

בקשה לערעור על החלטת רופא הקרן

לכבוד הועדה הרפואית של קרן הפנסיה – הפניקס פנסיה מקיפה/הפניקס פנסיה משלימה (להלן: "קרן פנסיה")
 נא הקפד למלא את הטופס באופן מדויק.

הנדון : כתב ערעור על החלטת רופא הקרן

פרטי העמית					
שם פרטי	שם משפחה	מס' ת.ז.	טלפון	נייד	דואר אלקטרוני

בקשת העמית

אני החתום מטה מבקש לערר על החלטת רופא הקרן מתאריך _____
 הנני מבקש לערר בפני הועדה הרפואית

ללא נוכחותי,
 הנני מבקש לא להיות נוכח בוועדה הרפואית הדנה בערר שהוגש מטעמי וידוע לי לאור היעדרותי הועדה הרפואית תדון בערר על סמך הנתונים והמסמכים הרפואיים שיוצגו בפניה, אין לי ולא תהיה לי כל טענה או דרישה ו/או תביעה כנגד הפניקס ו/או כנגד הועדה הרפואית ו/או מי מטעמם בנין קיום הועדה הרפואית ללא נוכחותי על פי בקשתי.
 ידוע לי כי למרות בקשתי האמורה יתכן ואדרש לבדיקות, מבחנים או מבדקים בהתאם לשיקול דעת הועדה הרפואית וכן להעביר מסמכים רפואיים נוספים.
 לתשומת לבך, אנו ממליצים להגיע לוועדה הרפואית על מנת שרופאי הועדה יוכלו להתרשם ממצבך הרפואי.

בנוכחותי,
 שם איש קשר _____ טלפון ליצירת קשר _____
 הנני מעוניין להביא רופא מטעמי כן לא (בהיעדר סימון יחשב שלא) תחום התמחות של הרופא מטעמי _____
 ידוע לי כי הועדה הרפואית רשאית לדרוש מסמכים נוספים ולזמן אותי לבדיקה רפואית נוספת.

מידע לעמית

- ניתן להגיש ערר על החלטת רופא הקרן תוך 90 ימים ממועד הודעת החברה המנהלת על החלטת רופא הקרן, במידה ועברו 90 ימים לא ניתן להגיש ערר על החלטת רופא הקרן.
- עם קבלת בקשתך בחברתנו תפעל ועדת הערר ליצירת קשר עמך לתיאום מועד הגעתך לדיון בוועדה רפואית.
- אם ברצונך לדחות את מועד התכנסות הועדה, באפשרותך להודיע על כך לוועדה בכתב עד 48 שעות לפני מועד ההתכנסות. ככל שלא תתייבב - הועדה תדון בענייך ללא נוכחותך.
- במקרה של ערעור על החלטת רופא הקרן, בסמכותה של הועדה הרפואית לדון מחדש בכל הנושאים בהם דן רופא הקרן, יתכן שהועדה תשנה את קביעותיו של רופא הקרן, ככל שתשתנה החלטת הנכות יתכן כי תידרש להשיב סכומים אשר שולמו לך על ידי הקרן וזאת בהתאם להוראות התקנון.
- במידה וקיימים ברשותכם מסמכים רפואיים עדכניים שטרם הועברו למשרדי הקרן יש לצרפם לטופס זה או להביאם ביום התכנסות הועדה.
- בהתאם לתקנון הקרן, בתקופת נכות מאושרת לא ניתן למשוך כספים ממרכיב התגמולים.
- התנאים המלאים הינם התנאים המפורטים בתקנון הקרן וככל שישנה סתירה בין האמור בתקנון לבין האמור במסמך זה, יחולו הוראות התקנון.

X		
תאריך		חתימת המבוטח