

517200 י.ק.ב סוכנויות לביטוח עותק למבוטח דף-1

רשימה לביטוח חבות מקצועית
המהווה חלק בלתי נפרד מתנאי הפוליסה (03)

הסכומים הנקובים הינם בשקל חדש

			זהו לקוח: 15374721 בן עמארה יונתן	
			ענף: 720 פוליסה: 5-72-038257/22 /א תוספת: 0	
			שם המבוטח: בן עמארה יונתן	
			כתובת: <u>כפר אלדן 534</u>	
			מיקוד: 9091600 נוקדים	
			תקופת הביטוח: מ-1/09/2022 שעה: 00:01 עד-31/08/2023 שעה: 24:00	
3,855	דמי ביטוח			
135	דמי אשראי			
3,990	סה"כ לתשלום			
פרמיה שנתית	שעור הפרמיה	סכום הביטוח	תאור הכסוי/פרטי הכסוי	

שם המבוטח:
בן עמארה יונתן ו/או "חיות הרודיון", הבעלים והמנהלים, כמעסיקים של המבוטחים הנוספים.

מבוטחים נוספים:
בן עמארה יונתן עד ליום 31.07.19: רבין דבורה, מטפלים ברכיבה טיפולית אך ורק בפעילותם, עבור "חיות הרודיון" בנושא של רכיבה טיפולית בלבד.

הפוליסה אינה מכסה אחריות ישירה ו/או שילוחית לפעילות רופאים ו/או גורם אחר כלשהו, פרט למבוטחים הנוספים

הפוליסה אינה מכסה אירועים שהתרחשו בתקופה:
שמים 18.03.20 ועד ליום 04.05.20, מיום 21.09.20 ועד ליום 19.10.20 ומיום 28.12.20 ועד ליום 01.02.21

* הפרטים המצוינים ברשימה מבוטחים על המידע שנמסר למבטח בבקשה לעריכת הביטוח. *
* על אי עמידה בחובות גילוי עניין מהותי יחולו הוראות חוק חוזה הביטוח, *
* התשמ"א-1981. *
* הכיסוי יחול במדינת ישראל ובשטחים המוחזקים בלבד, אלא אם צוין במפורש אחרת. *
* הפרקים שבכיסוי הינם אך ורק אלה שצוינו במפורש ברשימה זו. *

בכפיתה לפוליסה לביטוח אחריות מקצועית רפואית

פוליסת CLAIMS MADE - איילון מדיקל 2021 על בסיס יום הגשת התביעה בתקופת הביטוח

רפואית/ רפואה אלטרנטיבית

גבול אחריות המבטח לתביעה אחת: 2,000,000
ולסה"כ התביעות בתקופת הביטוח: 2,000,000

תחום טריטוריאלי: שטח מדינת ישראל לרבות השטחים המוחזקים.

מקצועו של המבוטח לעניין ביטוח זה:

רכיבה טיפולית

,
,
,

דף-2

עותק למבוטח

517200 י.ק.ב סוכנויות לביטוח
פוליסה: 720/ 5-72-038257/22 א תוספת: 0
שם המבוטח: בן עמארה יונתן

תאור הכסוי/פרטי הכסוי	סכום הביטוח	שעור הפרמיה	פרמיה שנתית
תאריך רטרואקטיבי: 11/08/16			

בניגוד לאמור בסעיף א' בפוליסה, מותנה בזה במפורש, כי פוליסה זו אינה מכסה חבות כלשהי בגין תביעה/ות התרחשות מקרה/ים כלשהו/ים העלול/ים להוות עילה לתביעה - אשר הובאו לידיעת המבוטח או יחידיו או נציגו לפני תחילת תוקפה של פוליסה זו, בין אם אוזכרו ובין אם לא אוזכרו בהצעת הביטוח, המהווה את הבסיס להוצאת פוליסה זו וגם או לחידושה בעתיד (אם יבוצע).

הכיסוי הרטרואקטיבי כפוף לכך ש:
א. למבוטח הייתה פוליסת אחריות מקצועית למקצועו תקפה במועד קרות האירוע.
ב. הארוע מכוסה בהתאם לפוליסה ולפוליסה שהייתה תקפה ביום האירוע.
ג. גבולות האחריות וההשתתפות העצמית בגין תביעה כאמור יהיו גבולות האחריות וההשתתפות העצמית שהיו בפוליסה שהייתה בתוקף ביום קרות הארוע אך לא יותר מגבולות האחריות ולא פחות מההשתתפות העצמית בפוליסה זו.

3,855

סה"כ פרמיה לכיסוי הבסיסי

השתתפות עצמית בכל אירוע: 10000

השתתפות העצמית תחול על כל סכומי הפיצוי ו/או ההוצאות העומדים לתשלום על פי המצויין להלן, לרבות, מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, הוצאות שהוציא המבוטח במהלך הטיפול בתביעה וזאת, אף אם לא הוטלה חבות על המבוטח, וגם אם לא שולמו פיצויים בגינה.

***** סייג קורונה *****

על אף כל האמור בכל תנאי וחריגי הפוליסה, פוליסה זו מחריגה כל נזק, אבדן, חבות, הוצאות, קנסות, עונשים או כל תשלומים אחרים, אשר באופן ישיר או עקיף, נגרמו על ידי, בקשר עם, או הקשורים או הנובעים בכל דרך, ואף אם נגרמו בשל חשש או איום ממשי או נחזה, ל:
1. נגיף קורונה (COVID-19), לרבות כל מוטציה או וריאציה שלו; או
2. מגיפה שהוכרזה על ידי ארגון הבריאות העולמית או על ידי רשות בריאות ממשלתית כלשהי, לרבות אך לא רק, אם ההכרזה מתייחסת לאירועים שקדמו למועד ההכרזה.
3. נזק שיכוסה על ידי מדינת ישראל בקשר עם מגיפה כאמור.
4. מובהר בזאת כי נטל ההוכחה להתקיימות הנסיבות המפורטות בסייג לעיל מוטל על חברת הביטוח.

הכיסוי הביטוחי מבוסס על המידע שנמסר בהצעת הביטוח ו/או הבקשה לחידוש הפוליסה, אשר העתקים ממנה נמצאים בתיק החברה.

* לתשומת לבך!
* כל הפרמיות המופיעות ברשימת הפוליסה הינן שנתיות.
* תקופת הביטוח של המסמך הינה 365 יום.

פירוט התשלומים:

דמי הביטוח שולמו למבוטח ב- 10 תשלומים חודשיים רצופים, החל מחודש 9/2022, (ובתנאי שתשלום אחרון לא יחרוג מתום תקופת הביטוח)
באמצעות כרטיס אשראי ישראכרט רגיל שמסתיים בספרות 8926

מובהר ומוסכם בזאת כי:

1. (ג) = = = = =
* פוליסה זו הינה על בסיס הגשת תביעה דהיינו הכסוי הביטוחי הינו אך ורק בגין *
* תביעה המוגשת כנגד המבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח המצויינת ברשימה *
* ושאירעה לאחר התאריך הרטרואקטיבי המצוין ברשימה - אלא אם צוין לעיל שהפוליסה *
* על בסיס יום האירוע.
= = = = =

2. (ג) אפשרויות תשלום

במידה וטרם הסדרת את אופן חיוב דמי הביטוח, דמי הביטוח ניתנים לתשלום באפשרויות הבאות:

דף-3

עותק למבוטח

517200 י.ק.ב סוכנויות לביטוח
ענף: 720 פוליסה: 572038257/22
שם המבוטח: בן עמארה יונתן
א/ תוספת: 0

ה ר צ ב י מ ו ת ו ס פ ו ת (המשך)

1. בתשלום אחד תוך 28 יום מיום תחילת הביטוח.
2. ניתן לשלם את הפרמיה באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע ב-10 תשלומים חודשיים, שווים, רצופים וצמודים למדד, כאשר התשלום הראשון יפרע לא יאחר מ-21 ימים מיום תחילת הביטוח או הגשת הפוליסה/המפרט למבוטח לפי המאוחר, ובתוספת דמי אשראי בשיעור של 3.5% בנוסף על הסכום במזומן (המהווים ריבית שנתית אפקטיבית בשיעור של 10%).
3. במקרה של תקופת ביטוח קצרה משנה, יעודכן מספר התשלומים כך שהתשלום האחרון יפרע לפחות 21 יום לפני תום תקופת הביטוח.
4. תשלום/זיכוי בגין שינויים בפוליסה שיבוצעו במהלך תקופת הביטוח, יצורפו או יופחתו מיתרת התשלומים שנותרו על פי הפוליסה המקורית.
5. במידה ויבוצע שינוי בסכומים ו/או במספר תשלומים של דמי הביטוח ו/או במועדם, יתעדכן סכום דמי האשראי בהתאם לשיעור הריבית השנתית של 10% בסמוך לפירעון מלוא דמי הביטוח.

כמו כן ניתן לשלם את הפרמיה בתשלומים צמודים למדד באחת האפשרויות הבאות
ובתוספת דמי אשראי כמפורט בדוגמא שלהלן (סכום לתשלום עבור כל 1,000 ש"ח):

מספר תשלומים	פרמיה - מזומן	אחוז - רבית	סכום דמי - האשראי	סכום - תשלום
1	1,000	0%	-	1,000
2	1,000	0.43%	4	1,004
3	1,000	0.82%	8	1,008
4	1,000	1.21%	12	1,012
5	1,000	1.61%	16	1,016
6	1,000	2.00%	20	1,020
7	1,000	2.40%	24	1,024
8	1,000	2.80%	28	1,028
9	1,000	3.20%	32	1,032
10	1,000	3.50%	35	1,035

הערה: התשלומים חודשיים שווים, רצופים ועוקבים, כאשר התשלום הראשון לא יאחר מ-21 ימים מתחילת הביטוח, או הגשת הפוליסה/המפרט למבוטח לפי המאוחר.

לידיעתך, בהעדר בחירת אמצעי התשלום מראש, טרם הפקת המפרט, חיוב דמי האשראי אשר מופיע במפרט בגין תשלום דמי הביטוח לעיל, חושבו על בסיס דמי אשראי מקסימליים המתאימים ל-10 תשלומים חודשיים.

***** א י ל ו ן חברה לביטוח בע"מ *****

תאריך הדפסה: 31/08/2022 (הדפסה חוזרת ב-1/09/2022)

זהו משני: 836914

פוליסה קודמת: 57203825718

מדד: 1028.90

מקיש: 01157 מאשר: 1157

חודש בורדרו: 09/2022

שם הסוכן: י.ק.ב סוכנויות לביטוח בע"מ - ים

עותק למבוטח