



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

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום גמלה
לשמירת הריון

עמוד 1 מתוך 4

<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>חותמת קבלה</p>	<p>מס' זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p>
----------------------------------	-------------------	--

1 פרטי התובעת

<p>שם פרטי</p>	<p>שם משפחה</p>	<p>תאריך לידה</p> <p>שנה חודש יום</p>	<p>מספר זהות ס"ב</p>
<p>שם משפחה לפני הנישואין</p>	<p>ארץ לידה</p>	<p>מס' שנות לימוד</p>	<p>שכירה <input type="checkbox"/> חברת קיבוץ <input type="checkbox"/> עצמאית, משלמת ד.ב. בסניף _____ <input type="checkbox"/></p>

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

<p>רחוב / תא דואר</p>	<p>מס' בית</p>	<p>כניסה</p>	<p>דירה</p>
<p>מיקוד</p>	<p>יישוב</p>		

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 _____ סודר קבע
5. קיבלתי מקרן חופשה / קופת גמל - דמי חופשה / מחלה לתקופה מ _____ עד _____
6. שהיתי בהכשרה מקצועית מ _____ עד _____ בקורס _____ מקום ההכשרה _____
7. שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מ _____ עד _____

3 פרטים משלימים

1. הפסקתי לעבוד / לעסוק במשלוח יד בשל ההריון 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	0
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	
		טלפון פקס	0

הננו לאשר בזה שמרת	
שם משפחה	שם פרטי
מספר זהות	ט"ב
<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> <p>_____</p> <p>_____</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>	

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 _____ ✕