

בקשה לערעור על החלטת  
הוועדה הרפואית בתביעת נכות - ערר ראשון

## עתידיית קופת פנסיה

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

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס 03-7348575 או למייל dimottpds@harel-ins.co.il  
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70  
למען הסר ספק - משלוח הטפסים לכתובת אחרת לא יהווה אישור ואסמכתא על קבלתם בחברה.

## א פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.זהות	תאריך לידה
----------	---------	------------	------------

## ב קבלת עדכון בדבר סטטוס הטיפול בתביעתי: (ניתן לסמן אפשרות אחת בלבד)

הריני מבקש לקבל עדכונים אודות סטטוס הטיפול בתביעתי באמצעות:

דואר אלקטרוני

דואר לכתובת מגורי

## ג בקשת המבוטח

אני החתום מטה מבקש לערר על החלטת הוועדה הרפואית מהסיבות הבאות:

הנני מבקש לערר בפני הוועדה הרפואית:

בנוכחותי

ללא נוכחותי

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

## ד מידע למבוטח

לידיעתך:

- ערר על החלטת הוועדה הרפואית ניתן להגיש בתוך 45 יום ממועד הודעת החברה המנהלת על החלטת הוועדה הרפואית.
- אם ברצונך לדחות את מועד התכנסות הוועדה, באפשרותך להודיע על כך בכתב עד 48 שעות לפני מועד התכנסות שנקבע. ככל שלא תתייבב - הוועדה תדון בענייך ללא נוכחותך.
- במידה וקיימים ברשותך מסמכים רפואיים עדכניים שטרם הועברו למשרדי הקרן, יש לצרפם כעת בצמוד לטופס זה.
- התנאים המלאים הינם התנאים המפורטים בתקנון הקרן וככל שישנה סתירה בין האמור בתקנון לבין האמור במסמך זה, יחולו הוראות תקנון הקרן.

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה: [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il)



^dt15522