



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 רשמת בטופס זה, ללא צורך בהגשת תביעה לדמי לידה.
- אם את בעלת שליטה או קרובת משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את סעיף ההצהרה בסוף עמוד 4.

כיצד יש להגיש את התביעה

- את התביעה אפשר ניתן להגיש לאחר שחלפו 30 ימים רצופים של שמירת הריון.
- אפשר להגיש תביעה ובה מסמכים נלווים גם באמצעות פקס, ואין חובה להגיש מסמכים מקוריים. עם זאת המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינו ברור, או מכל סיבה אחרת, לפי שיקול דעתו של פקיד התביעות.
- 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

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-around;"> מס' זהות / דרכון </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"> סוג המסמך דפים </div>	

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
דמי לידה



תביעה לתשלום גמלה
לשמירת הריון

1

פרטי התובעת

מספר זהות ס"ב <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	תאריך לידה <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: flex; justify-content: space-around;"> שנה חודש יום </div>	שם פרטי _____	שם משפחה _____
<input type="checkbox"/> שכירה <input type="checkbox"/> חברת קיבוץ <input type="checkbox"/> עצמאית, משלמת ד.ב. בסניף _____	משלח יד _____	מס' שנות לימוד _____	שם משפחה לפני הנישואין _____

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
דואר אלקטרוני _____		טלפון נייד <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>		טלפון קווי <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	
<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS					

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

2

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

נא צרפי אישורים מתאימים

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

3

פרטים משלימים

1. הפסקתי לעבוד / לעסוק במשלח יד בשל ההיריון ביום _____ משלח יד _____
2. אני מקבלת תשלום בגין שמירת היריון _____
3. האם יש קשר משפחתי בינך לבין מעסיקך? לא כן, סוג הקירבה: _____
4. האם הינך עובדת במקביל אצל מעביד נוסף? לא כן
- מקור ביטוח מקרן פנסיה ממקור אחר _____
- תקופת התשלום: מיום _____ עד יום _____

4

פרטי חשבון הבנק של התובעת

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 להחתימה 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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

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

5

פטור ממס ונקודות זיכוי

אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה – נא צרפי אישור מתאים ממס הכנסה

6

הצהרה

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 בידועין 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 * _____

אישור המעסיק על העסקת עובד – למילוי רק לאחר הפסקת העבודה

I פרטי המעסיק

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

II הננו לאשר בזה שמרת

מספר זהות	שם פרטי	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: _____

III 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, בonus 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

I

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

I

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

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

אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

VII

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

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

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו _____ * חתימה וחותמת _____ *

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה או בעל מניות בחברה בלבד

חובה להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד). חובה לצרף 12 תלושי שכר אחרונים

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

פרטי העובדת שהחליפה אותי במהלך חופשת הלידה: שם _____ ת.ז. _____

הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה * _____ *



חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: שמירת הריון

פרטים אישיים

	<p>תאריך תביעה</p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">יום</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<p>מספר זהות</p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>					<p>קוד גמלה</p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">54</p>
שנה	חודש	יום											
שם פרטי		שם משפחה											
חברה בקופת חולים													
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> 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 ✕ _____