מנורה מבטחים

רשימה לביטוח (מפרט)

ת א ו נ ו ת   א י ש י ו ת

דף מספר 1 P#

סוכנות טל. סוכן: 03-5621110
שם הסוכן מרוז (דיסקונט) ת.אישיו
מס' הסוכן 513124

*** טיוטה לפוליסה ***

מועד תחילת הביטוח 01/09/20
מועד תום הביטוח 31/08/21 **חצות**

מספר פוליסה	תוספת	מספר הוראת קבע	מספר לקוח
00-81-005658-20-5	00		

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

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: MEROZ1@MEROZ.CO.IL                                          |
+--------------------------------------------------------------------+
ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט
=====================================================
#             למסמך זה אין תוקף של פוליסה                 #
#   המסמך הינו טיוטא בלבד, אינו מהווה אישור לקיום     #
#   הביטוח , ואינו מטיל כל חובה שהיא על החברה        #
#       לשלם תגמולי ביטוח מכל סוג שהוא               #
=====================================================
ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט ט
```

****

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

****

בעל הפוליסה:

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

עבור: בני/ות זוג-עובדי בנק דיסקונט

פירוט מבוטחים בהתאם לרשימה בתיק המבטח

סכומי הפיצויים:
================

פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מתאונה 231500
===================================

בכפוף ובהתאם לתנאי הפוליסה, הגדרותיה וחריגיה, כיסוי זה מקנה למוטבים ששמם 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

מהדורת: 07/20

המסמך בוצע ע"י
תאריך
מקום

סוכן מרכז: 513024 צוות מטפל: בשמת שלף-מרכז סוכנויות

25/08/20
מחוז מרכז סוכנויות

מס' אסמכתא

*ת=תוספת ב=ביטול

טיוטה

רשימה לביטוח (מפרט)

תאונות אישיות

דף מספר 2

סוכנות טל. סוכן: 03-5621110
שם הסוכן מרוז (דיסקונט) ת.אישיו
מס' הסוכן 513124

*** טיוטה לפוליסה ***

מועד תחילת הביטוח 01/09/20
מועד תום הביטוח 31/08/21 **חצות**

מספר פוליסה	תוספת	מספר הוראת קבע	מספר לקוח
00-81-005658-20-5	00		

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

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

צמוד למדד בשיח

ט ט

===
# למסמך זה אין תוקף של פוליסה #
# המסמך הינו טיוטא בלבד, אינו מהווה אישור לקיום #
# הביטוח , ואינו מטיל כל חובה שהיא על החברה #
# לשלם תגמולי ביטוח מכל סוג שהוא #
===

ט ט

=======================================

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 1391

=======================================

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.

פיצוי יומי במקרה של אשפוז בבית חולים 199
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

המסמך בוצע ע"י
תאריך
מקום

סוכן מרכז: 513024 צוות מטפל: בשמת שלף-מרכז סוכנויות

25/08/20
מחוז מרכז סוכנויות

מס' אסמכתא

*ת=תוספת ב=ביטול

טיוטה

רשימה לביטוח (מפרט)

מנורה מבטחים

ת א ו נ ו ת   א י ש י ו ת

דף מספר 3

סוכנות טל. סוכן: 03-5621110
שם הסוכן מרוז (דיסקונט) ת.אישיו
מס' הסוכן 513124

*** טיוטה לפוליסה ***

מועד תחילת הביטוח 01/09/20
מועד תום הביטוח 31/08/21 **חצות**

מספר פוליסה	תוספת	מספר הוראת קבע	מספר לקוח
00-81-005658-20-5	00		

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

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
		צמוד למדד בש"ח	

ט ט

```
=====================================================
#           למסמך זה אין תוקף של פוליסה              #
#   המסמך הינו טיוטא בלבד, אינו מהווה אישור לקיום    #
#     הביטוח , ואינו מטיל כל חובה שהיא על החברה      #
#           לשלם תגמולי ביטוח מכל סוג שהוא           #
=====================================================
```

ט ט

הפוליסה, ישולמו הפיצויים לנהנה שהמבוטח ציין בטופס ההצעה/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 ההיעדרות 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 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.

****

המסמך בוצע ע"י סוכן מרכז: 513024 צוות מטפל: בשמת שלף-מרכז סוכנויות
תאריך 25/08/20
מקום מחוז מרכז סוכנויות

מס' אסמכתא

*ת=תוספת ב=ביטול

טיוטה

רשימה לביטוח (מפרט)

תאונות אישיות

דף מספר 4

סוכנות טל. סוכן: 03-5621110

שם הסוכן מרוז (דיסקונט) ת.אישיו

מס' הסוכן 513124

*** טיוטה לפוליסה ***

מספר פוליסה	תוספת	מספר הוראת קבע	מספר לקוח
00-81-005658-20-5	00		

מועד תחילת הביטוח 01/09/20

מועד תום הביטוח 31/08/21 **חצות**

פרטי המבוטח: **שם** ארגון עובדי בנק דיסקונט

המען מנחם בגין 24 תל אביב מיקוד 6618206

פרטים

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

צמוד למדד בשי"ח

ט ט

===

# למסמך זה אין תוקף של פוליסה #

# המסמך הינו טיוטא בלבד, אינו מהווה אישור לקיום #

# הביטוח , ואינו מטיל כל חובה שהיא על החברה #

# לשלם תגמולי ביטוח מכל סוג שהוא #

===

ט ט

תשלום דמי הביטוח:

----

1. דמי הביטוח ישולמו ב- 12 תשלומים.
2. התשלומים יהיו חודשיים, שווים ורצופים ויסתיימו 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.

טיוטה

המסמך בוצע ע"י

תאריך 25/08/20

מקום

סוכן מרכז: 513024

צוות מטפל: בשמת שלף-מרכז סוכנויות

מחוז מרכז סוכנויות

מס' אסמכתא

*ת=תוספת ב=ביטול