



## 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.
- ↪ אין ביציאה לחו"ל משום עילה להפסקת תשלום גמלה לשמירת הריון, כאשר ניתנת בשל סוג העבודה, מקום ביצוע העבודה או אופן ביצוע העבודה.
- ↪ עפ"י חוק לא תשלום גמלת שמירת הריון בתקופה בעדה משולמים ימי מחלה או תשלום מכוח חיקוק אחר.
- ↪ **כל תקופה נוספת של שמירת הריון** מחייבת הגשת אישור רפואי בלבד על גבי טופס בל/331 וכן תיעוד רפואי חדש, ואין צורך בהגשת טופס תביעה זה.
- ↪ **על פי חוק, לא תשלום 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 ולבירורים יש לפנות לטלפון שמספרו \*6050 או 04-8812345.
- ↪ לפרטים נוספים, אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

### חובה לחתום על טופס התביעה

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

**חותמת קבלה**

המוסד לביטוח לאומי  
 מינהל הגמלאות  
 גמלאות אמהות



**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 _____	משלח יד _____
שכירה <input type="checkbox"/> חברת קיבוץ <input type="checkbox"/> עצמאית, משלמת ד.ב. בסניף _____ <input type="checkbox"/>			

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים)**

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

**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 למאמצת  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 \_\_\_\_\_
- שהייתי בהכשרה מקצועית מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ בקורס \_\_\_\_\_
- מקום ההכשרה \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_
3. האם יש קשר משפחתי בינך לבין מעסיקך?  לא  כן, סוג הקירבה: \_\_\_\_\_
4. האם הינך עובדת במקביל אצל מעביד נוסף?  לא  כן
- מקורן ביטוח  מקרן פנסיה  ממקור אחר \_\_\_\_\_
- תקופת התשלום: מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_

**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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובעת **x** \_\_\_\_\_

**אישור המעסיק על העסקת עובד – למילוי רק לאחר הפסקת העבודה**

**I פרטי המעסיק**

I

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

**II הננו לאשר בזה שמרת**

II

שם משפחה	שם פרטי	עיסוק/תפקיד	מספר זהות
----------	---------	-------------	-----------

- 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**

III

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
1								סיבה
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 הקיבוץ או המושב השיתופי**

**VII**

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

הנ"ל מבוסחת החל מתאריך	סוג הביטוח	אחוזי ביטוח						
<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				תאריך הפסקת עבודה	מס' תיק בביטוח לאומי
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 \* \_\_\_\_\_



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
דמי לידה

**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;"><b>54</b></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 ✕ \_\_\_\_\_