מנורה מבטחים

רשימה לביטוח (מסרט)

המוצר

מספר פוליסה

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | מם׳ הסוכן 904903 |  |  |  |
| 01/01/20 | מועד תחילת הביטוח | מספר לקוח | מספר הוראת קבע | | מם־ תוספת 1 |
| 20 /31/12 חצות | 1 מועד תום הביטוח |  |  | 00 |

דף מספר 1

אחרי

ו ת

מיקי ביטוחים

04-94-001188-20-9

סוכנות שם הסוכן

טל. סוכן: 04-8200636 ארן

סה״כ ימי ביטוח:366 ימים

פרטיהמבוטח: שםפלטופ פתרונות

המע<השיטה 5 פיט'ם חברה:

דנטאלי ים קיסריה 51445874-4

מתקדמי

דמי ביטוח לתקופה

דמי רישום דמי פוליסה  
והטלים תוספות

מיקוד 3088900

םה׳׳כ דמי ביטוח

דמי אשראי

50,650

סכום ביטוה

סה״נ לתשלום

247>3 53,897 ש .ח

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 04-8200636 פקס: 04-8200477 | טלפון: | מיקי ביטוחים | ארן | שם סוכן: |
| 31250 | חיפה | 25250 | ת.ד | כתובת : |
| £ 1 .€0.ז81א^/8\/@0££1€£ |  |  |  |  |

42,326

תאור הכיסוי

דמי ביטוח לתקופה

תעריף %

צמוד למדד בש

+

8,324

אחריות המוצר

המבוטח הראשי: פלטופ פתרונות דנטאליים מתקדמים ו/או סח! 84ס קס)31?

התאריך הרטרואקטיבי בגין הוספת החברה הי נ ו : 1.11.15

עיסוקו של המבוטח לעניין פוליסה זו

מייצר ומשווק שתלים דנטליים

המקום/ות המשמש/ים את המבוטח לצורך ניהול עסקו השיטה 5 קיסריה

פוליסה זו כפופה למנוביט 2015 מהדורה 12/17 על כל תנאיה וחריגיה

קוד עסק: מעבדת שיניים

קוד עיסוק: יצרן

גבול אחריות

גבול האחריות לנזק

4,000,000

גבול האחריות המצטבר לכל פי פוליסה זו:

הפיצויים שיש

לשלמם

על

4,000,000

גבולות טריטוריאליים: כל

ארה" ב

ו/או קנדה

בפוליסה, הגבולות לרבות ארה״ב

בניגוד להגדרת ״גבולות טריטוריאליים״ ו״דיו

הטריטוריאליים עליהם חלה פוליסה זו, הינם כל העולם, לרבות ארה ב ו/או נגד המבוטח בבתי משפט בכל העולם, בבתי משפט אלו.

ו /או

קנדה, והפוליסה תכסה גם תביעות ש לרבות ארה״ב ו/או קנדה ולפי הדין

י ו גשו

מם' אסמכתא

\*ת=תוםפת ב=ביטול

סוכן מרכז:

904903

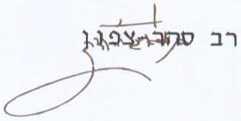
המסמך בוצע ע"׳ תאריך מקום

**מנורה מבטחים ביטוח בע״מ**

צוות מטפל: מי

609 גיל ברמן 05/02/20

מחוז צפון



מנורה <י58י מבטחים

רשימה לביטוח (מסדט)

המוצר

אחרי ו ת

דף מספר 2

מספר פוליסה 1 מס, תוספת

04-94-001188-20-9 סס

מספר הוראת קבע

מספר לקוח

סוכנות

שם הסוכן

מם׳ הסוכן

מועד תחילת הביטוח 01/01/20

מועדתו□ הביטוח 31/12/20 חצית

סה״כ ימי ביטוח:366 ימים

טל. סוכן: 04-8200636 ארן

904903

מיקי ביטוחים

פרט'המבוטח: שםפלטופ פתרונות דנטאליים מתקדמי

ר,מעןהשיטה 5 קיסריה מיקוד 3088900

פיט'ם חברה: 51445874-4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| דמי ביטוח לתקופה | |  | דמי רישום והטלים | דמי פוליסה תוספות |  | סה״כ דמי ביטוח | ז־מ | אשראי | סה״נ לתשלום | |
|  | תאור הכיסוי | | | סכו□ ביטוח | | |  | תעריף % | | דמי ביטוח לתקופה 1 |

אולם פרשנות הפוליסה תידון בבתי משפט בישראל בלבד ולפי הדין הישראלי בלבד.

מובהר ומוסכם בקשר לתביעה שהוגשה כנגד המבוטח מחוץ לתחום השיפוט של בתי המשפט בישראל, כי סבירות הוצאות ההגנה שעשויות להיות מכוסות על פי הפוליסה כאמור בה תיבחן בהתאם לדין הישראלי ובהתבסס על סטנדרטים של הוצאות הגנה סבירות בתביעה המוגשת בישראל.

\*לגבי תביעות שיוגשו בארה״ב ו/או קנדה ו/או תביעות שתידונה בהתאם לחוק בארה״ב ו/או קנדה ו/או לגבי אכיפה של פסקי דין שמקורם בבתי משפט בארה״ב ו/או קנדה יתווספו הסייגים הבאים בנוסף לסייגי הפוליסה:

הפוליסה אינה מכסה חבות כלשהי הקשורה ו/או הנובעת, במישרין ו/או בעקיפין

1. זיהום מכל סוג שהוא ו/או מכל סיבה שהיא. למען הסר ספק, סייג זיהום

שבפוליסה ישונה לנוסח סייג זה.

1. קנסות, פיצויי ענישה ופיצויים לדוגמא.
2. כלי רכב ו/או חלקיהם.

4 . ע ו \_בש--ר4^4ב^-מרגכמור י בנין.

ץ?. ציוד רפואי כלשהז>

פרמיה עם התאמה למחזור

מחזור, מיון ופרמיה מינימלית לתקופת הביטוח בישראל:

5,966 0.100 5,950,000

24,427 0.120 20,300,000

11,933 0.170 7,000,000

מחזור, מיון ופרמיה מינימלית לתקופת הביטוח \_בכל העולם למעט ארה״ב ו/או קנדה וישראל:

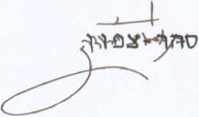
מחזור, מיון ופרמיה מינימלית לתקופת הביטוח בארה״ב ו/או קנדה:

פרמיה זו הינה פרמיה פקדונית ומינימלית. הפרמיה חושבה על סמך אומדן בנוגע למחזור שסופק למבטח ע״י המבוטח. לפיכך על המבוטח להמציא למבטח תוך חודש ימים מתום תקופת הביטוח הצהרה עדכנית בנוגע למחזור בתקופת הביטוח. הפרמיה בעד תקופת הביטוח תותאם לפי זה והפרשים ישולמו בהתאם, בכפוף לפרמיה המינימלית לתקופת הביטוח הנקובה לעיל.

תאריך רטרואקטיבי

01/01/2012

השתתפות עצמית



מם׳ אסמכתא

\*ת=תוםפת

ב־־ביטול

סוכן מרכז: 904903

המסמך בוצע ע"׳ תאריך מקו□

צוות מטפל: מירב

609 גיל ברמן

05/02/20

מחוז צפון

**מנורה מבטחים ביט**1**ח בע"נז**

רשימה לביטוח (מפרט)

מספר פוליסה

04-94-001188-20-9

מסי תוספת

00

| דף מספר 3 |  | צ ר | ה מ ו |
| --- | --- | --- | --- |
| סוכן: 04-8200636 | טל. | סוכנות |  |
| מיקי ביטוחים | ארן | שם הסוכן |  |
| 904903 | | מם׳ הסוכן |  |
| 01/01/20 | מועד תחילת הביטוח | | מספר לקוח |
| 31/12/20 חצית | מועד תום הביטוח | |  |
| ביטוח:366 ימים | ימי | סה״כ |  |

אחרי ו ת

מספר הוראת קבע

פרטי המבוטח: שםפלטופ פתרונות ד נטאל י יכו מתקדמי

המעןהשיטה 5 קיסריה מיקוד 3088900

פיט׳ם חברה: 51445874-4

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| דמי ביטוח לתקופה |  | דמי רישום והטלים | דמי פוליסה תוספות |  | סה״כ דמי ביטוח | דמי אשראי | סה״נ לתשלום |
| ♦ | תאור הכיסוי | |  | | סכום ביטוח | תעריף | דמי ביטוח לתקופה 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| השתתפות | עצמית | לגבי | כל | נ זק | בישראל | | 0,000 |
| השתתפות | עצמית | לגבי | כל | נ זק |  |  |  |
| בכל העולם למעט | | ארה | "ב | ו /או | קנדה | ו ישראל | 40,000 |
| השתתפות | עצמית | לגבי | כל | נזק | בארה יי | ב ו/או קנדה | 80,000 |

'שם המבוטח המלא:

פלטופ פתרונות דנטאליים מתקדמים בע״מ.

בניגוד לאמור לעיל, המבוטח הינו יצרן שתלים דנטליים.

מוסכם ומוצהר בזאת כי :

י' .1 בניגוד לאמור לעיל, תאריך רטרואקטיבי עבור גבולות טריטוריאליים  
ודין ושיפוט הכוללים את ארה״ב וקנדה הינו .09.05.2013  
אולם במקרה מחלוקת בפרשנות הפוליסה יחול הדין הישראלי.

.2 בניגוד לאמור לעיל תאריך רטרואקטיבי עבור גבול אחריות של 4,000,000 ש״ח הינו 09.05.2013 .

.4 מיונים להתאמה:

בישראל ־ %0.1

בשאר העולם למעט ארה״ב וקנדה: %0.12

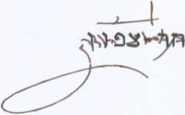
\_בארה״ב וקנדה: %0.17

.5 מו״מ בזה כי החל מיום ה 01.01.2015 הפוליסה מורחבת לכלול כיסוי הרחבת משווקים בהתאם לסעיף 4 (הרחבת משווקים - 8ז10>מ06 בפוליסה מהדורה 1/05 וכפוף לנוסח באנגלית המצ״ב.-ההרחבה בתוקף עבור המשווק כמפורט להלן :

108 - חז16 8ץ8 460131 1)316ז§16ת1

.6 מו״מ בזאת כי החל מיום 13/8/15 הפוליסה מורחבת לכלול בשם המבוטח את :

00£\*2101^8^ ו/או 7.€ 16> *. א* . 8 810£0€1€08 30)£01^ 8£80££8\/ ו/או סס! €00811113018 קטסז6

בגין עבודתם עבור חברת פלטופ בלבד לעניין השירות של טיפול ברגולציה הקשור במוצרים בלבד.

צוות מטפל: מירב

609 גיל ברמן

05/02/20

מחוז צפון

**מנורה מבטחים ביטוח בע״מ**

סוכן מרכז: 904903

מס׳ אסמכתא

\*ת=תוספת ב־ביטול

המסמך בוצע ע"׳ תאריך מקום

מנורה מבטחים

רשימה לביטוח (מפרט)

המוצר

אחרי

מספר פוליסה

מס׳ תוספת מספר הוראת קבע

מספר לקוח

00 04-94-001188-20-9

סוכנות שם הסוכן מס׳ הסוכן מועד תחי/ מועד תום הביטוח

דף מספר 4

טל. סוכן: 04-8200636 ארן

מיקי ביטוחים

<ת^904 01/01/20

31/12/20 חצות סה״כ ימי ביטוח:366 ימים

פיט,המנ,טיז: שםפלטופ פתרונות

דנטאל י ים קיסריה

מתקדמי

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| םוז״כ לתשלום | דמי אשראי | סהייב דמי ביטוח |  | דמי פוליסה תוספות | דמי רישום והטלים |  | דמי ביטוח לתקופה |
| % | דמי ביטוח לתקופה | | תעריף | סכום ביטוח | | | תאור הכיסוי | | \* |

מיקוד 3088900

ר,מעןהשיטה 5פרטים

תשלום דמי הביטוח:

1. דמי הביטוח ישולמו ב- 10 תשלומים.
2. התשלומים יהיו חודשיים, שווים ורצופים ויסתיימו עד תום תקופת הביטוח.
3. דמי האשראי ישולמו לפי ריבית שנתית בשיעור 12%, 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".

5. תשלום דמי הביטוח בפוליסה שקלית יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן הידוע ביום תחילת הביטוח.

מבוטח/ת נכבד/ת, נא הקפד/י על תשלום דמי ביטוח במועד. פיגור בתשלום דמי הביטוח עלול להביא לביטול הפוליסה.

מם׳ אסמכתא

\*ת=תוםפת

ב=ביטול

סוכן מרכז: 904903

המסמך בוצע ע"׳ תאריך מקום

צוות מטפל: מירב

609 גיל ברמן

05/02/20

מחוז צפון

**מנורה מבטחים ביטוח בע״מ**

