**המוסד לביטוח לאומי**
**מינהל הגמלאות**
אגף וועדות רפואיות

| לשימוש פנימי בלבד (סריקה) | מס' זהות<br>סוג המסמך<br>דפים |
|---|---|

**לכבוד**
**המוסד לביטוח לאומי**
**מחלקת וועדות רפואיות נ"ע**
**סניף _____**

**כתב ערר על ההחלטה של וועדה רפואית מדרג ראשון מתאריך _____ תאריך פגיעה מיום_____**

**1 פרטים אישיים**

| שם משפחה | שם פרטי | ת.ז. |
|---|---|---|
| | | |

| טלפון קווי | טלפון נייד | מס' פקס |
|---|---|---|
| | ❑ אני מאשר קבלת הודעות SMS | |

**2 ערר על:** ❑ אחוזי נכות ❑ תקופת נכות ❑ ניכוי מצב קודם / גורם סיכון ❑ תקנה 15 ❑ תקנה 12 ❑ קשר סיבתי
❑ התייחסות לליקוי נוסף ❑ התייחסות להחמרה

**נימוקי הערר** ***ניתן לצרף דף הסבר נוסף**

**3** **מסמכים מצורפים:** ❑ חוות דעת ❑ מסמכים רפואיים עדכנים ❑ בדיקות

פרוט: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**4** **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 ובי שהוגש על ידי המוסד. **לידיעתך, גם לאחר שתגיש ערעור, תהיה רשאי בכל שלב משלבי הדיון לחזור בך מהערעור ולבטלו**.

_____ _____ ✘_____

תאריך שם התובע חתימה

אם הערר מוגש ע"י: ❑ אפוטרופוס ❑ מקבל גמלה ❑ בא כח ❑ אחר _____
נא לציין

_____ _____ ✘_____

תאריך שם מגיש הערר חתימה