

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>לשימוש</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>פנימי</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>בלבד</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>(סריקה)</span> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>מס' זהות</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>סוג המסמך</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>דפים</span> </div> </div>
---	---

**המוסד לביטוח לאומי**  
**מינהל הגמלאות**  
 נפגעי עבודה  
 אגף וועדות רפואיות



**מחלקת ועדות רפואיות נפגעי עבודה**  
**סניף \_\_\_\_\_**

**כתב ערר על החלטה של ועדה רפואית מדרג ראשון מתאריך \_\_\_\_\_ תאריך פגיעה מיום \_\_\_\_\_**

**1 פרטים אישיים**

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.
טלפון קווי	טלפון נייד	מס' פקס

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

**2**

**ערר על:**  אחוזי נכות  תחילת נכות  תקופת נכות (זמנית/צמיתה)  ניכוי מצב קודם / גורם סיכון  תקנה 15  קשר סיבתי  אחר  התייחסות לליקוי נוסף

**נימוקי הערר**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

באפשרותך לצרף מסמכים התומכים בערעורך.

3

מסמכים מצורפים:  חוות דעת  מסמכים רפואיים עדכניים  בדיקות  אחר

פרוט:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

4

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע?  לא  כן  
הגוף המייצג או המסייע:  עורך דין  חברת מימוש זכויות  יד מכונת  בית חולים  עמותה  אחר \_\_\_\_\_  
**אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".**

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
---------------	-------	-------

5

הצהרה

ידוע לי כי הוועדה הרפואית לעררים רשאית לאשר, לבטל או לשנות את ההחלטה עליה מוגש הערר, לרבות הקטנת דרגת הנכות, בין שנתבקשה לעשות זאת ובין שלא נתבקשה, בין שהערר הוגש על ידי הנפגע ובין שהוגש על ידי המוסד.  
**לידיעתך, גם לאחר שתגיש ערעור, תהיה רשאי בכל שלב משלבי הדיון לחזור בך מהערעור ולבטלו.**

\_\_\_\_\_ א \_\_\_\_\_  
תאריך שם התובע חתימה