



תאריך: _____

לכבוד
הועדה הרפואית לעררים של הקרנות הוותיקות שבהסדר

ערעור

1. פרטי המבוטח/ת										
מספר תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	מספר טלפון נייד							
כתובת דואר אלקטרוני				כתובת						

אני מאשר/ת לקבל הודעות לכתובת הדוא"ל שעדכנתי בטופס זה

2. ברצוני להגיש ערר על החלטת הרופא של קרן: _____ מיום _____ בענייני .
 ערר זה מוגש לוועדה הרפואית לעררים של הקרנות הוותיקות שבהסדר ולפיכך אני מצרף/ת להודעה זו כתב הסכמה חתום המאשר כי ידוע לי שממצאיה של הועדה בעניינים רפואיים הם סופיים וכי החלטתה של הועדה בענייני לא תהיה ניתנת לערעור ואו לתביעה כלשהי אלא בעניינים משפטיים.

3. נימוקי הערעור

קרן הדסה
קופת הפנסיה
לעובדי הדיסה בע"מ
(בניהול מיוחד)

קרן קגמ
קרן הנימלאות המרכזית
של עובדי ההסתדרות
בע"מ (בניהול מיוחד)

קרן מקפת
קרן מקפת מרכז
לפנסיה ותגמולים א.ש.
בע"מ (בניהול מיוחד)

קרן מבטחים
מבטחים מוסד לביטוח
סוציאלי של העובדים
בע"מ (בניהול מיוחד)

קרן אגד
קרן הגמלאות של
חברי אגד בע"מ
(בניהול מיוחד)

קרן בניין
קרן הביטוח והפנסיה
של פועלי בנין ועבודות
ציבוריות אגודה שיתופית
בע"מ (בניהול מיוחד)

קרן נתיב
נתיב קרן הפנסיה של
פועלי ועובדי מפעלי
משק ההסתדרות בע"מ
(בניהול מיוחד)

קרן חקלאים
קרן ביטוח ופנסיה לפועלים
חקלאים ובלתי מקצועיים
בישראל א.ש. בע"מ
(בניהול מיוחד)

מוקד שירות לקוחות: *6667

אתר אינטרנט: www.amitim.com

מען למשלוח מכתבים: ת.ד. 7280, תל-אביב 6107201

כתובת דואר אלקטרוני: amitimmail@amitim.com

כתב הסכמה

במסגרת הליכי הערר אשר הגשתי ביום _____ על החלטת רופא הקרן הנני להודיעכם :

1. אני מצהירה כי הובאו לידיעתי הוראות תקנה 41 ו- 42 לתקנון הקרן בעניין הגשת ערר על החלטת רופא הקרן שנוסחו כלהלן :

א. ערר על החלטת רופא הקרן:

- (1) מבוטח רשאי להגיש ערר על החלטת רופא הקרן לפי סעיף 29 לתקנון תוך 60 יום מיום שהומצאה לו ההודעה על ההחלטה.
- (2) מבוטח רשאי להגיש ערר כאמור בסעיף קטן (א) לוועדה הרפואית לעררים של הקרנות הוותיקות שבסדר (להלן: **הוועדה**).
- (3) ערר לוועדה יוגש בכתב באמצעות הקרן, בטופס שהכינה לכך הקרן.
- (4) ראתה הוועדה כי הערר אינו כולל את כל הפרטים או המסמכים הדרושים לבירורו - תודיע על כך למבוטח ותבקשו להשלים את החסר.
- (5) לצורך דיון בערר רשאית הוועדה לזמן את המבוטח לביצוע בדיקה רפואית.

ב. החלטת הוועדה הרפואית לעררים של הקרנות הוותיקות שבהסדר:

- (1) הוועדה תבדוק את עררו של המבוטח ותכריע בו.
 - (2) הקרן תודיע למבוטח בדבר החלטת הוועדה תוך 14 ימים מיום קבלתה.
 - (3) החלטת הוועדה ניתנת לערעור בשאלה משפטית בלבד לפני הערכאה השיפוטית המוסמכת לכך לפי חוק
2. לאור היותו של הסכסוך נשוא הערר סכסוך בעניין רפואי, הנני להודיע כי החלטתי להגיש את הערר בפני הוועדה הרפואית לעררים של הקרנות הוותיקות שבהסדר.
3. כמו כן הנני נותן/ת בזאת הסכמתי המלאה והבלתי חוזרת להיבדק על ידי הוועדה הנ"ל ובכלל זה הסכמתי להמציא לה כל מסמך ותיעוד (ולרבות חוות דעת) אודות מצבי הבריאותי והתעסוקתי ובכלל זה אודות השכלתי והכשרתי המקצועית.
4. הנני מצהיר/ה על ידיעתי והסכמתי לכך כי ממצאיה של הוועדה בעניינים הרפואיים יהיו סופיים וכי החלטתה של הוועדה לא תהיה ניתנת לערעור ו/או לתביעה בכל דרך שהיא, בפני כל רשות ו/או ערכאה שיפוטית ע"י מי מהצדדים לה ו/או חליפיהם, אלא בשאלות משפטיות בלבד.
5. ידוע לי כי החלטות הוועדה הרפואית לעררים יובאו לידיעת המעסיק.
6. הנני מצהיר/ה כי ידוע לי ואני מסכים/ה, כי הוועדה רשאית לאשר את החלטת רופא הקרן, לבטלה או לשנותה, לרבות להפחית את אחוזי הנכות, בין שנתבקשה לכך ובין שלא נתבקשה .

חתימה

מספר תעודת זהות

שם

אישור נציג הקרן או עו"ד

אני החתום מטה עו"ד/ עובד הקרן _____ מאשר כי המבוטח/ת, לאחר שהוסבר לו/ה תוכנו של כתב זה על ידי, חתם/חתמה עליו בפני.

חתימת המאשר

שם המאשר

תאריך