

בקשה לערעור על החלטת הוועדה הרפואית - קרן פנסיה ה.ע.ל

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפיד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

לכבוד:

הראל פנסיה וgemäß בע"מ (המנהל את קרן פנסיה ה.ע.ל)
רחוב אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן מיקוד: 5211802

A הליך יישוב ערעור על החלטת הוועדה הרפואית בקרן פנסיה ה.ע.ל

זכות הערעור - העמית רשאית לערער על ההחלטה הוועדה הרפואית לפניה ועדת ערעורית לנכות, תוך 45 ימים מיום שליחת מכתב על ההחלטה הרפואית. ועדת ערעורית לנכות מורכבת משולש רופאים שימונו ע"י החברה המנהלת ובלבבד שאינם עמיתיה הוועדה הרפואית, תוך מתן אפשרות לעומת למונת אחד מהם מטעמו ובלבבד ששכר הרופא מטעם העמית לא יעלה על שכר הרופאים מטעם הקרן.

על מנת להגיש ערעור על ההחלטה הוועדה הרפואית יש למלא את הטופס המצורף, ולהעבירו למשרדיה החברה בכתב בתוrh' אבא הלל 3 רמת גן, מיקוד 5211802 או בפקס 7348044-03 או במייל HaalK@harel-ins.co.il.

לשומות לבך, ניתן לצרף לתופס הערעור מסמכים רפואיים נוספים שלא הוצגו בפני הוועדה הרפואית.

כמו כן, באפשרות למשת את זכאותך למונת רופא מטעמך אשר יופיע כחבר בהרכבת ועדת הערעוריות לנכות.

ברצוננו להציג כי לאחר הגשת המסמכים שצינו לעיל ומילוי הטופס, עשוי הקרן לדרש פרטיהם ומסמכים נוספים לפי הצורך.

תשומת ליבך כי בעת הגשת ערעור על ההחלטה הוועדה הרפואית ערעורך עשוי להתקבל, להידוחות ואף בסמכות ועדת הערור לבטל החלטת הוועדה הרפואית באופן בו לא יקבעו לך כלל אחוז נכון.

B פרטי מגיש הבקשה (העמית)

שם משפחה	שם פרטי	מין	טלפון נייד	כתובת מיל	מין' ת.ז.	תאריך לידיה	<input type="checkbox"/> זכר <input checked="" type="checkbox"/> נקבה
מצב משפחתי							
ישוב	ת.ד.	רחוב	מוס' בית	מוס' דירה	מספר מיל	טלפון נייד	

C אני החתום מטה מבקש להגיש ערעור על החלטת הוועדה הרפואית

סיבת הערעור:

במידה וקיים ברשותך מסמכים רפואיים עדכניים שטרם הועברו אליו, أنا העבר ביצירוף הטופס.
הנני מבקש להציג לערעור בפני הוועדה הרפואית לערעוריות:

באופן עצמאי

עם רופא מטעמך:

שם הרופא טלפון טלפון נייד מומחיות הרופא

ליודיעתך, ועדת ערור תדוז בנושאים הרפואיים בגין התקבלה ההחלטה בוועדה הקודמת. אם ברצונך להעלות נושאים נוספים, עליך לפרט זאת ולצרף מסמכים תומכים.

חתימתה:

תאריך:



dt13351