

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> לשימוש </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> פנימי </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> בלבד </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> (סריקה) </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> מס' זהות </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> סוג המסמך </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> דפים </div> </div>
---	---

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
 נפגעי עבודה
 אגף וועדות רפואיות



מחלקת ועדות רפואיות נפגעי עבודה
סניף _____

כתב ערר על החלטה של ועדה רפואית מדרג ראשון מתאריך _____ תאריך פגיעה מיום _____

1 פרטים אישיים

שם משפחה _____	שם פרטי _____	ת.ז. _____
טלפון קווי _____	טלפון נייד _____	מס' פקס _____

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

2

ערר על: אחוזי נכות תחילת נכות תקופת נכות (זמנית/צמיתה) ניכוי מצב קודם / גורם סיכון תקנה 15 קשר סיבתי אחר התייחסות לליקוי נוסף

נימוקי הערר

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

באפשרותך לצרף מסמכים התומכים בערעורך.

3

מסמכים מצורפים: חוות דעת מסמכים רפואיים עדכנים בדיקות אחר

פרוט:

4

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? לא כן
 הגוף המייצג או המסייע: עורך דין חברת מימוש זכויות יד מכוונת בית חולים עמותה אחר _____

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, **או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות"**.

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
---------------	-------	-------

5

הצהרה

ידוע לי כי הוועדה הרפואית לעררים רשאית לאשר, לבטל או לשנות את ההחלטה עליה מוגש הערר, לרבות הקטנת דרגת הנכות, בין שנתבקשה לעשות זאת ובין שלא נתבקשה, בין שהערר הוגש על ידי הנפגע ובין שהוגש על ידי המוסד.
לידיעתך, גם לאחר שתגיש ערעור, תהיה רשאי בכל שלב משלבי הדיון לחזור בכך מהערעור ולבטלו.

_____ תאריך שם התובע חתימה ^א