

ערעור – תביעת נכות אלטשולר שחם פנסיה מקיפה

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי המבוטח

שם פרטי*			שם משפחה*			מספר זהות*		
יישוב*			רחוב*			ת.ד.		
מיקוד			בית*					
טלפון קווי*						טלפון נייד*		

הליך ערעור

אני החתום מטה מבקש לערער על החלטת רופא הקרן ועדה רפואית (חובה לסמן את בחירתך)

סיבת הערעור: _____

אני מבקש לערער על החלטת רופא הקרן: (חובה לסמן את בחירתך)

באופן עצמאי

עם רופא מטעמי, להלן פרטיו: (חובה למלא את פרטי הרופא)

שם הרופא: _____ מומחיות הרופא: _____

טלפון קווי: _____ טלפון נייד: _____

אישורים

הריני מבקש לשלוח אליי עדכונים אודות סטאטוס הטיפול בתביעתי לקבלת פנסיית נכות באמצעות דואר אלקטרוני שכתובתו: _____@_____

במידה וקיימים מסמכים רפואיים עדכניים שטרם הועברו אלינו, אנא העבר אלינו בצירוף הטופס לכתובת: הברזל 19 רמת החייל תל אביב 6971026 או לכתובת דוא"ל TviotP@altshul.co.il

חתימת העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	תעודת זהות*	תאריך*	חתימה*
				א