

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

את הטופס יש להעביר למחלקת תביעות פנסיה באמצעות אחת הדרכים הבאות:

dimottpds@harel-ins.co.il ■

03-7348575 ■

בית הראל, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802 ■

ניתן לוודא את קבלת הפקס/מייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטלפון: 1-700-70-28-70

לתשומת לבך, באפשרותך לקבל סיוע במילוי והגשת מסמכי תביעה בתיאום פגישה מראש בטלפון \*6416 בימים א'-ה', בין השעות 08:00-14:00

## א פרטי המנוח

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.זהות	תאריך פטירה
סיבת הפטירה: <input type="checkbox"/> תאונה <input type="checkbox"/> תאונת עבודה <input type="checkbox"/> מחלה <input type="checkbox"/> התאבדות <input type="checkbox"/> אחר: .....			

## ב מגיש הבקשה

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.זהות	תאריך לידה
יישוב	רחוב	מס' דירה	מס' בית
מיקוד	טלפון	טלפון נייד	קרבה למנוח
דואר אלקטרוני	Email		

## ג בקשת מגיש התביעה

אני החתום מטה מבקש לערר על החלטת רופא הקרן מהסיבות הבאות:

.....

.....

.....

.....

.....

## ד מידע למגיש הבקשה

לידיעתך:

- ערר על החלטת רופא הקרן ניתן להגיש בתוך 90 יום ממועד הודעת החברה המנהלת על החלטת רופא הקרן.
- במידה וקיימים ברשותך מסמכים רפואיים עדכניים שטרם הועברו למשרדי הקרן, יש לצרף לטופס זה.
- התנאים המלאים הינם התנאים המפורטים בתקנון הקרן וככל שישנה סתירה בין האמור בתקנון לבין האמור במסמך זה, יחולו הוראות תקנון הקרן.

תאריך: ..... חתימה:  .....

מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה: www.harel-group.co.il



^dt15524