



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 רשמתי 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.
- ✍ 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 ולביירוטים 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

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון סג' המסמך דפים	מספר זהות ס"ב

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
גמלאות אמהות



תביעה לתשלום גמלה לשמירת הריגון

1 פרטי התובעת					
שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה	
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		משלח יד		שנה חודש יום מספר זהות ס"ב	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
דואר אלקטרוני		טלפון נייד		טלפון קווי	
<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני		<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS		<input type="checkbox"/> דירה <input type="checkbox"/> יישוב <input type="checkbox"/> מיקוד	
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
דואר אלקטרוני		טלפון נייד		טלפון קווי	
<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני		<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS		<input type="checkbox"/> דירה <input type="checkbox"/> יישוב <input type="checkbox"/> 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 הריגון 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 _____

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 _____
- תקופת התשלום: מיום _____ עד יום _____
- מקופת הגמל מקרן ביטוח מקרן פנסיה ממקור אחר _____

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 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 מושגי 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 שגכו	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, בונס 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 _____

I

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.

הצהרת המעסיק

VI

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

I

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו _____ חתימת החותמת המעסיק/המפעל * _____

אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

VII

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

הנ"ל מבטחת 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						
<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 _____ חתימת החותמת * _____

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 * _____

