



## 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.

### 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](http://www.btl.gov.il)

### חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום גמלה  
לשמירת הריון

עמוד 1 מתוך 4

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	<b>חותמת קבלה</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">מס' זהות / דרכון</td> <td style="width: 80%; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">סוג המסמך</td> <td style="text-align: center;">דפים</td> </tr> </table>	מס' זהות / דרכון	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											סוג המסמך	דפים
מס' זהות / דרכון	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>															
סוג המסמך	דפים															

**1 פרטי התובעת**

שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מספר זהות																				
		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
שם משפחה לפני הנישואין	ארץ לידה	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)**

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר																				
דואר אלקטרוני		טלפון נייד		טלפון קווי																					
		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											
<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
4. שרתתי 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 \_\_\_\_\_
7. 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	
<input type="checkbox"/> מהמעביד <input type="checkbox"/> מקופת הגמל <input type="checkbox"/> מקרן ביטוח <input type="checkbox"/> מקרן פנסיה <input type="checkbox"/> ממקור אחר _____	
תקופת התשלום: מיום _____	עד יום _____
<input type="checkbox"/> אינני זכאית לתשלום בגין שמירת הריון ממקור אחר.	
האם יש קשר משפחתי בינך לבין מעסיקך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקירבה: _____	
האם הינך עובדת במקביל אצל מעביד נוסף? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 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 לחשבון הבנק ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה. 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 פרטי 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 שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה 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** \_\_\_\_\_



**ויתור על סודיות רפואית למוסד לביטוח לאומי**

לכבוד \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_

הגרה ב \_\_\_\_\_

מבקשת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו כל מידע בקשר להריוני, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

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

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

<b>II הננו לאשר בזה שמרת</b>		
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
<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:**

1. 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 \_\_\_\_\_

2. מס' ימי עבודה בשבוע: \_\_\_\_\_

<b>III פרטים על העבודה והשכר</b>								
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**

**V**

- האם שלומו דמי מחלה עבור שמירת הריון?  לא  כן, עבור התקופה מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_
- מלא סעיף זה במקרה שסיבת שמירת ההריון היא סביבת העבודה:
  - משלח ידה של העובדת 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 בעבודתו של העובד כנדרש בחלק זה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת החותם ותפקידו \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת המעסיק/המפעל \_\_\_\_\_ ✕

**אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי**

**VII**

הנני מאשר שמר \_\_\_\_\_ שם משפחה פרטי ת.ז. \_\_\_\_\_ הינו חבר קיבוץ/מושב שיתופי \_\_\_\_\_

הנ"ל מבוטח 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	שנה	חודש	יום					

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת החותם ותפקידו \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_ ✕