פז
 מס' הסוכן 592005
 מועד תחילת הביטוח 01/09/20
 מועד תום הביטוח 31/08/21

מספר פוליסה 00-81-005304-20-9
 תוספת 00
 מספר הוראת קבע
 מספר לקוח

פרטי המבוטח: שם פרטי המבוטח: שם
 המען פרטים
 מרכז פרס לשלום וחדשנות 132 קדם יפו
 מיקוד 6806632

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

עבור: מבוטחים עד גיל 20

פירוט מבוטחים בהתאם לרשימה בתיק המבטח

סכומי הפיצויים:

פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מתאונה 65000

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

פיצוי במקרה של נכות צמיתה כתוצאה מתאונה 285000

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 190

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: 104 שבועות.
 תקופת המתנה: 10 ימים.

שיפוי בגין הוצאות רפואיות עקב תאונה 9500
 (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: 300

המסמך בוצע ע"י

תאריך 01/09/20
 סוכן מרכז: 592005 מקום
 צוות מטפל: לימור סלומון-דרום

01/09/20
 מחוז דן והדרום

מס' אסמכתא

*ת=תוספת ב=ביטול

רשימה לביטוח (מפרט)



תאונות אישיות *
 סוכנות טל. סוכן: 09-7437425
 שם הסוכן סער פז
 מס' הסוכן 592005
 מועד תחילת הביטוח 01/09/20
 מועד תום הביטוח 31/08/21

מספר פוליסה 00-00-81-005304-20-9
 תוספת 00
 מספר הוראת קבע
 מספר לקוח

פרטי המבוטח: שם מרכז פרס לשלום וחדשנות
 המען קדם 132 יפו
 פרטים
 מיקוד 6806632

דמי ביטוח לתקופה	דמי רישום והטלים	דמי פוליסה תוספות	סה"כ דמי ביטוח	דמי אשראי	סה"כ לתשלום
------------------	------------------	-------------------	----------------	-----------	-------------

תאור הכיסוי	תעריף %	דמי ביטוח לתקופה
-------------	---------	------------------

9500 שיפוי בגין הוצאות טיפולי שיניים עקב תאונה

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

השתתפות עצמית בגין כיסוי זה: 300

עבור: מבוטחים מעל גיל 20

פירוט מבוטחים בהתאם לרשימה בתיק המבוטח

סכומי הפיצויים:

200000 פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מתאונה

בכפוף ובהתאם לתנאי הפוליסה, הגדרותיה וחריגיה, כיסוי זה מקנה למוטבים ששמו נקוב בדף הרשימה ובהיעדר קביעת מוטבים על ידי המבוטח או אם אינם בחיים - ליורשיו של המבוטח על פי דין, זכאות לפיצוי חד פעמי במקרה של מוות כתוצאה מתאונה.

285000 פיצוי במקרה של נכות צמיתה כתוצאה מתאונה

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.

765 פיצוי שבועי במקרה של אי כושר זמני לעבודה כתוצאה מתאונה

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.

9500 שיפוי בגין הוצאות רפואיות עקב תאונה (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

המסמך בוצע ע"י

תאריך 01/09/20
 סוכן מרכז: 592005 מקום
 צוות מטפל: לימור סלומון-דרום

מס' אסמכתא

*ת-תוספת ב=ביטול

רשימה לביטוח (מפרט)



ת א ו נ ו ת א י ש י ת *
 דף מספר 4
 סוכנות טל. סוכן: 09-7437425
 שם הסוכן סער פז
 מס' הסוכן 592005
 מועד תחילת הביטוח 01/09/20
 מועד תום הביטוח 31/08/21

מספר פוליסה 00-81-005304-20-9
 תוספת 00
 מספר הוראת קבע
 מספר לקוח

פרטי המבוטח: שם פרטי המבוטח: שם
 המען פרטים
 מרכז פרס לשלום וחדשנות 132 קדם יפו
 מיקוד 6806632

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	דמי ביטוח לתקופה

לסכום הביטוח לכיסוי זה בניכוי השתתפות עצמית.

השתתפות עצמית בגין כיסוי זה: 300

שיפוי בגין הוצאות טיפולי שיניים עקב תאונה 9500

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: 300

 כללי:

זמן הפעילות - הכיסוי תקף בעת השתתפותו של המבוטח בפעילות המאורגנת או הקשורה למרכז פרס לשלום בלבד. מוצהר ומוסכם כי פעילות זו כולל מלבד פעילות ספורט גם פעילות חינוך ופעילות הפעלתית וחברתית. מוסכם ומוצהר בזאת שכל פעילות אחרת לא תהא מכוסה בפוליסה זו.

הרחבה לסיכון מלחמה פסיבי.

שיפוי בגין הוצאות רפואיות במקרה של חילוץ עקב תאונה - כפוף להשתתפות עצמית בסך של 150 ש"ח בלבד ובמקרה של פינוי באמבולנס בלבד - ללא השתתפות עצמית.

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

מוסכם ומוצהר בזה כי הכיסוי תקף גם בשטחי A+B+C.

המוטבים במקרה מוות - היורשים החוקיים.

 רשימת מבוטחים:

הכיסוי מותנה בקבלת רשימת מבוטחים (קובץ excel) תחת הפוליסה עובר ליום תחילת הביטוח. על רשימה זו לכלול נתונים כדלהלן: שם המבוטח, מספר ת"ז, תאריך לידה, כתובת ומספר טלפון. על רשימה זו להתעדכן מעת לעת, בהתאם לשינוי במצבת המבוטחים.

חבות כלפי צד שלישי
 =====

המבוטחים: ספורטאים/חניכים הרשומים במסגרת מרכז פרס לשלום וחדשנות

ביטוח אחריותם האישית של המבוטחים כלפי צד שלישי בגין מקרה ביטוח

המסמך בוצע ע"י

תאריך 592005 מקום
 צוות מטפל: לימור סלומון-דרום

01/09/20
 מחוז דן והדרום

מס' אסמכתא

*ת=תוספת ב=ביטול

רשימה לביטוח (מפרט)



ת א ו נ ו ת א י ש י ת *
 דף מספר 5
 סוכנות טל. סוכן: 09-7437425
 שם הסוכן סער פז
 מס' הסוכן 592005
 מועד תחילת הביטוח 01/09/20
 מועד תום הביטוח 31/08/21

מספר פוליסה 00-81-005304-20-9
 תוספת 00
 מספר הוראת קבע
 מספר לקוח

פרטי המבוטח: שם מרכז פרס לשלום וחדשנות
 המען קדם 132 יפו
 פרטים
 מיקוד 6806632

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	

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 לסך כל הפיצויים בגין כל הנזקים במהלך תקופת הביטוח: 600000

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

השתתפות עצמית:

6000 ש"ח ראשונים.

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

ההשתתפות העצמית תחול על בעל הפוליסה.

כיסוי זה כפוף לתנאי פוליסת צד שלישי מנוביט 2015 על כל תנאיה וסייגיה.

מבוטח/ת נכבד/ת

נא הקפד/י על תשלום דמי ביטוח במועד 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 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 והנך 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 ויסתיימו עד תום תקופת הביטוח.

המסמן בוצע ע"י

סוכן מרכז: 592005 מקום תאריך צוות מטפל: לימור סלומון-דרום

01/09/20
 מחוז דן והדרום

מס' אסמכתא

*ת=תוספת ב=ביטול

רשימה לביטוח (מפרט)



ת א ו נ ו ת א י ש י ת *
 דף מספר 6
 סוכנות טל. סוכן: 09-7437425
 שם הסוכן סער פז
 מס' הסוכן 592005
 מועד תחילת הביטוח 01/09/20
 מועד תום הביטוח 31/08/21

מספר פוליסה 00 | 00-81-005304-20-9
 מספר הוראת קבע
 מספר לקוח

פרטי המבוטח: שם פרטי המבוטח: שם
 המען פרטים
 מרכז פרס לשלום וחדשנות
 קדם 132 יפו
 מיקוד 6806632

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	דמי ביטוח לתקופה

- דמי האשראי ישולמו לפי ריבית שנתית בשיעור 6% , ויחושבו בהתאם למספר הימים ממועד תחילת הביטוח ועד למועד תחילת הגבייה על ידי החברה.
- 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 ברכיב "סה"כ דמי ביטוח".
- תשלום דמי הביטוח בפוליסה שקלית יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן הידוע ביום תחילת הביטוח.

המסמך בוצע ע"י
 תאריך
 סוכן מרכז: 592005 מקום
 צוות מטפל: לימור סלומון-דרום

01/09/20
 מחוז דן והדרום

מס' אסמכתא
 *ת=תוספת ב=ביטול