

שם העמית	מספר זהות
מספר תכנית/ות	תאריך
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## דף הנחיות לטופס 795 הגשת ערעור על קביעת זכאות לפנסיית נכות

### עמית נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בבקשתך בצורה יעילה ומהירה, נודה לך אם תעביר לידינו את המסמכים המפורטים להלן.  
באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות החוזרות מאת חברתנו בדבר הבקשה, מהלכה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות:

- דואר אלקטרוני מאובטח. תנאי למשלוח הודעות באמצעי זה הינו מסירת מספר טלפון נייד עדכני ותקין אליו תישלח סיסמה לצורך פתיחת ההודעה שתישלח אליך בדואר אלקטרוני.
- דואר ישראל לכתובתך המפורטת בטופס זה.
- פקס.

נבקשך לסמן את בחירתך על גבי הטופס המצורף במקום המיועד לכך.

### מסמכים שיש לצרף:

1. טופס "בקשה לערעור על קביעת רופא זכאות לפנסיית נכות".
  2. **לתשומת ליבך**, אם הנך מעוניין למנות רופא מטעמך, יש למלא פרטי הרופא בסעיף ג' לטופס.
3. סיכומי מחלה עדכניים המעידים על מצבך הרפואי והתפקודי וכן מסמכים רפואיים אחרים אשר תומכים בטענותייך וטרם הומצאו על ידך.

ניתן להעביר את טופס הבקשה והמסמכים הרלוונטיים לדוא"ל: [makefetclaim@migdal.co.il](mailto:makefetclaim@migdal.co.il)  
או למספר פקס 076-8869264 או לשלוח באמצעות הדואר לכתובת הרשומה מטה, עבור: תביעות פנסיה.

לברור אודות סטטוס הטיפול בתביעה ניתן להיכנס לאיזור האישי באתר החברה.  
באפשרותך להשלים מסמכים חסרים באמצעות שליחת SMS עם המילה "תביעות" לטלפון נייד שמספרו 055-7000113

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה  
בברכה,  
תביעות פנסיה

## כל הדרכים לצור איתנו קשר

www.migdal.co.il | בחנויות האפליקציות App Store/Google Play | סוכן הביטוח שלך | 054-9201028 Whatsapp | מוקד טלפוני 03-9201010  
כתובת למשלוח דואר: מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ. ת"ד 3778 קרית אריה, פתח תקוה, מיקוד 4951106



0712507950102150718

עמוד 1 מתוך 2 דפים

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ  
קוד מסמך: 1250



שם העמית	מספר זהות
מספר תכנית/ות	תאריך
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## טופס הגשת ערעור על קביעת זכאות לפנסיית נכות

טופס מספר 795

א. פרטי העמית						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי		תאריך לידה	מין	מקצוע/עיסוק
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	מספר טלפון
מספר טלפון נייד	מספר פקס	דואר אלקטרוני				
באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות אליך באחת מהדרכים הבאות: <input type="checkbox"/> דואר ישראל <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> פקס במידה ולא נתקבל כל תשובה ממך, אנו מבהירים כי ההודעות שבנדון ישלחו אליך באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה. * יש לצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח.						
הצהרה לעדכון פרטים ליצירת קשר						
ככל שברצונך כי פרטי ההתקשרות המפורטים בסעיף א' לעיל יעודכנו במערכות ה"חברה" (מגדל חברה לביטוח בע"מ ומגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ) הינך נדרש/ת לאשר בחתימתך בסעיף זה. הפרטים שיעודכנו ישמשו את ה"חברה" לצורך יצירת קשר עמך ביחס למוצרי הביטוח, הפנסיה וקופות הגמל שיש ברשותך בחברה.						
אני הח"מ מבקש/ת לעדכן את הפרטים המפורטים לעיל כפרטי ההתקשרות עמי ביחס למוצרי הביטוח, הפנסיה וקופות הגמל שיש ברשותך בחברה.						
חתימת המבוטח ★						

ב. ערעור על קביעת הזכאות לפנסיית נכות
נימוקים לערעור: _____ _____ _____ _____

ג. פרטי הרופא מטעם העמית			
אם הנך מעוניין למנות רופא מטעמך לועדה הרפואית/ועדה רפואית לערעורים, נא למלא פרטי הרופא:			
שם הרופא	התמחות	מספר טלפון נייד	מספר טלפון אחר

ד. הצהרת העמית
אני (העמית) _____ מצהיר בזאת כי כל האמור לעיל הוא נכון וכי לא העלמתי דבר הקשור עם בקשתי.
תאריך _____
חתימת העמית ★ _____

(מהדורה 07.2018)

