בקשה לערעור על החלטת רופא הקרן בתביעת נכות -
הראל פנסיה / הראל פנסיה כללית

הראל
ביטוח ופיננסים

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

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

- כתובת מייל: dimottpds@harel-ins.co.il
- מס' פקס: 03-7348575
- כתובת דואר: 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 העמית

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

ב קבלת עדכון בדבר סטאטוס הטיפול בתביעתי (ניתן לסמן אפשרות אחת בלבד)

הריני מבקש לקבל עדכונים אודות סטטוס הטיפול בתביעתי באמצעות:

☐ דואר אלקטרוני

☐ דואר לכתובת מגוריי

ג בקשת העמית

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

.....

.....

.....

.....

הנני מבקש לערר בפני הוועדה הרפואית:

☐ ללא נוכחותי

☐ באופן עצמאי

לתשומת לבך, אנו ממליצים להגיע לוועדה הרפואית על מנת שרופאי הוועדה יוכלו להתרשם ממצבך הרפואי.

ד מידע לעמית

לידיעתך:

1. ניתן להגיש ערר על החלטת רופא הקרן בתוך 90 יום ממועד הודעת החברה המנהלת על החלטת הרופא.
2. אם ברצונך לדחות את מועד התכנסות הוועדה, באפשרותך להודיע על כך בכתב עד 48 שעות לפני מועד ההתכנסות שנקבע. ככל שלא תתייצב - הוועדה תדון בעניינך ללא נוכחותך.
3. במידה וקיימים ברשותך מסמכים רפואיים עדכניים שטרם הועברו למשרדי הקרן, יש לצרפם לטופס זה.
4. בהתאם לסעיף 103(א) (1) בתקנון הקרן בתקופת הנכות המאושרת לא ניתן לבצע משיכת כספים ממרכיב התגמולים.
5. 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.

סטודיו הראל b17030/20082 02/2018