

## ערעור על החלטת רופא הקרן / וועדה רפואית

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

2. זקשה אפערטור על האלג כאפ בקין / וועדה רפואית

סיבת הערעור:

---

---

---

---

---

---

---

---

הגני 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. זאפלוג אפערטור אג האסמאכי זכאמא אפארט אפאן:

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

למספר פקס: 03-7903200

לכתובת דואר אלקטרוני: Pensya@MeitavDash.co.il

טלפון לבירורים: 03-7903717 או \*3366 שלוחה 3