

# תביעה לתשלום מענק לידה ומענק אשפוז וקצבת לידה בלידות סמוכות בל/300

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 חשבונית 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 ואושפז במחלקה לטיפול בילודים 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 אי-מייל 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 98 יום.
- מומלץ לבדוק זכאותך לתשלום דמי לידה וקצבת ילדים.

## כיצד יש להגיש את התביעה

- את טופס התביעה ניתן:
  - לשלוח יחד עם מסמכים נלווים באופן מקוון באמצעות אתר האינטרנט של המוסד.
  - לשלוח בדואר, למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך, להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף, לשלוח את התביעה עם מסמכים נלווים באמצעות פקס, אין חובה להגיש מסמכים מקוריים.
  - עם זאת, המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינו ברור, או מכל סיבה אחרת, לפי שיקול דעתו של פקיד התביעות.
- לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

## חובה לחתום על טופס התביעה

### 1. פרטי התובעת

- שם משפחה
- שם פרטי
- תאריך לידה

- מספר זהות
- כתובת הרשומה במשרד הפנים:
  - רחוב/תא דואר
  - מספר בית
  - כניסה
  - דירה
  - ישוב
  - מיקוד
  - טלפון קווי
  - טלפון נייד
  - דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_
  - אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – sms , דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.
- מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המופיעה במשרד הפנים)
  - רחוב/תא דואר
  - מספר בית
  - כניסה
  - דירה
  - ישוב
  - מיקוד

עיסוק היולדת:

- אינה עובדת - עקרת בית \_\_\_\_\_
- 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
- מספר זהות

עיסוק בן הזוג :

- 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 הלידה

- ילדתי ביום
- בבית חולים
- בארץ

שם הנוולד , מספר זהות

- מצורף אישור על הלידה
- מצורפת קבלה על תשלום דמי האשפוז
- את דמי האשפוז לבית החולים שילם/שילמו
- אם נפטר הילד – ציינו את שם הילד ותאריך הפטירה

#### 4. פרטי חשבון הבנק של התובעת

- שמות השותפים לחשבון \_\_\_\_\_
- סוג חשבון
- פרטי
- קיבוצי
- שם הבנק
- שם הסניף/כתובתו
- מספר הסניף
- מספר חשבון

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק 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, 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 מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

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

#### 5. הצהרה

אני מצהירה בזה שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו ובצירופותיה הם נכונים ואני תובעת :

תשלום מענק אשפוז ו/או תשלום מענק לידה ו/או תשלום קצבת לידה בלידות סמוכות

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י 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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובעת \_\_\_\_\_

## כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: מענק לידה ואשפוז וקצבת לידה בלידות סמוכות

### 1. פרטים אישיים

קוד גמלה: 70

מספר זהות/דרכון

תאריך תביעה

שם משפחה

שם פרטי

חבר בקופת חולים: כללית, מאוחדת, מכבי, לאומית,

### 2. הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש 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 המבוטח \_\_\_\_\_