המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ביטוח נכות

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
	מס' זהות
	סוג המסמך / דפים

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
סניף _____

כתב ערר על ההחלטה של המוסד לביטוח לאומי
מתאריך _____ בעניין ❑ אבחון רפואי ❑ דרגת אי כושר

1 פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.
טלפון קווי	טלפון נייד	מס' פקס
	❑ אני מאשר קבלת הודעות SMS	

2 נימוקי הערר

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

הצהרה

ידוע לי כי הועדה הרפואית לעררים ו/או הועדה לעררים רשאיות לאשר, לבטל או לשנות את ההחלטה עליה מוגש הערר.

_____	_____	✗ _____
תאריך	שם התובע	חתימה

אם הערר מוגש ע"י: ❑ אפוטרופוס ❑ מקבל גמלה ❑ אחר _____
נא לציין

_____	_____	✗ _____
תאריך	שם מגיש הערר	חתימה