בקשה לערעור על החלטת הועדה הרפואית – קרן פנסיה ה.ע.ל

הראל
ביטוח ופיננסים

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

לכבוד:

הראל פנסיה וגמל בע"מ (המנהלת את קרן הפנסיה ה.ע.ל)

רח' אבא הלל 3, ת.ד 1951, רמת גן מיקוד: 5211802

א הליך ישוב ערעור על החלטת הועדה הרפואית בקרן פנסיה ה.ע.ל

זכות הערעור - העמית רשאי לערער על החלטת הועדה הרפואית לפני ועדת ערעורים לנכות, תוך 45 יום מיום שליחת מכתב על החלטת הועדה הרפואית. ועדת ערעורים לנכות מורכבת משלושה רופאים שימונו ע"י החברה המנהלת ובלבד שאינם עמיתי הועדה הרפואית, תוך מתן אפשרות לעמית למנות אחד מהם מטעמו ובלבד ששכר הרופא מטעם העמית לא יעלה על שכר הרופאים מטעם הקרן.

- על מנת להגיש ערעור על החלטת הועדה הרפואית יש למלא את הטופס המצורף, ולהעבירו למשרדי החברה בכתובת רח' אבא הלל 3 רמת גן, מיקוד 5211802 או בפקס 03-7348044 או במייל HaalK@harel-ins.co.il.
- לתשומת לבך, ניתן לצרף לטופס הערעור מסמכים רפואיים נוספים שלא הוצגו בפני הועדה הרפואית.
- כמו כן, באפשרותך לממש את זכאותך למנות רופא מטעמך אשר יופיע כחבר בהרכב ועדת הערעורים לנכות.
- ברצוננו להדגיש כי לאחר הגשת המסמכים שצוינו לעיל ומילוי הטופס, עשויה הקרן לדרוש פרטים ומסמכים נוספים לפי הצורך.
- תשומת ליבך כי בעת הגשת ערעור על החלטת הוועדה הרפואית ערעורך עשיו להתקבל, להידחות ואף בסמכות וועדת הערר לבטל לחלוטין את החלטת הוועדה הרפואית באופן בו לא יקבעו לך כלל אחוזי נכות.

ב פרטי מגיש הבקשה (העמית)

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מין ☐ זכר ☐ נקבה	תאריך לידה
מצב משפחתי	טלפון נייד	כתובת מייל		
ישוב	ת.ד.	רחוב	מס' בית	מס' דירה	מיקוד

ג אני החתום מטה מבקש להגיש ערעור על החלטת הועדה הרפואית

סיבת הערעור:

.....

.....

.....

.....

.....

במידה וקיימים ברשותך מסמכים רפואיים עדכניים שטרם הועברו אלינו, אנא העבר בצירוף הטופס.
הנני מבקש להגיע לערעור בפני הועדה הרפואית לערעורים:

☐ באופן עצמאי

☐ עם רופא מטעמי:

שם הרופא ..... טלפון ..... טלפון נייד ..... מומחיות הרופא .....

לידיעתך, ועדת ערר תדון בנושאים הרפואיים בגינם התקבלה ההחלטה בועדה הקודמת. אם ברצונך להעלות נושאים נוספים, עליך לפרט זאת ולצרף מסמכים תומכים.

תאריך: ..... חתימה: .....

סטודיו הראל 34696.13 08/2021