



## 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: 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> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <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> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">סוג המסמך דפים</td> </tr> </table>											מס' זהות / דרכון																				סוג המסמך דפים									
מס' זהות / דרכון																																										
סוג המסמך דפים																																										

**1 פרטי התובעת**

1

מספר זהות ס"ב <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>											תאריך לידה <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> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">שנה חודש יום</td> </tr> </table>											שנה חודש יום										שם פרטי 	שם משפחה 
שנה חודש יום																																	
<input type="checkbox"/> שכירה <input type="checkbox"/> חברת קיבוץ <input type="checkbox"/> עצמאית, משלמת ד.ב. בסניף _____		מס' שנות לימוד 	משלח יד 																														
		ארץ לידה 	שם משפחה לפני הנישואין 																														

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים)**

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר																																								
דואר אלקטרוני 		טלפון נייד <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> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">0</td> </tr> </table>												0										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> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">0</td> </tr> </table>												0									
0																																													
0																																													
<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**

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
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**

3

1. הפסקתי לעבוד / לעסוק במשלוח יד בשל ההיריון ביום \_\_\_\_\_
 

שנה חודש יום									
2. אני מקבלת תשלום בגין שמירת הריון
  - מהמעביד  מקופת הגמל  מקרן ביטוח  מקרן פנסיה  ממקור אחר \_\_\_\_\_
3. תקופת התשלום: מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_
 

שנה חודש יום									

  - אינני זכאית לתשלום בגין שמירת הריון 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 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 3 ויתורי 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 המוסד 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** \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות רפואית המוסד 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**

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

הננו לאשר בזה שמרת		
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

1. החלה לעבוד אצלי בתאריך \_\_\_\_\_ ועבדה עד תאריך \_\_\_\_\_

2. שכרה שולם  בבנק  בהמחאה  במזומן  אחר

3. האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת?  לא  כן, סוג הקרבה \_\_\_\_\_

4. הסיבה להפסקת העבודה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

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/ 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 הריון היא סביבת העבודה:  
 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	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					
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 \_\_\_\_\_ ✕