



לכבוד

מבטחים מוסד לביטוח סוציאלי של העובדים בע"מ (בניהול מיוחד)

אגף קופ"ג ת.ד. 7279 ת"א,

מיקוד 61072

הצהרה על היעדרות בעקבות מחלתILD/ה*

*היעדרות מעובדה מכוח סעיף 1 לחוק דמי מחלת (היעדרות בשל מחלת ILD) תשנ"ג 1993.

א. פרטי המבוטח/ת				
מספר טלפון נייד	שם פרטי	שם משפחה	מספר תעוזת זהות	
ת.ד.	מקום	יישוב	מספר בית	רחוב

ב. פרטי הילד/ה				
תאריך לידה	שם פרטי	שם המשפחה	מספר תעוזת זהות	

ג. פרטי בן/ת הזוג (רק אם הילד לא בחזקתו הבלעדית)				
מספר טלפון נייד	שם פרטי	שם המשפחה	מספר תעוזת זהות	

ד. תקופת היעדרות				
עד תאריך (יש למלא תאריך מלא: יום/חודש/שנה)	מתאריך (יש למלא תאריך מלא: יום/חודש/שנה)	1. החסרתי מהעבודה בעקבות מחלת הילד/ה שלי ולצורך טיפול בו/ה:		
		2. מספר הימים שבהם החסרתי מהעבודה בשל מחלתILD/ה במשך שנה זו:		

ה. הצהרת המבוטח/ת – סעיף ג לא רלוונטי אם הילד נמצא בחזקתו הבלעדית				
א. בן/בת הזוג לא נעדרו מהעבודה ביום היעדרות המפורטים בסעיף ד 1				
ב. הילד/ה נמצא בחזקתו הבלעדית				

ו. חתימת המבוטח/ת				
		✗		
חתימת המבוטח/ת			תאריך	