

### ערעור על החלטת רופא הקרן / וועדה רפואית

שם פרטי המבקש/ת		
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.
תאריך לידה	מין	
מס' נייד	מס' טלפון	
כתובת		
כתובת דואר אלקטרוני		

2. בקשה לערעור על החלטת רופא הקרן / וועדה רפואית	
סיבת הערעור:	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
הנני מבקש להגיע לוועדה הרפואית / וועדה רפואית לערערים:	
<input type="checkbox"/>	באופן עצמאי
<input type="checkbox"/>	עם רופא מטעמי
שם הרופא _____ מומחיות הרופא _____	
טלפון _____ נייד _____	

במידה וקיימים ברשותך, נא להעביר מסמכים רפואיים עדכניים נוספים.

\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ X חתימת מבקש הקצבה

3. באפשרותך להעביר את המסמכים בהתאם למפורט להלן:
<input type="checkbox"/> למשרדי החברה "מיטב" בכתובת מגדלי צ'מפיון, דרך ששת הימים 30, ת.ד. 2442, בני ברק – לידי תביעות פנסיה
<input type="checkbox"/> לכתובת דואר אלקטרוני: T.P@Meitav.co.il
<input type="checkbox"/> טלפון לברורים: 03-7903717 או *3366 שלוחה 3