

תאריך \_\_\_\_\_

### טופס הגשת בקשת ערעור

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	מספר תביעה	תאריך וועדה בגינה מוגש הערעור	החל מאיזה תקופה
סיבת הערעור					

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

#### שים לב,

**ערעור** על החלטת רופא הקרן ניתן להגיש לוועדה הרפואית תוך 90 ימים ממועד הודעת החברה על החלטת רופא הקרן, לאחר תקופה זו חלה התיישנות ולא ניתן להגיש ערעור.

**ערעור** על החלטת הוועדה הרפואית - ניתן להגיש לוועדה הרפואית לערעורים תוך 90 ימים ממועד הודעת החברה על החלטת הוועדה הרפואית, לאחר תקופה זו חלה התיישנות ולא ניתן להגיש ערעור.

מכתב זה ביחד עם המסמכים הרפואיים ניתן לשלוח בפקס: 03-7567329-533-1 או באמצעות הדוא"ל [vaadot@newmivt.co.il](mailto: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.