



תאריך \_\_\_\_\_

### טופס הגשת החמרת מצב

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

#### שים לב,

עליך לצרף מסמכים רפואיים מרופאים מקצועיים התומכים בבקשת ההחמרה.

ניתן לשלוח 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.