



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. נא לצרף תיעוד רפואי ותיק מעקב רפואי.
- ↪ כאשר סיבת שמירת ההריון היא עקב סביבת עבודתך, חובה לצרף מכתב מפורט מאת המעסיק לגבי אופי העבודה ואישורו על כך שלא נמצאה לך עבודה חלופית.

לידיעתך

- ↪ תשלום הגמלה מותנה באישור רופא מטעם הביטוח הלאומי, אשר רשאי לדרוש פרטים רפואיים נוספים – ככל שיידרשו.
- ↪ 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.
- ↪ על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ↪ באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ את התביעה 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 ולברורים יש לפנות לטלפון שמספרו *6050 או 04-8812345.
- ↪ לפרטים נוספים, אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

חובה לחתום על טופס התביעה

מס' זהות / דרכון _____		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך 0 1	דפים _____	

חותמת קבלה



**תביעה לתשלום גמלה
לשמירת הריון**

1

פרטי התובעת

שם משפחה _____	שם פרטי _____	תאריך לידה שנה _____ חודש _____ יום _____	מספר זהות ס"ב _____
שם משפחה לפני הנישואין _____	ארץ לידה _____	מס' שנות לימוד _____	<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 _____	<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני		דואר אלקטרוני _____	

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

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

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

2

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. שהייתי בהכשרה מקצועית מ _____ עד _____ בקורס _____
 מקום ההכשרה _____
7. שהייתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מ _____ עד _____

פרטים משלימים

3

1. הפסקתי לעבוד / לעסוק במשלח יד בשל ההיריון ביום _____ משלח יד _____
2. אני מקבלת תשלום בגין שמירת היריון
- מהמעביד מקופת הגמל מקרן ביטוח מקרן פנסיה ממקור אחר _____
- תקופת התשלום: מיום _____ עד יום _____
- אינני זכאית לתשלום בגין שמירת היריון ממקור אחר.
3. האם יש קשר משפחתי בינך לבין מעסיקך? לא כן, סוג הקרבה: _____
4. 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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

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

פטור ממס ונקודות זיכוי

5

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

הצהרה

6

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.

חתימת התובעת **x** _____

תאריך _____

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	ישוב	מס' בית	רחוב / תא דואר

II הננו לאשר בזה שמרת			
מספר זהות	עיסוק/תפקיד	שם פרטי	שם משפחה
ב"ס			
<p>1. החלה לעבוד אצלי בתאריך _____ ועבדה עד תאריך _____</p> <p>2. שכרה שולם <input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/></p> <p>3. האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____</p> <p>4. הסיבה להפסקת העבודה: _____</p>			
תנאי העבודה והשכר:			
<p>1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה, העובדת עבדה: <input type="checkbox"/> ברציפות <input type="checkbox"/> שלא ברציפות. פרט: _____</p> <p><input type="checkbox"/> חופשה ללא תשלום מיום _____ עד יום _____</p> <p><input type="checkbox"/> שנת שבתון/השתלמות מיום _____ עד יום _____</p> <p><input type="checkbox"/> אחר(פרט): _____ מיום _____ עד יום _____</p> <p>2. מס' ימי עבודה בשבוע: _____</p>			

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/בחדש	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. אם סיבת השמירה היא סביבת עבודה מסכנת, יש לצרף מכתב מפורט מהמעסיק וכן אישור שלא נמצאה עבודה חלופית.
 ידועה לי הסיבה לשמירה והריני מצהיר בזאת כי לא נמצאה לה עבודה חלופית.

I

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 * _____

I

אישור מזכירות קיבוץ או המושב השיתופי

VII

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

הנ"ל מבוטחת החל מתאריך	<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				סוג הביטוח	אחוזי ביטוח
שנה	חודש	יום							
מס' תיק בביטוח לאומי	תאריך הפסקת עבודה	<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				
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 border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<p>מספר זהות</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>		<p>קוד גמלה</p> <p>54</p>
שנה	חודש	יום								
<p>שם פרטי</p>		<p>שם משפחה</p>								

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 ✕ _____