



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 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 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 אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ☞ לשאלות וביירוטים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 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	0 1

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
גמלאות אמהות



תביעה לתשלום מענק לידה
ומענק אשפוז וקצבת לידה
בלידות סמוכות

1

פרטי התובעת

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה שנה חודש יום	מספר זהות ס"ב
----------	---------	----------------------------	------------------

מצב משפחתי: רווקה נשואה גרושה אלמנה ידועה בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

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

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

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב
------------------	-----------------	-------------------------

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

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

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 _____

פרטי בן הזוג		2
מספר זהות ס"ב	תאריך לידה שנה חודש יום	שם פרטי שם משפחה
<p>עיסוק בן הזוג (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה):</p> <p><input type="checkbox"/> אינו עובד מתאריך: _____ מקורות הקיום: _____</p> <p style="padding-left: 150px;">משלם דמי ביטוח בסניף _____</p> <p><input type="checkbox"/> עובד שכיר מתאריך: _____ שם המעביד האחרון: _____</p> <p>כתובת: _____ (נא לצרף אישור מהמעביד)</p> <p><input type="checkbox"/> עובד עצמאי משלח היד: _____ כתובת העסק: _____</p> <p style="padding-left: 150px;">משלם דמי ביטוח בסניף _____</p>		

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

4

פרטי חשבון הבנק של התובעת

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 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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, 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 תשלום מענק לידה תשלום קצבת לידה בלידות סמוכות

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין 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.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך _____ חתימת התובעת

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
גמלאות אמהות

כתב ויתור סודיות רפואית

**שם הגמלה: מענק לידה ואשפוז
וקצבת לידה בלידות סמוכות**

פרטים אישיים

1

<p>תאריך לידה</p> <table border="1"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">שנה</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">חודש</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">יום</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<p>תאריך תביעה</p> <table border="1"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">שנה</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">חודש</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">יום</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<p>מספר ת.ז./דרכון</p> <table border="1"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> </td> </tr> </table>				<p>קוד גמלה</p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">70</p>
שנה	חודש	יום																
שנה	חודש	יום																
שם פרטי		שם משפחה																
חברה בקופת חולים																		
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____																		

הצהרה

2

אני הח"מ, 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 ✕ _____