



## הגשת בקשה לקרן מחלה

### עמיתה/ה יקר/ה,

לצורך הגשת בקשה להחזר דמי מחלה עליך להעביר אלינו באמצעות הדואר או באמצעות מרכזי השירות, את טופס הודעה בדבר תביעה לתשלום וכתב הצהרה והתחייבות חתום על ידך ומאומת על ידי המעסיק באמצעות חתימה וחותמת. בצירוף המסמכים הבאים:

1. טופס הודעה בדבר תביעה לתשלום - מצ"ב.
2. כתב הצהרה והתחייבות (ניתן להוריד מאתר האינטרנט בכתובת: [www.amitim.com](http://www.amitim.com)) ע"פ דרישת הקרן.
3. תעודה/ אישור מחלה של קופת חולים ערוכה כנדרש- חובה להגיש מקור, בה יכללו הפרטים הבאים: שם ושם משפחה של החבר, מס' תעודת זהות, אבחנת המחלה וסימולה לפי מפתח מחלות, תקופת המחלה, מספר ימי המחלה ותאריך הוצאת התעודה. במקרי אשפוז תצוין התקופה.
4. סיכום רפואי ו/או גיליון אשפוז/שחרור (במידה וקיים).
5. דוח נוכחות - נתונים בדבר נוכחות בעבודה והיקף המשרה ע"פ דרישת הקרן.
6. תביעה לתשלום דמי מחלה בשל היעדרות מחמת מחלת ילד תלווה בנוסף בהצהרה (ניתן להוריד מאתר האינטרנט בכתובת: [www.amitim.com](http://www.amitim.com)).

- נא לציין בבירור על גבי המסמכים מס' טלפון זמין להתקשרות.
- את כל הטפסים המלאים והמסמכים הנדרשים ניתן לשלוח בדואר לכתובת.
- או להגישם פיזית במרכזי השירות של הקרן כמפורט להלן:

### רשימת מרכזי השירות ושעות הפעילות:

מרכז שרות	כתובת	ימים ושעות פעילות
חיפה	שדרות פל ים 2 חיפה (חלונות הסיטי) בנין ברוש, קומת קרקע	א,ב,ד 8:30-13:00 ג,ה 8:30-13:00 16:00-18:00
תל אביב	יד חרוצים 12, קומת קרקע, מגדל קרסו	
ירושלים	מגדל דונה (קומה 8) רחוב בית הדפוס 20, גבעת שאול	
באר שבע	בנין לב הסיטי כניסה B (קומה 2) רחוב התקווה 2	
תעשייה אווירית	בסניף זה ניתן שירות פרונטאלי בתדירות משתנה. לצורך בירור ימי ושעות הפעילות יש להתקשר למוקד הטלפוני	
מוקד טלפוני	6667* או במספר 12226667	א - ה 08:00-16:00

תנאי לתחילת הטיפול בבקשתך הינו קבלת הטופס המלא והמסמכים הנדרשים.

לשירותך בכל עת,  
חטיבת השירות.



לכבוד

קופת גמל למטרה אחרת (אישור מס הכנסה 523)  
שליד קרן הביטוח והפנסיה של פועלי הבנין ועבודות ציבוריות  
אגודה שיתופית בע"מ (בניהול מיוחד) ת.ד. 7280, תל אביב. מיקוד 6107201  
מאת:

לשימוש הקרן	מס' תביעה לא למילוי
-------------	------------------------

שם המעסיק	כתובת המעסיק
-----------	--------------

### הודעה על תביעה לתשלום

דמי מחלה  פגיעה מחוץ לעבודה

א. ימולא ע"י מגיש התביעה						
שם משפחה	שם פרטי	ס.ב.	מס' תעודת זהות			
כתובת <input type="checkbox"/> קבועה <input type="checkbox"/> זמנית (לביצוע התשלום הזה בלבד)						
עיר / ישוב	רחוב	מס' הבית	מיקוד	ת.ד.	מס' הטלפון	מס' הטלפון הנייד
פרטי חשבון בנק - נא לציין את פרטי חשבון הבנק של העובד בלבד *						
שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' החשבון		
* כאשר התשלום לחבר מתבצע ע"י המעסיק, יועבר התשלום הנוכחי לזכות המעסיק.						

הצהרת העובד:		
<p>1. אני החתום מטה מצהיר כי לא עבדתי במשך כל התקופה המצוינת בתעודה הרפואית עבורה אני תובע דמי מחלה ולא קיבלתי שכר או משכורת עבור התקופה הנ"ל. 2. כי בשנת המס בה הגשתי את התביעה הנ"ל לתשלום דמי מחלה, מקרן דמי מחלה של בנין, עבדתי רק אצל המעסיק הרשום בתביעה זו ולא עבדתי בכל מקום עבודה אחר. 3. הנני נותן בזאת רשות לכל מוסד רפואי למסור ל"בנין" את כל הפרטים על מצב בריאותי ומשחרר מחובת סודיות רפואית כלפי "בנין" ולא תהינה לי כל טענות או תביעות מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. 4. הנני בעל חשבון בנק המפורט בתביעה זו ומבקש להעביר המגיע לי לחשבוני הנ"ל.</p>		
תאריך	העיסוק/תפקיד במפעל	חתימת העובד

ב. ימולא ע"י מגיש התביעה סטטוס עובד: חודשי/יומי												
תקופת המחלה												
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה
יום עבודה אחרון לפני המחלה או יום הפגיעה מהתאונה			מתאריך			עד תאריך			חזר לעבודה ביום			תאריך ההצטרפות לקרן-חבר חדש
הצהרת המעסיק:												
<p>1. הננו מצהירים בזה כי כל הפרטים שנמסרו נכונים וכי מגיש התביעה מבוטח בביטוח דמי מחלה, בתקופה זו. 2. הננו לאשר כי מספר חשבון הבנק שלעיל נכתב ואושר בחתימת העובד מגיש התביעה. מצורף בזה: <input type="checkbox"/> אישור רפואי/תעודת מחלה <input type="checkbox"/> הצהרות</p>												
הערות המעסיק			תאריך			חתימה וחותמת המעסיק						

ג. לשימוש הקרן: מספר מפעל						
שנה	חודש	תאריך הצטרפות	חלקיות	ימי חלוקה	סטטוס	ס. תשלום
הערות:						

חודש 1	שכר 1	חודש 2	שכר 2	חודש 3	שכר 3
תאריך			חתימת החשב		