



תביעה לתשלום גמלה לשמירת הריון (יציאה ושהייה בחו"ל בזמן שמירת הריון שוללת 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 טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון שמספרו *6050 או 12226050.

ניתן להיעזר באתר המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

את התביעה ניתן להגיש לאחר שחלפו 30 ימים רצופים של שמירת הריון.

לפי החוק, יש להגיש את התביעה לא יאוחר מ-12 חודשים מיום הזכאות הראשון לגמלה.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
תחום אמהות

**תביעה לתשלום
גימלה לשמירת הריון**

עמוד 2 מתוך 4

מס' זהות									
סוג		דפים		המסמך		מס' שנות לימוד			

תאריך קבלה

א. פרטים אישיים

שם משפחה (נוכחי)	שם משפחה (לפני הנישואין)	שם פרטי	שנת לידה של התובעת	מספר זהות ס"ב	1
ארץ לידה	<input type="checkbox"/> שכירה <input type="checkbox"/> עצמאית משלמת ד.ב. בסניף	<input type="checkbox"/> חברת קיבוץ	משלח יד	מספר שנות לימוד	

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
תא דואר	יישוב תא דואר	מיקוד תא דואר	מספר טלפון	מספר טלפון נייד <input type="checkbox"/> אני מאשרת לשלוח לי הודעות sms	0

ב. מקום תשלום - חשבון הבנק של התובעת

שם בעל החשבון	סוג החשבון	<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מספר הסניף

ג. אם לא עבדת ברציפות בשנה האחרונה, אנא מלאי חלק זה לגבי השנתיים האחרונות וצרפי אישורים מתאימים

- שם מעסיק קודם _____ עבודה מתאריך _____ עד _____
- עבודה כעצמאית מתאריך _____ עד _____
- קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גימלת: _____
- דמי לידה / דמי חופשה למאמצת דמי אבטלה גמלה לשמירת הריון דמי פגיעה דמי תאונה
- שרתתי בצה"ל מ _____ עד _____ מס' אישי _____ סדיר קבע
- קיבלתי מקרן חופשה / קופת גמל - דמי חופשה / מחלה לתקופה מ _____ עד _____
- שהייתי בהכשרה מקצועית מ _____ עד _____ בקורס _____ מקום ההכשרה _____
- שהייתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מ _____ עד _____

ד. פרטים משלימים

- הפסקתי לעבוד / לעסוק במשלוח יד בשל ההריון ביום _____
- אני מקבלת תשלום בגין שמירת הריון מהמעביד מקופת גמל מקרן ביטוח מקרן פנסיה
- ממקור אחר _____ תקופת התשלום - מיום _____ עד יום _____
- אינני זכאית לתשלום בגין שמירת הריון ממקור אחר 4. מצ"ב אישור רפואי בל/ 331
- האם יש קשר משפחתי בינד לבין מעסיקך כן לא סוג הקרבה _____
- אני עובדת במקביל אצל מעביד נוסף כן לא

ה. הצהרת התובעת

אני החתומה מטה תובעת גימלה לשמירת הריון ומצהירה בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי ששמירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר גרם במרבה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שיש בהם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מחשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום, שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך _____ חתימת התובעת _____

ו. למילוי ע"י המעסיק - רק לאחר הפסקת העבודה

שם המעסיק		מספר תיק ב.ב. לאומי		מספר טלפון	
רחוב		מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס
הנני מאשר כי הגברת					
שם משפחה		פרטי	ת. זהות		<input type="checkbox"/> עבודה עד יום כולל יום זה <input type="checkbox"/> החלה לעבוד אצלי ביום
שכרה שולם		<input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר		האם יש קירבה משפחתית בינך לבין העובדת <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן סוג הקירבה _____	
הסיבה להפסקת העבודה _____					

ז. תנאי העבודה והשכר

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה: ברציפות שלא ברציפות (פרט): חופשה ללא תשלום מ _____ עד _____

שנת שבתון / השתלמות מ _____ עד _____

אחר (פרט) מ _____ עד _____

2. מסי ימי עבודה בשבוע _____

3. פרוט שכרה (בש"ח) ב- 10 חודשים שקדמו להפסקת עבודתה (אף אם אינם רצופים) יש לרשום הסכומים כולל הפרשים ותשלומים בנוסף לשכר הרגיל (כגון הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי, וכד')

שנה/חודש	השכר החייב במס	השכר החייב בדמי ביטוח	דמי ביטוח ודמי בריאות שנוכו	בסיס השכר חודשי, יומי שכר לשעה	אחוז המשרה	מסי עבודה בשכר	מסי ימים עבורם לא שולם שכר	
							מסי ימים	מסי ימים
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

4. פרוט ההפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בסעיף 3 ב- 4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:

1. בחודש _____ שולם _____ ש"ח עבור תקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____

2. בחודש _____ שולם _____ ש"ח עבור תקופה מ _____ עד _____ מהות התשלום _____

ח. פרטים משלימים

התביעה לא תטופל ללא התייחסות המעביד לחלק זה בטופס

1. האם שולמו דמי מחלה עבור שמירת הריון לא כן עבור התקופה מ _____ עד _____

2. למלא במקרה שסיבת שמירת ההריון היא סביבת העבודה ידועה לי הסיבה לשמירה והריני מצהיר בזאת כי לא נמצאה לה עבודה חלופית.

ט. הצהרת המעביד

הנני מצהיר שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ואני מאשר זאת בחתימתי.

תאריך _____ שם החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת המפעל _____

י. אישור מזכירות קיבוץ או מושב שיתופי

1. הנני מאשר שהגברת

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

הינה חברת קיבוץ / מושב שיתופי _____ שם הקיבוץ / מושב _____

2. הנ"ל מבוטחת החל מ _____ בסוג _____ 3. אחוזי ביטוח _____

4. מס' תיק בביטוח לאומי _____

5. תאריך הפסקת העבודה _____

תאריך _____ שם החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת המפעל _____

המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

אני _____ הח"מ מספר זהות _____

הגר ב- _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר להריוני, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי בקשר למצבי הנ"ל וכל מידע שיידרש על - ידם ו/או כל מסמך רפואי המעיד על מצבי הרפואי.

חתימה _____

המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

אני _____ הח"מ מספר זהות _____

הגר ב- _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר להריוני, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי בקשר למצבי הנ"ל וכל מידע שיידרש על - ידם ו/או כל מסמך רפואי המעיד על מצבי הרפואי.

חתימה _____