

# רשימה לביטוח (מפרט)



תאריך: 01/09/22

סוכנות: 03-5621110  
שם הסוכן: תורן-מרוז - בנק הפועלי  
מס' הסוכן: 513125

מועד תחילת הביטוח: 01/09/22  
מועד תום הביטוח: 31/08/23

מספר לקוח:

מספר הוראת קבע:

תוספת:

00 | 00-81-005895-22-8

פרטי המבוטח: שם  
המען  
פרטים

עובדי בנק  
שד' רוטשילד 1  
תל אביב

מיקוד: 6688101

| 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: תורן-מרוז - בנק הפועלים | 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 07/2020

\*\*\*\*\*

שם המבוטח המלא:  
ועד עובדי בנק הפועלים

המבוטחים:

עובדי בנק הפועלים בע"מ עד גיל 67 כולל, לרבות ומבלי לגרוע עובדי בנק  
המושאלים לחברות אחרות בהתאם לרשימת מבוטחים שתועבר למנורה על פי דרישה.  
עובדים ששם יתווסף לרשימת המבוטחים במהלך תקופת הביטוח בהודעה בכתב של בעל  
הפוליסה למנורה.

מקצוע: עובדי בנק  
פירוט מבוטחים בהתאם לרשימה בתיק המבוטח

סכומי הפיצויים:

=====

פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מתאונה

=====

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

פיצוי במקרה של נכות צמיתה כתוצאה מתאונה

=====

בכפוף ובהתאם לתנאי הפוליסה, הגדרותיה וחריגיה, כיסוי זה מקנה למבוטח

המסמך בוצע ע"י

תאריך

מהדורת: 07/20

סוכן מרכז: 513126 מקום  
צוות מטפל: אורטל מזור-מרכז סוכנוי

22/08/22

מחוז מרכז סוכנויות

חתימה

מס' אסמכתא

\*ת=תוספת ב=ביטול

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

# רשימה לביטוח (מפרט)



דף מספר 2  
 סוכנות טל. סוכן: 03-5621110  
 שם הסוכן תורן-מרוז - בנק הפועלי  
 מס' הסוכן 513125  
 מועד תחילת הביטוח 01/09/22  
 מועד תום הביטוח 31/08/23 חצות

תאונות אישיות

מספר לקוח

מספר הוראת קבע

תוספת

מספר פוליסה

00 00-81-005895-22-8

במקום פוליסה: 0081005433218

הפועלים

עובדי בנק

שם פרטי המבוטח:

מיקוד 6688101

תל אביב

שד' רוטשילד 1

המען

פרטים

| 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 | סה"כ לתשלום |

זכאות לפיצויי חד פעמי במקרה של נכות צמיתה מלאה או חלקית כתוצאה מתאונה, כשיעור הנכות מסכום הביטוח.

פיצויי שבועי במקרה של אי כושר זמני לעבודה כתוצאה מתאונה

1325

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

תקופת פיצויי מרבית: 104 שבועות.

תקופת המתנה: 4 ימים.

190

פיצויי יומי במקרה של אשפוז בבית חולים עקב תאונה

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

תקופת פיצויי מרבית: 728 ימים

תקופת המתנה: 4 ימים

\*\*\*\*\*

כללי:

הרחבת נסיעה באופנוע או קטנוע.

הביטוח לגבי עובדים אשר הפסיקו להיות עובדי בנק ייפסק מרגע הפסקת העבודה.

גבול אחריות מקסימלי לארוע ולתקופת הביטוח - 9,000,000 ש"ח.

מוטבים 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 ומען למשלוח דואר. על רשימה זו להתעדכן מעת לעת, בהתאם לשינוי במצבת המבוטחים.

מבוטח/ת נכבד/ת

המסמך בוצע ע"י

תאריך

מקום

סוכן מרכז: 513126

צוות מטפל: אורטל מזור-מרכז סוכנוי

22/08/22

מחוז מרכז סוכנויות

מס' אסמכתא

\*ת=תוספת ב=ביטול

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

# רשימה לביטוח (מפרט)



דף מספר 3  
 סוכנות טל. סוכן: 03-5621110  
 שם הסוכן תורן-מרוז - בנק הפועלי  
 מס' הסוכן 513125  
 מועד תחילת הביטוח 01/09/22  
 מועד תום הביטוח 31/08/23 חצות

תאונות אישיות

מספר לקוח

מספר הוראת קבע

תוספת

מספר פוליסה

00 00-81-005895-22-8

במקום פוליסה: 0081005433218

הפועלים

עובדי בנק

שם פרטי המבוטח:

מיקוד 6688101

תל אביב

שד' רוטשילד 1

המען

פרטים

| 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 | סה"כ לתשלום |

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 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 בכתורת 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

סוכן מרכז: 513126 מקום

22/08/22

מחוז מרכז סוכנויות

חתימה

מס' אסמכתא

\*ת=תוספת ב=ביטול

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

