



תאריך: _____

לכבוד

הועדה הרפואית לעררים של הקרנות הוותיקות שבהסדר

א.ג.נ.,

ערר: הנדון:

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

1. שם המערער/ת: _____
2. מען: _____
3. טלפון: _____
4. מספר ת.ז: _____
5. תאריך החלטת רופא הקרן עליו מוגש ערעור זה: _____
6. דוא"ל: _____

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

נימוקי הערעור:





תאריך: _____

לכבוד

קרו _____

א.ג.נ.,

הנדון: כתב הסכמה

במסגרת הליכי הערר אשר הגשתי ביום _____ על החלטת הרופא של קרו _____ (להלן: "הקרו") הנני להודיעכם כדלקמן:

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

א. ערר על החלטת רופא הקרו:

1. מבוטח רשאי להגיש ערר על החלטת רופא הקרו 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 הקרו, בטופס שהכינה לכך הקרו.
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. הקרו 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, הריני להודיע כי החלטתי להגיש את הערר בפני הוועדה הרפואית לעררים של הקרנות הוותיקות שבהסדר (להלן: "הוועדה").





3. כמו כן הנני נותנת/ 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. הריני מצהירה/ 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 מצהירה/ 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.

שם	מס' תעודת זהות	חתימה
----	----------------	-------

אישור

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

תאריך: _____ שם המאשר: _____ חתימת המאשר: _____

