

טלפון: 1-800-35-20-01
פקס: 03-7569586

mailh@ayalon-ins.co.il

בית איילון ביטוח
רח' אבא הלל סילבר 12, רמת גן
מיקוד 5250606, ת.ד 10957

www.ayalon-ins.co.il

שם המוצר: הגנה מתאונה למשפחה

ענף בריאות

ביטוח אישי

תאריך: 5/11/23

בלי לפגוע בזכויות
מבלי לגרוע בטענת התיישנות

לכבוד
מאיר ליטל
צלליכין 25
ראש"צ

מיקוד: 7523161

א.ג.נ,

הנדון: תביעה מס' 450560+
פוליסה: 11410663
אירוע מיום: 04/09/2023
שם מבטח: ת.ז. 308237395

1. הרינו מאשרים קבלת תביעתך שהתקבלה בחברתנו ביום 24/10/23 במסגרת פוליסת בריאות שבנדון.
2. המועד שבו היו בידי חברתנו כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה הוא: 1/11/23
3. הריני להודיעך, כי לאחר התייעצות עם מומחה רפואי מטעמנו, תביעתך לפיצוי בגין ימי אי כושר עבודה אושרה לתשלום, בהתאם למסמכים הרפואיים, לאישורי המחלה ולאישור ההיעדרות אשר התקבלו בחברתנו.
1. בהתאם לכיסוי הביטוחי אשר נרכש על ידך, הינך זכאי לפיצוי חודשי בגין אובדן כושר עבודה על סך 4000 ₪, בקיזוז 14 ימי השתתפות עצמית.
2. במהלך הימים הקרובים תבוצע העברה בנקאית כמפורט לעיל, לפי הפירוט הבא:
3. אי כושר מיום 27/10/23 ועד ליום 28/10/23: 272_ ₪
4. הצמדה מיום 1/12/19: 27_ ₪
5. סה"כ: 299_ ₪.

- תביעה לתגמולי ביטוח מתיישנת על פי חוק לאחר 3 שנים מקרות מקרה הביטוח בהתאם לקבוע בסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לתגמולי ביטוח לחברה כדי לעצור את מירון ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מירון ההתיישנות.
- מהמידע המצוי בידינו יום קרות האירוע / היום בו קמה לך זכות לתבוע תגמולי ביטוח הינו _____ .
- מובהר כי אין באמור כדי להכיר בקיום מקרה הביטוח, כולו או חלקו או במועד קיומו.
- הנך רשאי להשיג על החלטת החברה באמצעות פניה למנהלת מחלקת תשלומי ביטוח בריאות בדוא"ל: ptviotm@ayalon-ins.co.il ובפקס: 072-2469420, או באמצעות פניה לממונה על פניות



בברכה,

עו"ד ליאת יוספי
צוות תשלומי ביטוח
אגף הבריאות