

|             |                                          |            |
|-------------|------------------------------------------|------------|
| To          | 0773180983                               | אל         |
| Fax No      | 0773180983                               | מס' פקס    |
| Date & Time | 05-01-2022 14:20:46                      | תאריך ושעה |
| Pages       | 4                                        | עמודים     |
| From        | meitavprod                               | מאת        |
| Fax No      |                                          | מס' פקס    |
| Tel No      |                                          | מס' טלפון  |
| Re          | <u>Harel_claims :F :faxId :016597044</u> | בנושא      |

---



תאריך: 05 בינואר, 2022  
 אסמכתא: 31340737  
 מבלי לפגוע בזכויות  
 ובטענת ההתיישנות  
 מסמך זה מכיל מידע רגיש



לכבוד  
 אריאל פרייברג עו"ד

פקס: 0773180983

א.ג.נ,

**תביעה מספר: 12509224 בפוליסה מספר: 892613731**  
 ענף בריאות ביטוח בריאות קבוצתי - הסתדרות המורים בישראל  
 המבוטח: ארז בנימיני  
 תעודת זהות: 59612523

שלום רב,

בהמשך לתביעתך מיום 25.11.2021 לפיצוי בגין גילוי מחלה קשה ע"ש המבוטח שבנדון, הרינו להשיבך:  
 התביעה מאושרת עקרונית.

לצורך ביצוע תשלום נא להעביר העתק המחאה / אישור ניהול חשבון אליו יש להעביר את התשלום.

בתודה מראש,

בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, תקופת ההתיישנות ביחס לתביעות בכיסויי  
 מחלה ואשפוז הינה:  
 בפוליסות פרט:

- 3 שנים בכיסויים בהם תחילת הביטוח לפני 25/11/2020
  - 5 שנים בכיסויים בהם תחילת הביטוח היא מיום 25/11/2020 ואילך
- בפוליסות קבוצתיות:

- 3 שנים בפוליסה שנכרתה או חודשה לפני 25/11/2020 ולא חודשה פעם נוספת לאחר מועד זה
- 5 שנים בפוליסה שנכרתה או חודשה מיום 25/11/2020 ואילך

תקופת ההתיישנות תימנה ממועד קרות מקרה הביטוח.

אם מדובר בתביעת קטין, לא תבוא במניין תקופת ההתיישנות התקופה בה טרם מלאו לתובע שמונה עשרה  
 שנים.

ככלל, הגשת תביעה לגוף מוסדי אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת  
 את מרוץ ההתיישנות.

באפשרותך להעביר אלינו טפסים/ מסמכים להמשך טיפול בתביעה באחת מהדרכים הבאות:  
 אתר האינטרנט שלנו, בכתובת [www.harel-ins.co.il](http://www.harel-ins.co.il), במידע האישי, בסטטוס התביעה שלך  
 מסרון לשליחת צילומי מסמכים: 052-3235121  
 דואר אלקטרוני לכתובת: [tvbriut@harel-ins.co.il](mailto:tvbriut@harel-ins.co.il)  
 פקס: 03-7348166  
 כתובת: אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, לידי הראל חברה לביטוח

ניתן באמצעות האתר במידע האישי לקבל מידע נוסף בגין תגמולי הביטוח שאינם בערך נקוב בפוליסה שברשותך.

במקרה של צורך בהבהרה נוספת ניתן לפנות למוקד השירות של החברה בטלפון \*2735



לתשומת ליבך, בתביעות בריאות עתידיות מומלץ להגיש תביעה באמצעות מידע אישי בפורטל הראל. מאחלים לך בריאות שלמה!

בכבוד רב,  
**שנדרוביץ ליזה יליזבטה**  
אגף תביעות בריאות וחול"ל

**תביעה מספר 12509224**

בהתאם להוראת סעיף 6ב לנספח ב' בחוזר גופים מוסדיים 9-9-2016, להלן פירוט פוליסות הביטוח שבהן הנך מבוטח בחברתנו. באפשרותך לבחון את אפשרות הגשת התביעה בפוליסות הנוספות (ככל שרלוונטיות לתביעתך זו).

889072657 - אי כושר עבודה  
898807839 - ביטוח סיעודי  
301794540 - ביטוח סיעודי

לפירוט פוליסות הביטוח שברשותך בכל חברות הביטוח, באפשרותך לפנות לאתר האינטרנט המרכזי לאיתור מוצרי הביטוח ("הר הביטוח") - <https://harb.cma.gov.il>.