



תביעה לתשלום גמלה לשמירת הריון (יציאה ושהייה בחו"ל בזמן שמירת הריון שוללת את הזכאות לגמלה)

חובה לצרף לטופס זה

- אישור רפואי (טופס בל/ 331), הטופס ימולא ע"י רופא מומחה למחלות נשים ולידה בלבד.
- כאשר סיבת שמירת ההיריון היא עקב סביבת עבודתך, חובה לצרף מכתב מפורט מאת המעסיק לגבי אופי העבודה ואישורו על כך שלא נמצאה לך עבודה חלופית.

לתשומת לבך

- אם תאושר לך גמלה לשמירת הריון עד למועד הלידה, ונקבל מידע מבית החולים על הלידה, נשלם לך דמי לידה לחשבון הבנק אותו רשמית בטופס זה, ללא צורך בהגשת תביעה לדמי לידה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- את התביעה אפשר ניתן להגיש לאחר שחלפו 30 ימים רצופים של שמירת הריון.
- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון שמספרו *6050 או 04-8812345.
- לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- לפרטים נוספים, אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
דמי לידה

**תביעה לתשלום גמלה
לשמירת הריון**

עמוד 1 מתוך 5

<table border="1"> <tr> <td colspan="10">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> סוג המסמך דפים </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 0 1 </div> </td> </tr> </table>	מס' זהות / דרכון										<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> סוג המסמך דפים </div>										<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 0 1 </div>										לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
מס' זהות / דרכון																																
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> סוג המסמך דפים </div>																																
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 0 1 </div>																																

1 פרטי התובעת

שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
שם משפחה לפני הנישואין	ארץ לידה	שנה חודש יום	
מס' שנות לימוד	משלח יד	<input type="checkbox"/> שכירה <input type="checkbox"/> חברת קיבוץ <input type="checkbox"/> עצמאית, משלמת ד.ב. בסניף	

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS					

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

2 אם לא עבדת ברציפות בשנה האחרונה, אנא מלאי חלק זה לגבי השנתיים האחרונות

נא צרפי אישורים מתאימים

- שם מעסיק קודם _____ עבודה מתאריך _____ עד _____
- עבודה כעצמאית מתאריך _____ עד _____
- קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלה מסוג:
 - דמי לידה / חופשה מאמצת דמי אבטלה גמלה לשמירת הריון דמי פגיעה דמי תאונה נכות
- שירתתי בצה"ל מתאריך _____ עד _____ . מס' אישי _____ סדיר קבע
- קיבלתי מקרן חופשה / קופת גמל - דמי חופשה / מחלה לתקופה מ _____ עד _____
- שהיתי בהכשרה מקצועית מ _____ עד _____ בקורס _____ מקום ההכשרה _____
- שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מ _____ עד _____

3 פרטים משלימים

- הפסקתי לעבוד / לעסוק במשלח יד בשל ההיריון ביום _____ משלח יד _____
- אני מקבלת תשלום בגין שמירת הריון
 - מהמעביד מקופת הגמל מקרן ביטוח מקרן פנסיה ממקור אחר _____
- תקופת התשלום: מיום _____ עד יום _____
- אינני זכאית לתשלום בגין שמירת הריון ממקור אחר.
- האם יש קשר משפחתי בינך לבין מעסיקך? לא כן, סוג הקירבה: _____
- האם הינך עובדת במקביל אצל מעביד נוסף? לא כן

פרטי חשבון הבנק של התובעת

4

סוג חשבון		שמות השותפים לחשבון	
<input type="checkbox"/> פרטי	<input type="checkbox"/> קיבוצי		
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה, שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים בחשבון ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה. אני מסכימה, שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

תאריך _____ שם השותף/ים _____ מס' ת.ז. _____ חתימה **x** _____

שים לב: עליך לחתום על ההצהרה ועל ויתור הסודיות.

הצהרה

5

אני החתומה מטה מצהירה בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

תאריך _____ חתימת התובעת **x** _____

אישור המעסיק על העסקת עובד – למילוי רק לאחר הפסקת העבודה

פרטי המעסיק			
טלפון קווי	מספר תיק ניכויים		שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד
טלפון פקס	מיקוד	יישוב	מס' בית
			רחוב / תא דואר

הננו לאשר בזה שמרת	
מספר זהות	שם פרטי
ש"ס	שם משפחה

- החלה לעבוד אצלי בתאריך _____ ועבדה עד תאריך _____
- שכרה שולם בבנק בהמחאה במזומן אחר
- האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת? לא כן, סוג הקרבה _____
- הסיבה להפסקת העבודה: _____

תנאי העבודה והשכר:

- בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה, העובדת עבדה:
 - ברציפות שלא ברציפות. פרט: _____
 - חופשה ללא תשלום מיום _____ עד יום _____
 - שנת שבתון/השתלמות מיום _____ עד יום _____
 - אחר(פרט): _____ מיום _____ עד יום _____
- מס' ימי עבודה בשבוע: _____

פרטים על העבודה והשכר								
פרט שכרה של העובדת (בש"ח) ב-10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתה (אף אם אינם רצופים). יש לרשום את הסכומים כולל הפרשים ותשלומים בנוסף לשכר הרגיל (כגון הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי וכו')								
מס'	בשנה/ בחודש	השכר החייב במס	השכר החייב בדמי ביטוח	דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות שנוכו	אחוז המשרה	בסיס השכר (חודשי, יומי, שכר לשעה)	מספר ימי עבודה בעבורם שולם שכר (כולל ימי חג, חופשה, מחלה)	היעדרויות בעבורם לא שולם שכר
							מס' ימים	סיבה
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

פירוט תשלומים חד-פעמיים והפרשים שנכללו בשכר

IV

בטור "מהות התשלום", לגבי תשלומים חד-פעמיים – יש לרשום את סוג התשלום, כגון: דמי הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי, משכורת י"ג, בונוס תקופתי וכד'.
 לגבי "הפרשי שכר" (כולל שעות נוספות ופרמיות) – יש לרשום "הפרשים" ולשייך אותם לחודשים שבעדם הם שולמו.

בעבור תקופה		שולם סכום בש"ח	בחודש	מהות התשלום
עד תאריך	מתאריך			

פרטים משלימים – התביעה לא תידון ללא מילוי סעיף זה

V

א. האם שולמו דמי מחלה עבור שמירת הריון? לא כן, עבור התקופה מ _____ עד _____

ב. משלח ידה של העובדת ותיאור קצר של אופי עבודתה עד ליום הפסקת העבודה לצורך שמירת הריון _____

ידועה לי הסיבה לשמירה והריני מצהיר בזאת כי לא נמצאה לה עבודה חלופית.

הצהרת המעסיק

VI

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתה של העובדת כנדרש בחלק זה.

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת המעסיק/המפעל _____ X

אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

VII

הנני מאשר שגב' _____ שם משפחה פרטי ת.ז. _____ חברת קיבוץ/מושב שיתופי _____

הנ"ל מבוטחת החל מתאריך _____	סוג הביטוח _____	אחוזי ביטוח _____
שנה _____ חודש _____ יום _____	תאריך הפסקת עבודה _____	מס' תיק בביטוח לאומי _____

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת _____ X



חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: שמירת הריון

פרטים אישיים

	תאריך תביעה שנה חודש יום	מספר זהות	קוד גמלה 54
שם פרטי		שם משפחה	

חברה בקופת חולים

כללית מאוחדת מכבי לאומית אחר _____

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותרת על הסודיות הרפואית שלי ומבקשת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטחת * _____