



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
אגף וועדות רפואיות  
مؤسسة التأمين الوطني  
مديرية المخصصات  
قسم اللجان الطبية

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות סוג המסמך דפים
------------------------------------	-------------------------------

לכבוד  
המוסד לביטוח לאומי  
מחלקת וועדות רפואיות נ"ע  
סניף \_\_\_\_\_

حضرة  
مؤسسة التأمين الوطني  
قسم اللجان الطبية  
فرع \_\_\_\_\_

כתב ערר על ההחלטה של וועדה רפואית מדרג ראשון מתאריך \_\_\_\_\_ תאריך פגיעה מיום \_\_\_\_\_  
استئناف على قرار اللجنة الطبية من الدرجة الأولى من تاريخ \_\_\_\_\_ تاريخ الإصابة من يوم \_\_\_\_\_

### פרטים אישיים

1

#### תفاصيل شخصية

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	ת.ז. رقم الهوية
טלפון קווי رقم الهاتف	טלפון נייד الهاتف الخليوي	מס' פקס رقم الفاكس

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעיתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. אرفض استلام الرسائل التي تشمل معلومات شخصية عبر القنوات المباشرة (الديجيتال) (رسائل نصية – SMS، البريد الالكتروني) بدلا من البريد العادي. يرجى الملاحظة أنه إذا لم تُشير لعلامة "أنا أرفض"، سيتم إرسال رسائل التأمين الوطني إلى القنوات المباشرة وفقا للمعلومات التي قدمتها.

2

ערר על:  אחוזי נכות  תחילת נכות  תקופת נכות (זמנית צמיתה)  ניכוי מצב קודם / גורם סיכון  
استئناف على:  نسبة العجز  بدء العجز  فترة العجز (مؤقتة دائمة)  خصم الحالة السابقة/عامل خطر  
 תקנה 15  קשר סיבתי  אחר  התייחסות לליקוי נוסף  
تنظيم 15  علاقة سببية  آخر  الإشارة لإعاقة إضافية

נימוקי הערר \_ أسباب الاستئناف

## באפשרותך לצרף מסמכים התומכים בערעורך.

يمكنك إرفاق مستندات التي تدعم استئنافك.

3

מסמכים מצורפים:  חוות דעת  מסמכים רפואיים עדכניים  בדיקות  אחר  
 המסמכים המرفקה:  תיקום طبي  مستندات طبية حديثة  فحوصات  آخر

פרוט:  
 التفاصيل:

4

## סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע?  לא  כן  
 هل قدم الطلب بواسطة جهة مساعدة؟ لا نعم

הגוף המייצג או המסייע:  עורך דין  חברת מימוש זכויות  יד מכונת  בית חולים  עמותה  
 الجهة الممثلة أو المساعدة:  محامي  شركة لاستنفاد الحقوق  يد ميكافينت (موجهة)  مستشفى  جمعية

אחר \_\_\_\_\_  
 آخر

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין יפוי 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 בל/73: "יפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

إذا كنت ممثلاً من قبل محامٍ، يجب طلب إدخال توكيل رسمي من المحامي عبر نظام الممثلين في المخصصات على موقع التأمين الوطني. إذا كان غير قادر على القيام بذلك، أو في حال محاسب أو مستشار ضريبي، أرسل إلينا استمارة بل/73: "وكالة وتنازل عن سرية لممثل في مسائل المخصصات".

שם גורם מסייע اسم الجهة المساعدة	כתובת العنوان	טלפון هاتف
-------------------------------------	------------------	---------------

5

## הצהרה تصريح

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. לידעתך, גם לאחר שתגיש ערעור, תהיה רשאי בכל שלב משלבי הדין לחזור בך מהערעור ולבטלו.

أعلم أن اللجنة الطبية للاستئناف قد توافق، تلغي أو تغيّر القرار الذي بموجبه قَدّم الاستئناف يشمل تخفيض نسبة العجز، سواء طُلب أو لم يطلب منها ذلك وسواء قَدّم الاستئناف بواسطة المتضرر أو بواسطة مؤسسة التأمين الوطني. لعلمك، حتى بعد تقديم الاستئناف، تستطيع أن تلغيه في أي مرحلة من مراحل الفحص.

x

_____	_____	_____
חתימה التوقيع	שם התובע اسم مقدّم الطلب	תאריך تاريخ