לכבוד

**מחלקת נפגעי עבודה**

**ביטוח לאומי סניף אשקלון**

רח' הנשיא 101

אשקלון 7832810

א.ג.נ.,

**הנדון: ערר על החלטת הועדה הרפואית מיום XXXX**

**תאונת עבודה מיום XXXX**

**הנפגע:**

בשם מרשנו, מר XXXXX הרינו להגיש בזאת ערר על החלטת הועדה הרפואית מיום XXXXX (להלן: "**הועדה הרפואית"**), לפיה נקבעה למרשנו נכות זמנית בשיעור 15% עד ליום XXXXX. יפוי כוח מצ"ב **כנספח א'** לערר.

להלן נימוקי הערר:

1. מרשנו נפגע בקרסול שמאל בתאונת עבודה ביום XXXXX.
2. הועדה הרפואית קבעה למרשנו נכויות זמניות ובין היתר נכות זמנית בגובה 15% עד ליום XXXXX.
3. למרשנו נקבע ניתוח בקרסול בבית החולים ברזילי ליום XXXX – האישור מצורף כנספח ב' לערר.
4. אין ספק כי לאחר הניתוח צפויה נכותו הזמנית של מרשי להיות גבוהה מ – 15%.
5. **לפיכך מבוקש כי הנכות הזמנית בגובה 15% תיוותר על כנה אך ורק עד ליום XXXXX, יום הניתוח, ולאחר מכן יזומן מרשי לועדה חוזרת לצורך קביעת נכותו העדכנית לאחר הניתוח.**
6. אני מודה על טיפולכם.

בכבוד רב ובברכה,

XXXXXXX, עו"ד