



## תביעה לתשלום גמלה לשמירת היריון

(יציאה ושהייה בחו"ל בזמן שמירת היריון שוללת את הזכאות לגמלה)

### חובה לצרף לטופס זה

- ✎ אישור רפואי, שימולא ע"י רופא מומחה למחלות נשים ולידה בלבד. יש לצרף כרטיס מעקב היריון רפואי וכן תיעוד רפואי על הצורך בשמירה.
- ✎ אם משולמת לך קצבת נכות מאותן סיבות בגינן מוגשת התביעה לשמירת היריון, עלייך להמציא מכתב מהרופא המטפל המפרט כיצד השפיע ההיריון על מצבך.
- ✎ על המעסיק למלא את החלק בטופס המתייחס לאופי ולמהות העבודה. (עמוד 5) עובדת עצמאית תפרט ותמלא את הנדרש.

### לידיעתך

- ✎ תשלום הגמלה מותנה באישור רופא מטעם הביטוח הלאומי, אשר רשאי לדרוש פרטים רפואיים נוספים – ככל שיידרשו.
- ✎ כל תקופה נוספת של שמירת היריון מחייבת הגשת אישור רפואי בלבד על גבי טופס ל/331 וכן תיעוד רפואי חדש, ואין צורך בהגשת טופס תביעה זה.
- ✎ עפ"י חוק: לא תשולם גמלת שמירת היריון בתקופה בעדה משולמים ימי מחלה.
- ✎ לא תשולם גמלת שמירת היריון אם קיימת זכאות מכוח חיקוק אחר – חובה למלא את סעיף 3 (5) בעמ' 2.
- ✎ לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ✎ אם תאושר לך גמלה לשמירת היריון 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 בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
  - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il), ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
  - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ✎ לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה



3

**פרטים משלימים**

1. הפסקתי לעבוד/לעסוק במשלח יד בשל היריון בתאריך \_\_\_\_\_

2. האם יש קשר משפחתי בינך לבין מעסיקך?  לא  כן, סוג הקרבה: \_\_\_\_\_

3. אם את עובדת אצל מעסיקים נוספים במקביל, אנא צייני את שמות המעסיקים, מועד הפסקת העבודה ואם קיימת קרבה משפחתית

שם המעסיק	תפקידך במקום העבודה	מועד הפסקת עבודה	קרבה משפחתית
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה: _____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה: _____

4. אני מקבלת תשלום בגין שמירת היריון  מהמעביד תקופת התשלום: מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_

5. זכאית לתשלום בגין שמירת היריון – **חובה למלא סעיף זה (ראי פירוט בדברי ההסבר)**

מקופת הגמל  מקרן ביטוח  מקרן פנסיה  ממקור אחר \_\_\_\_\_

תקופת התשלום: מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_

6.  איני זכאית לתשלום בגין שמירת היריון ממקור אחר

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 להחתימים 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.

אני מסכימה כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי שהצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. **לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.**

תאריך \_\_\_\_\_ שם השותף/ים \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

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 בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה 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.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

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

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

**1**

**פרטי המעסיק**

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

**2**

**הננו לאשר בזה שגברת – חובה למלא את כל השדות**

שם משפחה	שם פרטי	עיסוק/תפקיד	מספר זהות ס"ב
<p>1. החלה לעבוד אצלי בתאריך _____ ועבדה עד תאריך _____ כולל.</p> <p>2. שכרה שולם <input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר _____</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 עבודה _____</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>
--	--------------------------------------

**3**

**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'	שנה/חודש	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 בעבורן לא שולם שכר	סיבה
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

4

**פירוט תשלומים חד-פעמיים והפרשים שנכללו בשכר**

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			

5

**פרטים משלימים – התביעה לא תידון ללא מילוי סעיף זה**

א. האם שולמו דמי מחלה עבור שמירת היריון?  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.

6

**הצהרת המעסיק**

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

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

7

**אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי**

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

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

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

8

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

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שביצעת בפועל) \_\_\_\_\_  
 היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) \_\_\_\_\_  
 מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) \_\_\_\_\_  
 פרטי העובדת שהחליפה אותי במהלך תקופת לידה והורות: שם \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_  
 הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים.  
 תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימה





**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
דמי לידה

**כתב ויתור סודיות רפואית**

**שם הגמלה: שמירת היריון**

<table border="1"> <tr> <td>מס' זהות / דרכון</td> <td></td> </tr> <tr> <td>סוג המסמך</td> <td>דפים</td> </tr> <tr> <td>7   8</td> <td></td> </tr> </table>	מס' זהות / דרכון		סוג המסמך	דפים	7   8		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון							
סוג המסמך	דפים						
7   8							

**חותמת קבלה**

**פרטים אישיים**

קוד גמלה	מספר זהות	תאריך תביעה
54		שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
חברה בקופת חולים		
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____		

**הצהרה**

הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותרת על הסודיות הרפואית ומבקשת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטחת \* \_\_\_\_\_



**חלק זה מיועד לרופא המטפל**

אל: הרופא המטפל

**הנדון: גמלה לשמירת היריון**

על פי חוק המוסד לביטוח לאומי, מבוטחת (עובדת שכירה או עובדת עצמאית) זכאית, בתנאים מסוימים, לקבלת גמלה לשמירת היריון.

"שמירת היריון" מוגדרת כהיעדרות מעבודה בתקופת היריון, המתחייבת בשל:

1. מצב רפואי הנובע מההיריון והמסכן את האישה או את עובריה.

2. סכנה הנובעת ממקום העבודה או סוג העבודה.

הכול בהתאם לאישור רפואי בכתב.

המוסד לביטוח לאומי אינו מתיימר לבקר החלטות מקצועיות של רופאי נשים. עם זאת, יש להבהיר למטופלת כי החלטת הרופא לפסוק הפסקת עבודה אינה מזכה אוטומטית בגמלה לשמירת היריון.

הפסקת עבודה יכולה להינתן גם במסגרת ימי מחלה או הגבלה במקום העבודה. רופא מטעם המוסד לביטוח לאומי יבחן את הבקשה ויחליט אם קיימת התוויה לגמלה.

לא כל מנוחה והפסקת עבודה מזכה בגמלה, רק מצבים הנובעים ישירות מההיריון ומסכנים את האישה יידונו במסגרת זו.

אני מבקש להדגיש כי כל בקשה לגמלה ובמיוחד בגמלאות ארוכות מחייבת תיעוד רפואי לצורך גיבוי.

בכל בקשה נא להתייחס ולנמק מדוע המצב מסכן את האישה או עובריה ולגבות זאת בתיעוד פרוספקטיבי ורלוונטי לבקשה.

להלן פירוט התיעוד הרפואי (מסמכים רפואיים), הנדרש לפי סיבת שמירת היריון:

1. הקאות יתר – תיעוד למתן נוזלים, ביקור במיון או במרפאה.
2. דימום – תיעוד לביקור בחדר מיון או במרפאה לסיבוכי היריון או תיעוד של רופא על דימום.
3. כאבי גב, סימפיזיוליזיס או בעיות אורתופדיות – חוות דעת מקצועית של רופא אורתופד.
4. כאבי ראש – חוות דעת מקצועית של רופא נירולוג.
5. בעיה נפשית – חוות דעת של רופא פסיכיאטר.
6. בעיה לבבית – חוות דעת של רופא קרדיולוג.
7. סביבת עבודה מסכנת: חוות דעת של רופא תעסוקתי.

התיעוד חייב להיות רלוונטי לתקופת שמירת היריון. תיעוד חלקי יאפשר מתן גמלה לתקופת התיעוד בלבד.

בסיבות שאינן מילדותיות, אין הרופא היועץ רשאי להמליץ על גמלה – אלא לציין את המגבלות, ורופא מומחה נשים הוא שימליץ על השמירה בכפוף לחוות הדעת.

בברכה,

מומחה גינקולוג – יועץ רפואי





בהתאם לעמדתך המקצועית, הריני מאשר בזאת כי בשל מצבה של הנבדקת:

הנובע מן ההיריון והמסכן אותה או את עובריה

הנובע ממוקם העבודה או סוג העבודה והמהווה סכנה לה או לעובריה

עליה להפסיק את עבודתה ולהיות בשמירת היריון מתאריך: \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_  
 אישור זה ניתן למוסד לביטוח לאומי לעניין תשלום גמלה לשמירת היריון.  
 תאריך סיום היריון אם חל לפני תאריך לידה משוער: \_\_\_\_\_

**אישור זה ניתן לאחר שקראתי את ההנחיות בעמ' 7 והנני מצהיר בזאת שאין מדובר בחופשת מחלה רגילה.**

שם הרופא למחלות נשים ולידה: \_\_\_\_\_ מס' רישיון: \_\_\_\_\_  
 כתובת המרפאה: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

**פרטי הרופא המאשר לצורך התקשרות:**

שם \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_  
 טלפון \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \* \_\_\_\_\_

רופא נשים נכבד, אנא קרא בעיון מכתב נלווה לטופס זה לפני מילוי הטופס.