



תביעה לתשלום מענק לידה ומענק אשפוז וקצבת לידה בלידות סמוכות (טופס זה מיועד לתביעת מענקים לרגל לידה בבית חולים בחו"ל)

חובה לצרף לטופס זה

- לתביעה למענק אשפוז יש לצרף אישור על לידה בבית חולים, ואת החשבונית המפרטת את ההוצאות הקשורות ללידה. כמו כן, יש לצרף קבלה על תשלום דמי אשפוז או אישור על תשלום פרמיה של היולדת לחברת הביטוח ששילמה את הוצאות הלידה.
- אם נולד תינוק במשקל עד 1750 גרם והוא אושפז במחלקה לטיפול ביילודים לפחות 4 ימים, יש להמציא על כך אישור נפרד, וכן חשבונית וקבלה על ההוצאות.
- אם אין ברשותך תעודת זהות ישראלית, יש לצרף אישור על ניהול חשבון בנק שלך או חשבון משותף, בו ברצונך לקבל את תשלום הגמלה.

לידיעתך

- לפי החוק, יש להגיש את התביעה בתוך 18 חודשים מיום הלידה.
- **ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר יישלח אליך דואר אלקטרוני עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.
- טופס זה מיועד גם לתביעת קצבת לידה בלידה של יותר משני ילדים שלא בלידה אחת, ובלבד שההפרש בין לידה ללידה אינו עולה על 105 יום.
- מומלץ לבדוק זכאותך לתשלום דמי לידה וקצבת ילדים.

כיצד יש להגיש את התביעה

- **את התביעה, בצירוף המסמכים הנוספים, ניתן:**
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק 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 ללהתקשר למוקד *6050 או לטלפון 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)		מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים
------------------------------------	--	---------------------------------------

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
גמלאות אימהות



תביעה לתשלום מענק לידה
ומענק אשפוז וקצבת לידה
בלידות סמוכות

1 פרטי התובעת

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות
----------	---------	------------	-----------

מצב משפחתי: ☐ רווקה ☐ נשואה ☐ גרושה ☐ אלמנה ☐ ידועה בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלימי את הפרטים הבאים:

שם משפחה של איש קשר	שם פרטי של איש קשר	מס' זהות של איש קשר
---------------------	--------------------	---------------------

☐ אני מסרבת לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתי, אם לא סימנתי "אני מסרבת", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
--------------	---------	-------	------	-------	-------

עיסוק התובעת (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה):

☐ אינה עובדת
☐ עובדת שכירה החל מתאריך: _____ שם המעביד האחרון: _____
 כתובת: _____ (נא לצרף אישור מהמעביד)
☐ עובדת עצמאית – משלח היד: _____ כתובת העסק: _____
 משלמת דמי ביטוח בסניף: _____

2

פרטי בן הזוג

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה שנה חודש יום	מספר זהות ס"ב
עיסוק בן הזוג (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה): ☐ אינו עובד מתאריך: _____ מקורות הקיום: _____ משלם דמי ביטוח בסניף: _____ ☐ עובד שכיר מתאריך: _____ שם המעביד האחרון: _____ כתובת: _____ (נא לצרף אישור מהמעביד) ☐ עובד עצמאי – משלח היד: _____ כתובת העסק: _____ משלם דמי ביטוח בסניף: _____			

3

פרטי היילוד

לידה ביום	שנה חודש יום	בבית חולים	בארץ
שם הנולד	מספר הזהות ס"ב		
1			
2			
3			
4			
☐ מצורף אישור על הלידה/אימוץ ☐ מצורפת קבלה על תשלום דמי האשפוז הסכום ששולם עבור הוצאות הקשורות ללידה ₪ _____ את דמי האשפוז לביה"ח שילם/שילמו _____ אם נפטר הילד – ציינו את שם הילד ותאריך הפטירה _____			

4

פרטי חשבון הבנק של התובעת

סוג חשבון		שמות השותפים לחשבון	
☐ פרטי ☐ 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 הכוח בחשבון, ולודא להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים לחשבון 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 ✕ _____

5

הצהרה

אני מצהירה בזאת שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו ובצרפותיה הם נכונים, ואני תובעת: ☐ תשלום מענק אשפוז ☐ תשלום מענק לידה ☐ תשלום קצבת לידה בלידות סמוכות

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהוות 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייבת 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.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרפותיו עליי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי, אך כי לא חלה עליי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. ידוע לי שאם לא אסכים למסור מידע פרטי, לא אוכל לקבל שירות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותי לקבלת שירות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי, ומבין כי קיימת אפשרות שמידע אודותי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרפותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שירות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותי לקבלת שירות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת btldpo@nioi.gov.il.

אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.

תאריך _____ חתימת התובעת ✕ _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
גמלאות אימהות



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: מענק לידה ואשפוז
וקצבת לידה בלידות סמוכות

1

פרטים אישיים

קוד גמלה 70	מספר ת"ז/דרכון _____	תאריך תביעה שנה _____ חודש _____ יום _____	תאריך לידה שנה _____ חודש _____ יום _____
שם משפחה _____		שם פרטי _____	
חברה בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____			

2

הצהרה

אני, החתומה מטה, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותרת על הסודיות הרפואית שלי ומבקשת בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שנתי לי, תוצאותיו, או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטחת ✕ _____