

תביעה לתשלום גמלה לשמירת הריון – בל/330

לתשומת לב: יציאה ושהייה בחו"ל בזמן שמירת הריון שוללת את הזכאות לגמלה

חובה לצרף לטופס זה

- כרטיס מעקב הריון רפואי וכן תיעוד רפואי על הצורך בשמירה.
- כאשר סיבת שמירת ההריון היא עקב סביבת עבודתך, חובה לצרף מכתב מפורט מאת המעסיק לגבי אופי העבודה ואישורו על כך שלא נמצאה לך עבודה חלופית.

לידיעתך

- תשלום הגמלה מותנה באישור רופא מטעם הביטוח הלאומי, אשר רשאי לדרוש פרטים רפואיים נוספים – ככל שיידרשו.
- כל תקופה נוספת של שמירת הריון מחייבת הגשת אישור רפואי בלבד על גבי טופס ל/331 וכן תיעוד רפואי חדש, ואין צורך בהגשת טופס תביעה זה.
- עפ"י חוק:
 - לא תשולם גמלת שמירת הריון בתקופה בעדה משולמים ימי מחלה
 - לא תשולם גמלת שמירת הריון אם קיימת זכאות מכוח חיקוק אחר- חובה למלא את סעיף 3 (5) בעמ' 2
 - לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- אין ביציאה לחו"ל משום עילה להפסקת תשלום גמלה לשמירת הריון, כאשר השמירה היא בשל סוג העבודה, מקום ביצוע העבודה או אופן ביצוע העבודה.
- אם תאושר לך גמלה לשמירת הריון עד למועד הלידה, ונקבל מידע מבית החולים על הלידה, נשלם לך
- דמי לידה לחשבון הבנק אותו רשמת בטופס זה, ללא צורך בהגשת תביעה לדמי לידה.
- אם את בעלת שליטה או קרובת משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את סעיף ההצהרה בסוף עמוד 4.
- באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.

כיצד יש להגיש את התביעה

את טופס התביעה ניתן להגיש ב:

1. למלא ידנית ולשלוח יחד עם מסמכים נלווים באופן מקוון באתר.
2. לשלוח בדואר,
3. למסור לפקיד קבלת קהל בסניף הקרוב למקום מגוריך,
4. להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף,
5. לשלוח עם מסמכים נלווים באמצעות פקס,

את טופס התביעה ניתן למלא ידנית:

- 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, נהיה רשאים 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
לתשומת לבך – חובה לחתום על טופס התביעה

1. פרטי התובעת

- שם משפחה
- שם פרטי
- תאריך לידה
- מספר זהות
- שם משפחה לפני הנישואין
- ארץ לידה
- מספר שנות לימוד
- שכירה או חברת קיבוץ או עצמאית משלמת דמי ביטוח בסניף _____
- משלח יד – נא צייני בקצרה מהו תפקידך במקום העבודה (חובה למלא)
- 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

2. אם לא עבדת ברציפות בשנה האחרונה, אנא מלאי חלק זה לגבי

השנתיים האחרונות

1. שם מעסיק קודם – עבודה מתאריך עד תאריך
2. עבודה כעצמאית – מתאריך עד תאריך
3. קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלה מסוג:
 - דמי לידה / גמלת הורים למאמץ
 - דמי אבטלה
 - גמלה לשמירת הריון
 - דמי פגיעה
 - דמי תאונה
 - נכות
4. שירתתי בצה"ל מתאריך עד תאריך, מספר אישי, סדיר או קבע
5. קיבלתי מקרן חופשה / קופת גמל – דמי חופשה / מחלה לתקופה מתאריך עד תאריך

6. שהיתי בהכשרה מקצועית מתאריך עד תאריך
- בקורס
 - מקום ההכשרה
7. שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך עד תאריך

3. פרטים משלימים

1. הפסקתי לעבוד /לעסוק במשלח יד בשל הריון ביום _____ עיסוק או תפקיד _____
2. האם יש קשר משפחתי בינך לבין מעסיקך?
- לא
 - כן, סוג הקרבה _____
3. אם את עובדת אצל מעסיקים נוספים במקביל, אנא צייני את שמות המעסיקים והאם קיימת קרבה משפחתית
- שם המעסיק
 - תפקידך במקום העבודה
 - קרבת משפחה
 - לא
 - כן, סוג הקרבה _____
 - שם המעסיק
 - תפקידך במקום העבודה
 - קרבת משפחה
 - לא
 - כן, סוג הקרבה _____
4. אני מקבלת תשלום בגין שמירת הריון – מהמעביד, תקופת התשלום מתאריך עד תאריך
5. אני זכאית לתשלום בגין שמירת הריון – חובה למלא סעיף זה (ראי פירוט בדברי ההסבר)
- מקופת הגמל
 - מקרן ביטוח
 - מקרן פנסיה
 - ממקור אחר
6. תקופת התשלום - מתאריך עד תאריך
7. איני זכאית לתשלום בגין שמירת הריון ממקור אחר

4. פרטי חשבון הבנק של התובעת

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

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 פרטיהם של השותפים בחשבון 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. פטור ממס ונקודות זיכוי

אם יש לך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה – נא צרפי אישור מתאים ממס הכנסה

6. הצהרה

אני החתומה מטה מצהירה בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

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, 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 _____

אישור המעסיק על העסקת עובדת - למילוי רק לאחר הפסקת עבודה

1. פרטי המעסיק

- שם המעסיק /המפעל/הקיבוץ/המעביד
- מספר תיק הניכויים
- טלפון קווי
- רחוב/תא דואר
- מספר בית
- ישוב
- מיקוד
- טלפון פקס

2. הננו לאשר בזה שגברת – חובה למלא את כל השדות

- שם המשפחה, שם פרטי, עיסוק/תפקיד, מספר זהות
1. החלה לעבוד אצלי בתאריך ____ ועבדה עד תאריך ____ כולל.
 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 ____
 - אחר (פרט) מיום ____ עד יום ____
2. מספר ימי עבודה בשבוע ____

3. 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 וכדומה):

- שנה/חודש
- 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 בעבורן לא שולם שכר
 - מספר ימים
 - סיבה

4. פירוט תשלומים חד-פעמיים והפרשים שנכללו בשכר

בטור "מהות התשלום", לגבי תשלומים חד-פעמיים – יש לרשום את סוג התשלום, כגון: דמי הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי, משכורת י"ג, בonus תקופתי וכדומה.

לגבי "הפרשי שכר" (כולל שעות נוספות ופרמיות) – יש לרשום "הפרשים" ולשייך אותם לחודשים שבעדם הם שולמו.

- מהות התשלום
- בחודש
- שולם סכום בש"ח
- בעבר תקופה
 - מתאריך
 - עד תאריך

5. פרטים משלימים – התביעה לא תידון ללא מילוי סעיף זה

- א. האם שולמו דמי מחלה עבור שמירת הריון?
 ○ לא
 ○ כן, עבור התקופה מ _____ עד _____
- ב. אם סיבת השמירה היא סביבת עבודה מסכנת, יש לצרף מכתב מפורט מהמעסיק וכן אישור שלא נמצאה עבודה חלופית.
- ידועה לי הסיבה לשמירה והריני מצהיר בזאת כי לא נמצאה לה עבודה חלופית.

6. הצהרת המעסיק

אני מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתה של העובדת כנדרש בחלק זה.

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת המעסיק/המפעל _____

7. אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

הנני מאשר שגברת: שם משפחה, שם פרטי, ת.ז. _____ חברת קיבוץ/מושב שיתופי _____

- הגברת _____ מבוטחת החל מתאריך _____
- סוג הביטוח
- אחוזי ביטוח
- מספר תיק בביטוח לאומי
- תאריך הפסת עבודה

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת _____

הצהרה למילוי בעל שליטה או קרוב משפחה או בעל מניות בחברה בלבד

- מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____
- היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____
- מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

- פרטי העובדת שהחליפה אותי במהלך תקופת לידה והורות: שם _____ ת.ז. _____
- הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה _____

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: שמירת הריון

פרטים אישיים

קוד גמלה: 54

- מספר זהות
- תאריך תביעה
- שם משפחה
- שם פרטי

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

הצהרה

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

תאריך _____ חתימת המבוטחת _____

אל: הרופא המטפל

הנדון: גמלה לשמירת הריון

על פי חוק המוסד לביטוח לאומי, מבוטחת (עובדת שכירה או עובדת עצמאית) זכאית, בתנאים מסוימים, לקבלת גמלה לשמירת הריון.

"שמירת הריון" מוגדרת כהיעדרות מעבודה בתקופת ההריון, המתחייבת בשל:

1. מצב רפואי הנובע מההריון והמסכן את האישה או את עובריה

2. סכנה הנובעת ממקום העבודה או סוג העבודה

הכל בהתאם לאישור רפואי בכתב.

המוסד לביטוח לאומי אינו מתיימר לבקר החלטות מקצועיות של רופאי נשים. עם זאת יש להבהיר למטופלת כי החלטת הרופא לפסוק הפסקת עבודה אינה מזכה אוטומטית בגמלה לשמירת הריון.

הפסקת עבודה יכולה להינתן גם במסגרת ימי מחלה או הגבלה במקום העבודה. רופא מטעם המוסד לביטוח לאומי יבחן את הבקשה ויחליט אם קיימת התוויה לגמלה.

לא כל מנוחה והפסקת עבודה מזכה בגמלה, רק מצבים שנובעים ישירות מההריון ומסכנים את האישה יידונו במסגרת זו.

אין רופאים יועצים כגון רופא אורטופד, רופא תעסוקתי וכיוצא בזה רשאים להמליץ על שמירת הריון. עליהם לפרט את מגבלותיה של האישה והרופא המטפל יחליט על סך ההמלצה אם להערכתו מדובר במצב המסכן את האישה או את הריונה.

אני מבקש להדגיש כי כל בקשה לגמלה ובמיוחד בגמלאות ארוכות מחייבת תיעוד רפואי לצורך גיבוי.

בכל בקשה נא להתייחס ולנמק מדוע המצב מסכן את האישה או עובריה ולגבות זאת בתיעוד פרוספקטיבי ורלוונטי לבקשה.

בברכה

דר' עמית אמנון

מומחה גינקולוג- יועץ רפואי

אישור רפואי לעניין גמלה לשמירת הריון

אישור הרופא המטפל אינו קובע זכאות לגמלה לשמירת הריון, אלא אם רופא המוסד, חווה דעתו ואישר בכתב את הוראת הרופא המטפל.

1. פרטי התובעת

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות
- הגברת נמצאת בטיפול מיום _____,

2. הריונות קודמים

היסטוריה מילדותית קצרה: _____

3. הריון נוכחי – יש לצרף תיעוד רפואי רלוונטי

- תאריך מחזור אחרון
- תאריך לידה משוער
- בעיות רפואיות כלליות: _____
- הסיבות לשמירת ההריון _____
- בדיקות עזר רלוונטיות שנערכו לנבדקת:
 - בדיקה ביום _____
 - בדיקה ביום _____

א. נבדקה על ידי לקביעת הצורך בשמירת הריון בתאריכים המפורטים להלן:

1. _____ 2. _____ 3. _____

ב. אושפזה בשל שמירת הריון בתקופות המפורטות להלן: חובה לצרף מסמכי אשפוז

1. מתאריך _____ עד תאריך _____
2. מתאריך _____ עד תאריך _____

4. אישור

בהתאם לעמדותי המקצועית, הריני מאשר בזאת, כי בשל מצבה של הנבדקת:

- הנובע מן ההריון והמסכן אותה או את עובריה
- הנובע ממקום העבודה או סוג העבודה והמהווה סכנה לה או לעובריה

עליה להפסיק את עבודתה ולהיות בשמירת הריון מתאריך: _____ עד: _____

אישור זה ניתן למוסד לביטוח לאומי לעניין תשלום גמלה לשמירת הריון

תאריך סיום הריון אם חל לפני תאריך לידה משוער: _____

אישור זה ניתן לאחר שקראתי את ההנחיות בעמ' 9 והנני מצהיר בזאת שאין מדובר בחופשת מחלה רגילה

שם הרופא למחלות נשים ולידה: _____ מס' רישיון: _____

כתובת המרפאה: _____ טלפון: _____

פרטי הרופא המאשר לצורך התקשרות:

שם _____ כתובת _____ טלפון _____

תאריך _____ חתימה וחותמת _____

רופא נשים נכבד, לפני מילוי הטופס, אנא קרא בעיון מכתב נלווה לטופס זה