

ערעור על החלטת רופא הקרן / וועדה רפואית

1. פרטי המזקק/ג			
שם משפחה	שם פרטי	ת.ד.	מין
תאריך לידה	מס' טלפון	מס' נייד	
כתובת דואר אלקטרוני			

2. זקשה/אשכול על האטג/כסף בקרן / וועדה רפואית
סיבת הערעור:

הנני מבקש להגיע לוועדה הרפואית / וועדה רפואית לערערים:

באופן עצמאי

עם רופא מטעמי

שם הרופא _____ מומחיות הרופא _____

טלפון _____ נייד _____

במידה וקיימים ברשותך, נא להעביר מסמכים רפואיים עדכניים נוספים.

X

_____ תאריך _____ חתימת מבקש הקצבה

3. דאשלווג אפעזיר אג האסמכים דהגאם אמולר/ אהלן:

למשרדי החברה "מיטב דש" בכתובת מגדלי צ'מפיון, דרך ששת הימים 30, ת.ד. 2442, בני ברק - לידי תביעות פנסיה

לכתובת דואר אלקטרוני: T.P@MeitavDash.co.il

טלפון לבירורים: 03-7903717 או *3366 שלוחה 3