



הגשת בקשה לתשלום דמי מחלה

כדי להגיש בקשה להחזר דמי מחלה, מצורף טופס בקשה לתשלום דמי מחלה, נבקש ממך למלא אותו ולהעבירו אלינו.

מה יש לצרף לטופס הבקשה?

- טופס "בקשה לתשלום דמי מחלה"** מלא וחתום על ידי המבוטח/ת ועל ידי המעסיק (מצורף).
- תעודה / אישור מחלה*** של קופת חולים הכוללת את הפרטים הבאים: שם ושם משפחה של המבוטח/ת, מספר תעודת זהות, אבחנה רפואית (על פי חוק זכויות החולה סעיף 13 באפשרותך לקבל מהרופא אישור מחלה הכולל אבחנה רפואית), תקופת המחלה, מספר ימי המחלה ותאריך הוצאת התעודה. במקרי אשפוז יש לציין את התקופה.
- סיכום רפואי ו/או גיליון אשפוז/שחרור*** (אם קיים).
- צילום המחאה או אישור ניהול חשבון בנק** - אם התשלום מועבר ישירות לחשבון המבוטח/ת. רק בהגשת בקשה ראשונה לתשלום דמי מחלה או אם בוצע שינוי בפרטי חשבון הבנק.
- כתב הצהרה והתחייבות** (במקרה של פגיעה שאינה כתוצאה ממחלה) חתום על ידך. את כתב ההצהרה ניתן להוריד באתר עמיתים.
- כתב הצהרה למחלת ילד/הורה/בן/ת זוג** - בתביעה לתשלום דמי מחלה עקב מחלת ילד/הורה/בן/ת זוג – בהתאם לתקנון הקרן. את כתב ההצהרה ניתן להוריד באתר עמיתים.

*על מנת לשמור על סודיות רפואית באפשרות המבוטח/ת לשלוח את האבחנה הרפואית ישירות לקרן.

במקרים של מחלה ממושכת (מעל 60 ימים ברצף)

- דו"ח נוכחות** – נתונים בדבר נוכחות בעבודה והיקף המשרה. נדרש רק במקרה שאחוז המשרה השתנה בהתאם להמלצת רופא תעסוקתי.
- אישור "קביעת נכות כללית" ופירוט תשלומים** מהמוסד לביטוח לאומי (אם אושרה קבלת קצבת נכות מהמוסד לביטוח לאומי).
- אישור קבלת קצבת נכות מקרן הפנסיה שאינה קרן וותיקה שבהסדר** (אם המבוטח/ת לא מקבלת קצבת נכות נבקש להביא אישור על אי קבלת קצבת נכות).

איך לשלוח אלינו את המסמכים?

במייל: kerenmachala@amitim.com

לידיעתך

- נוכל להתחיל לטפל בבקשתך רק לאחר קבלת כל המסמכים.
- נבקש לציין בבירור על גבי המסמכים מספר טלפון זמין של המבוטח/ת להתקשרות.

אנו מזמינים אותך לפנות אלינו בכל שאלה באחד מערוצי השירות שמופיעים בתחתית המסמך.

בברכה,

עמיתים קרנות הפנסיה הוותיקות

קרן הדסה
קופת הפנסיה לעובדי הדסה בע"מ (בניהול מיוחד)

קרן קגמ
קרן הביטוח המרכזי של עובדי ההסתדרות בע"מ (בניהול מיוחד)

קרן מקפת
קרן מקפת מרכז לפנסיה ותגמולים א.ש. בע"מ (בניהול מיוחד)

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

קרן אגד
קרן הגמלאות של חברי אגד בע"מ (בניהול מיוחד)

קרן בניין
קרן הביטוח והפנסיה של פועלי בנין ועבודות ציבוריות אגודה שותפות בע"מ (בניהול מיוחד)

קרן נתיב
נתיב קרן הפנסיה של פועלי ועובדי מפעלי משק ההסתדרות בע"מ (בניהול מיוחד)

קרן חקלאים
קרן ביטוח ופנסיה לפועלים חקלאים ובלתי מקצועיים בישראל א.ש. בע"מ (בניהול מיוחד)

מוקד שירות לקוחות: *6667

אתר אינטרנט: www.amitim.com

מען למשלוח מכתבים: ת.ד. 7280, תל-אביב 6107201

כתובת דואר אלקטרוני: amitimmail@amitim.com



לכבוד

קרן מבטחים
 קרן פועלי בנין
 קרן פועלים חקלאים
 קרן מקפת

בקשה לתשלום דמי מחלה

דמי מחלה דמי פגיעה בעבודה 12 יום השלמה לדמי פגיעה בעבודה
 פגיעה מחוץ לעבודה שי לידה

א. פרטי המבוטח/ת				
מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון נייד	
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	ת.ד.
<p>פרטי חשבון בנק – נא לציין את פרטי חשבון הבנק של המבוטח/ת בלבד כאשר התשלום למבוטח/ת מתבצע על ידי המעסיק, יועבר התשלום הנוכחי לזכות המעסיק.</p>				
שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון	כתובת דוא"ל

ב. הצהרות המבוטח/ת		
<p>1. אני מצהיר/ה כי לא עבדתי במשך כל התקופה המצוינת בתעודה הרפואית עבורה אני תובע דמי מחלה ולא קיבלתי שכר עבור התקופה הנ"ל.</p> <p>2. בשנת המס בה הגשתי את התביעה הנ"ל לתשלום דמי מחלה, עבדתי רק אצל המעסיק הרשום בתביעה זו ולא עבדתי בכל מקום עבודה אחר.</p> <p>3. אני נותן/ת בזאת רשות לכל עובד חברות/סוכנויות הביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ו/או לתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה.</p> <p>כמו כן, אני נותן/ת בזאת לכל עובד רפואי ו/או למוסד רפואי ו/או שיקומי ו/או לקופת חולים ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד הבריאות ו/או למשרד הרווחה ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מי שבידיו מידע, כולם יחד או כל אחד מהם לחוד (להלן - מחזיקי המידע), למסור לכל אחת מקרנות המחלה (מבטחים, מקפת, קרן פועלי בניין וקרן פועלים חקלאיים), או לכל מי שקרן המחלה תמנה (להלן - המבקשים), את הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים, על מצבי הבריאותי, כולל בריאותי הנפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית שיש לי, לרבות מחלות שחליתי בהן בעבר ו/או שאני חולה בהן בהווה ועל ההגבלות על תפקודי בשל לקויות אלה, ולרבות כל מידע סוציאלי הנובע ממצבי הבריאותי.</p> <p>אני משחרר/ת בזה את מחזיקי המידע ואת העובדים או המשרתים במסגרתם ו/או הפועלים מטעמם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למידע הנזכר לעיל, ומוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תהיה לי כלפי מחזיקי המידע או כלפי המבקשים כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.</p>		
תאריך	תפקיד במפעל	חתימה (ייחתם על ידי המבוטח/ת בלבד)
		X



ג. פרטי המעסיק				
שם המעסיק	כתובת המעסיק	איש קשר לבירורים	טלפון איש קשר	כתובת דוא"ל

ד. תקופת המחלה סטאטוס עובד: חודשי / יומי (אין למלא יותר מתקופת מחלה אחת בטופס)				
יום עבודה אחרון לפני המחלה או יום הפגיעה מתאונה	מתאריך (יש למלא תאריך מלא: יום/חודש/שנה)	עד תאריך (יש למלא תאריך מלא: יום/חודש/שנה)	מועד חזרה לעבודה (יש למלא תאריך מלא: יום/חודש/שנה)	
הצהרת המעסיק: 1. אנו מצהירים בזה כי כל הפרטים שנמסרו נכונים וכי מגיש/ת הבקשה מבוטח/ת בביטוח דמי מחלה בתקופה זו. 2. אנו מאשרים כי מספר חשבון הבנק שניתב למעלה אושר בחתימות המבוטח/ת מגיש/ת הבקשה. 3. סעיף ב' נחתם על ידי המבוטח/ת.				
			X	
הערות המעסיק	תאריך	חתימה וחותמת המעסיק		