

הגשת ערעור - בקשה לתשלום קצבת נכות

שים לב, ערעור על החלטות רופא הקרן או הועדה הרפואית ניתן להגיש עד 90 ימים ממועד הודעת החברה על ההחלטה, לאחר תקופה זו חלה התיישנות ולא ניתן להגיש ערעור.

א. פרטי העמית/ה

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות	כתובת
כתובת דוא"ל		טלפון נייד	

ב. פרטי התקשרות

באפשרותך לבחור לקבל מסמכים והודעות מטעם החברה באחד מהאמצעים שמולאו בפרטי מגיש הבקשה:
 הודעת טקסט (מסרון) דואר אלקטרוני דואר ישראל
לידיעתך! אם לא תבחרי/י באחת מהאפשרויות המפורטות לעיל, יישלחו אליך מסמכים והודעות, כפי שנקבע בהוראות הדין.

ג. פרטי עו"ד מטפל* (רלוונטי במידה והבקשה הוגשה באמצעות עו"ד)

שם עו"ד	כתובת למשלוח דואר	טלפון משרד	טלפון נייד	כתובת דוא"ל
*יש לצרף ייפוי כוח הכולל חותמת עם מספר רשיון ומופנה ספציפית ל"מור גמל ופנסיה בע"מ", בהעדר ייפוי כוח תקין יישלחו הודעות בדבר הערעור ישירות למבוטח.				

ד. פירוט הבקשה

אני החתום מטה, מבקש בזאת לערער על החלטת רופא הקרן הוועדה הרפואית, מהסיבות הבאות:

הנני מבקש כי הועדה הרפואית/הוועדה רפואית לערעורים תתקיים (נא לסמן): בנוכחותי ללא נוכחותי

מצ"ב מסמכים רפואיים התומכים בבקשתי.

ידוע לי כי החלטת הוועדה הרפואית לערעורים בסוגיות רפואיות היא סופית ותחייב את הצדדים לכל דבר ועניין, ולא תהיה ניתנת לערעור בכל דרך שהיא.

ה. מינוי רופא מטעמך לוועדה הרפואית (סעיף שאינו חובה)

אני מבקש למנות רופא נוסף מטעמי אשר ייצג אותי בוועדה הרפואית.

שם הרופא	מומחיות הרופא	טלפון	טלפון נייד

ו. פרטי בעל רישיון

שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רישיון	מס' סוכן בחברה	שם סוכנות

אופן הגשת הבקשה

את המסמכים הרלוונטיים לבקשה יש להעביר לחברתנו באחד מהאמצעים שלהלן:
דואר ישראל: מור גמל ופנסיה בע"מ, מגדל ב.ס.ר 1, דרך בן גוריון 2, רמת גן 5257334 - עבור מחלקת תביעות פנסיה.

דואר אלקטרוני: tviot.pensia@more.co.il

פקס: 03-7554950 - עבור מחלקת תביעות פנסיה.

לקבלת מידע נוסף על זכויותך, ניתן ליצור קשר עם מוקד שירות הלקוחות של החברה בטלפון *4544

שם העמית/ה: _____ תאריך: _____ חתימת העמית/ה: **X** _____

כל האמור בטופס זה בלשון זכר אף בלשון נקבה משמעו.