

**אגף בריאות**

**טל': 03-7569663**

**פקס: 03-7569581**

**מבלי לפגוע בזכויות**

## **אישור הצטרפות אנשי צבא לביטוח בריאות**

הנני מאשר כי ידוע שהפוליסה אינה מקנה כיסוי ביטוחי למקרה של מצב בריאות אליו נקלע המבוטח בעקבות ו/או בקשר עם אחד מאלה:

עפ"י סעיף 8.7.4 לפוליסה "שירותו של המבוטח בצה"ל, לרבות בשירות מילואים", וזאת מעבר להחרגות הנוספות בפוליסה.

\_\_\_\_\_

חתימה

\_\_\_\_\_

שם המבוטח

\_\_\_\_\_

תאריך