מיטב דש.
ניסיון שמוביל קדימה

ערעור על החלטת רופא הקרן / וועדה רפואית

1. פרטי המבקש/ת

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

2. בקשה לערעור על החלטת רופא הקרן / 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 ______ חתימת מבקש הקצבה

______ תאריך

3. באפשרותך להעביר את המסמכים והבאים למפורט להלן:

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

לכתובת דואר אלקטרוני: Pensya@MeitavDash.co.il

טלפון לבירורים: 03-7903717 או 3366* שלוחה 3