

# רשימה לביטוח (מפרט)



תאונות אישיות  
 סוכנות טל. סוכן: 03-5621110  
 שם הסוכן מרוז (דיסקונט) ת.אישיו  
 מס' הסוכן 513124  
 מועד תחילת הביטוח 01/09/19 חצות  
 מועד תום הביטוח 31/08/20  
 סה"כ ימי ביטוח: 366 ימים

מספר פוליסה 00-81-005658-19-5  
 תוספת 00  
 מספר הוראת קבע  
 מספר לקוח

פרטי המבוטח: שם ארגון עובדי בנק דיסקונט  
 המען מנחם בגין 24 תל אביב  
 פרטים  
 מיקוד 6618206

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		

-----+  
 | שם סוכן: מרוז (דיסקונט) ת.אישיות טלפון: 03-5621110 פקס: 03-5622447  
 | כתובת: קרליבך 1 תל אביב 67132  
 | E-MAIL: SHEILA@MEROZ.CO.IL  
 +-----

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

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

בעל הפוליסה:

ארגון עובדי בנק דיסקונט לישראל בע"מ עבור בני זוגם של עובדי הבנק בהתאם  
 לרשימה שמית בתיק המבוטח.

עבור: בני/ות זוג-עובדי בנק דיסקונט

פירוט מבוטחים בהתאם לרשימה בתיק המבוטח

סכומי הפיצויים:

פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מתאונה 231500

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 231500

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

המסמך בוצע ע"י

מהדורת: 04/19

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

29/08/19

מחוז מרכז סוכנויות

מס' אסמכתא

\*ת=תוספת ב=ביטול

# רשימה לביטוח (מפרט)



דף מספר 2  
 סוכנות טל. סוכן: 03-5621110  
 שם הסוכן מרוז (דיסקונט) ת.א.ש.י  
 מס' הסוכן 513124  
 מועד תחילת הביטוח 01/09/19 חצות  
 מועד תום הביטוח 31/08/20  
 סה"כ ימי ביטוח: 366 ימים

תאונות אישיות

מספר פוליסה 00-81-005658-19-5 | תוספת 00 | מספר הוראת קבע | מספר לקוח

פרטי המבוטח: שם ארגון עובדי בנק דיסקונט  
 המען מנחם בגין 24 תל אביב  
 פרטים  
 מיקוד 6618206

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		

1391 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: 104 שבועות.  
 תקופת המתנה: 14 ימים.

199 פיצוי יומי במקרה של אשפוז בבית חולים עקב תאונה

בכפוף ובהתאם לתנאי הכיסוי ולתנאי הפוליסה, הגדרותיה וחריגיה, כיסוי זה מקנה למבוטח זכאות לפיצוי יומי, למשך תקופת אשפוז בבית חולים עקב תאונה, עד לתקופת הפיצוי המרבית המפורטת להלן בגין כיסוי זה בניכוי תקופת המתנה המפורטת להלן.

תקופת פיצוי מרבית: 104 ימים  
 תקופת המתנה: 14 ימים

\*\*\*\*\*

כללי:

מו"מ בזה כי טיפוס הרים המצריך שימוש באביזרי טיפוס מכוסה במסגרת פוליסה זו.

מו"מ בזה כי הביטוח מורחב לכלול רכיבה על אופנוע למטרות פרטיות או מסחריות למעט מירוצים, תחרויות ומבחנים מכל סוג שהוא.

מו"מ בזה כי במקרה מוות מתאונה לאחד מהמבוטחים המפורטים ברשימה המכוסה במסגרת הפוליסה, ישולמו הפיצויים לנהנה שהמבוטח ציין בטופס ההצהרה/הצטרפות לביטוח, ובהעדר הוראה מפורשת, ישולמו הפיצויים ליורשים החוקיים.

פיצוי שבועי בהתאם לתנאי הפוליסה, ישולם לתקופה של עד 104 שבועות בניכוי השתתפות עצמית גם אם הפוליסה לא חודשה.

מובהר בזאת כי פגיעה אלימה חיצונית הנגרמת עקב שוד או ניסיון לשוד (אשר לא בוצע ע"י המבוטח) תחשב כתאונה עפ"י פוליסה זו.

תנאי הכרחי לתשלום תביעה עקב היעדרות מתאונה הינו העברת אישור ממקום עבודתו של הנפגע המפרט את היעדרות וסיבת היעדרות. כמו כן על המבוטח להסכים להיבדק ע"י רופא מטעם החברה, אם תעלה דרישה כאמור, ולהתיר לרופאים ובתי חולים ומוסדות רפואיים אחרים למסור לחברה מידע הנוגע למצב בריאותו.

מובהר בזאת כי הפוליסה מכסה פעילות של המבוטח הנעשית במסגרת תחביב בענפי

המסמך בוצע ע"י

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

29/08/19

מחוז מרכז סוכנויות

מס' אסמכתא

\*ת=תוספת ב=ביטול

# רשימה לביטוח (מפרט)



תאונות אישיות מספר 3  
 סוכנות טל. סוכן: 03-5621110  
 שם הסוכן מרוז (דיסקונט) ת.אישיו  
 מס' הסוכן 513124  
 מספר פוליסה 00-81-005658-19-5  
 מספר הוראת קבע מספר לקוח  
 תוספת 00  
 מועד תחילת הביטוח 01/09/19  
 מועד תום הביטוח 31/08/20  
 סה"כ ימי ביטוח: 366 ימים

פרטי המבוטח: שם ארגון עובדי  
 המען מנחם בגין 24  
 פרטים  
 בנק דיסקונט  
 תל אביב  
 מיקוד 6618206

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

הפעילות הבאים - כדורגל, כדורסל, כדור עף, כדור יד וטניס. מודגש בזאת כי פעילות ספורט במסגרת הליגה למקומות עבודה אינה מכוסה תחת פוליסה זו.

גבול אחריות מקסימלי לארוע ולתקופת הביטוח - 8,000,000 ש"ח.

\*\*\*\*\*

מבוטח/ת נכבד/ת  
 נא הקפד/י על תשלום דמי ביטוח במועד לצורך הבטחת זכויותך כמבוטח/ת.  
 רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון 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:

- דמי הביטוח ישולמו ב- 12 תשלומים.
- התשלומים יהיו חודשיים, שווים ורצופים ויסיימו עד תום תקופת הביטוח.
- 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 513024 סוכן מרכז: מקום

29/08/19

מחוז מרכז סוכנויות

מס' אסמכתא

\*ת=תוספת ב=ביטול