

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.

שים לב - בקשה למינוי וועדה רפואית לערעורים תוגש רק לאחר מיצוי הליך ערר על החלטת הוועדה הרפואית בהתאם להוראות תקנון קרן הפנסיה.

א פרטי המבוטח

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

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

הריני מבקש לקבל עדכונים אודות סטטוס הטיפול בתביעתך 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 לערעורים:

בנוכחותי

ללא נוכחותי

לדיון בוועדה הרפואית לערעורים אנו ממליצים להגיע לדיון בוועדה הרפואית לערעורים 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



dt15522