

ערעור – תביעת נכות אלטשולר שחם פנסיה

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

נא לסמן את קרן הפנסיה	
<input type="checkbox"/>	אלטשולר שחם קרן פנסיה מקיפה (מ.ה. 1328)
<input type="checkbox"/>	אלטשולר שחם קרן פנסיה כללית (מ.ה. 1329)

פרטי המבוטח				
שם פרטי*		שם משפחה*		מספר זהות*
יישוב*		רחוב*		ת.ד.
מיקוד		בית*		מיקוד
טלפון קווי*			טלפון נייד*	

הליך ערעור	
<input type="checkbox"/> אני החתום מטה מבקש לערער על החלטת רופא הקרן <input type="checkbox"/> ועדה רפואית (חובה לסמן את בחירתך)	
סיבת הערעור: _____	

<input type="checkbox"/> אני מבקש לערער על החלטת רופא הקרן: (חובה לסמן את בחירתך)	
<input type="checkbox"/> באופן עצמאי	
<input type="checkbox"/> עם רופא מטעמי, להלן פרטיו: (חובה למלא את פרטי הרופא)	
שם הרופא: _____	מומחיות הרופא: _____
טלפון קווי: _____	טלפון נייד: _____

אישורים	
<input type="checkbox"/> הריני מבקש לשלוח אליי עדכונים אודות סטאטוס הטיפול בתביעתי לקבלת פנייית נכות באמצעות דואר אלקטרוני שכתובתו: _____@_____	
במידה וקיימים מסמכים רפואיים עדכניים שטרם הועברו אלינו, אנא העבר אלינו בצירוף הטופס לכתובת: הברזל 19 רמת החייל תל אביב 6971026 או לכתובת דוא"ל sherut-tviot@altshul.co.il	

חתימת העמית				
שם פרטי*	שם משפחה*	תעודת זהות*	תאריך*	חתימה*
				x