



תאריך _____

טופס הגשת החמרת מצב

| שם פרטי | שם משפחה | תעודת זהות | מספר תביעה | החל מאיזה תקופה חלה החמרה במצב הרפואי |
|-------------------|----------|------------|------------|---------------------------------------|
| פרט על החמרת המצב | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

מומלץ! לצרף מסמכים רפואיים מרופאים מקצועיים התומכים בבקשת ההחמרה. הנך רשאי להתייצב בפני הועדה הרפואית. האם תהיה מעוניין להגיע לוועדה בנוכחות? כן/לא

שים לב,

החמרה במצב רפואי - ככל שהנך טוען להחמרה במצב לאחר קביעת הועדה הרפואית יש להגיש מכתב זה בצירוף המסמכים הרפואיים. ניתן לשלוח בפקס: 1-533-756-7329 או באמצעות הדוא"ל vaadot@newmivt.co.il או באמצעות הדואר לכתובת מנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ, מחלקת תביעות, רח' ז'בוטינסקי 23, ת.ד. 3507, רמת גן.

עם קבלת הטופס בקשתך תיבחן וישלח מענה בהתאם

נציגי צוות מקצועי תביעות עומדים לרשותך בימים א-ה בין השעות 08:00-16:00 בטלפון 03-7552431.

ט.ל.ח,

האמור לעיל נכתב בלשון זכר מטעמי נוחות אך מתייחס לשני המינים.