

רשימה לביטוח (מפרט)



תאונות אישיות מספר 1 P #
 סוכנות טל. סוכן: 03-5621110
 שם הסוכן מרוז ס. ביטוח - קק"ל
 מס' הסוכן 513131
 מועד תחילת הביטוח 01/08/19 חצות
 מועד תום הביטוח 31/07/20
 סה"כ ימי ביטוח: 366 ימים

מספר פוליסה 00-81-005830-19-5
 תוספת 00
 מספר הוראת קבע
 מספר לקוח

שם פרטי המבוטח: שם קרן קיימת
 המען הקרן הקיימת 1
 פרטים לירושלים
 מיקוד 9242801 לישראל

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	

-----+
 | שם סוכן: מרוז ס. ביטוח - קק"ל | טלפון: 03-5621110 | פקס: 03-5622447 |
 | כתובת: קרליבך 1 | תל אביב 67132 |
 | E-MAIL: SARIT@MEROZ.CO.IL |
 +-----

מבוטח/ת יקר/ה!
 תשומת לבך לשינויים בנוסח הפוליסה
 תנאי הביטוח הינם בהתאם לתנאי הפוליסה מגן אישי, מהדורה 04/2019

שם בעל הפוליסה:
 =====
 קרן קיימת לישראל

המבוטחים:
 =====

עובדי קק"ל המשתתפים בפעילויות ספורט שונות במסגרת הליגה למקומות עבודה,
 עפ"י רשימת מבוטחים.

עבור: מבוטחים מגיל 20 ומעלה

פירוט מבוטחים בהתאם לרשימה בתיק המבוטח

סכומי הפיצויים:
 =====

פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מתאונה 200000

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 300000

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.

המסמך בוצע ע"י

מהדורת: 04/19

צוות מטפל: בלה סמוכה-מרכז סוכנויות
 תאריך
 מקום סוכן מרכז: 513024

31/07/19

מחוז מרכז סוכנויות

מס' אסמכתא

*ת=תוספת ב=ביטול

רשימה לביטוח (מפרט)



תאונות אישיות
 סוכנות טל. סוכן: 03-5621110
 שם הסוכן מרוז ס. ביטוח - קק"ל
 מס' הסוכן 513131
 מספר לקוח | מספר הוראת קבע | תוספת | מספר פוליסה
 01/08/19 מועד תחילת הביטוח | 00 | 00-81-005830-19-5
 31/07/20 מועד תום הביטוח
 סה"כ ימי ביטוח: 366 ימים

פרטי המבוטח: שם קרן קיימת | המען הקרן הקיימת 1 | פרטים
 לישראל | ירושלים
 מיקוד 9242801

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		

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 (לא כולל טיפולי שיניים)
 10000
 =====
 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 במסגרת פעילות המבוטחים בליגה למקומות עבודה (פעילויות ספורט שונות) מטעם קרן קיימת לישראל בלבד. מוצהר ומוסכם בזאת שתאונה בזמן כל פעילות אחרת לא תהא מכוסה בפוליסה זו.
 בניגוד לאמור בכל מקום אחר בפוליסה ובדף הרשימה, תקופת הפיצוי המקסימלית בגין אי-כושר זמני לעבודה, תהא 52 שבועות מיום קרות מקרה הביטוח.
 גבול אחריות מקסימלי לאירוע ולתקופת הביטוח - 3,000,000 ש"ח.
 מודגש בזאת, שגרירת מבוטחים לא תזכה את בעל הפוליסה בהחזר פרמיה. כמו-כן יצוין, שהצטרפות מבוטחים בכל שלב בתקופת הביטוח תהא כרוכה בתשלום פרמיה מלאה.

המסמך בוצע ע"י
 תאריך סוכן מרכז: 513024 מקום
 צוות מטפל: בלה סמוכה-מרכז סוכנויות

31/07/19
 מחוז מרכז סוכנויות

מס' אסמכתא
 *ת=תוספת ב=ביטול

רשימה לביטוח (מפרט)



ת א ו נ ו ת א י ש י ו ת
 דף מספר 3
 טל. סוכן: 03-5621110
סוכנות
שם הסוכן מרוז ס. ביטוח - קק"ל
מס' הסוכן 513131
מועד תחילת הביטוח 01/08/19
מועד תום הביטוח 31/07/20
סה"כ ימי ביטוח: 366 ימים

מספר פוליסה 00-81-005830-19-5
 תוספת 00
 מספר הוראת קבע
 מספר לקוח

פרטי המבוטח: שם קרן קיימת
 המען הקרן הקיימת 1
 פרטים
 לישראל
 ירושלים
 מיקוד 9242801

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

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 דוא"ל ומספר טלפון סלולרי. על רשימה זו להתעדכן מעת לעת, בהתאם לשינוי במצבת המבוטחים.

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 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 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 ויסיימו 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 ברכיב "סה"כ דמי ביטוח".
5. תשלום דמי הביטוח בפוליסה שקלית יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן הידוע ביום תחילת הביטוח.

המסמך בוצע ע"י

תאריך
 מקום סוכן מרכז: 513024

31/07/19

מחוז מרכז סוכנויות

מס' אסמכתא

*ת=תוספת ב=ביטול

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ