



## תביעה לתשלום דמי לידה ליולדת

### חובה לצרף לטופס זה

- ☞ אם מוגשת תביעה לפני הלידה – על רופא נשים למלא ולאשר את סעיף 4.4 - אין להגיש תביעה לפני שמלאו 31 שבועות של הריון ובתנאי שהפסקת לעבוד לפני הלידה.
- ☞ אם מוגשת תביעה בעקבות לידה שארעה בבית או בבית חולים בחו"ל – יש לצרף אישור רשמי על הלידה.
- ☞ אם חלו שינויים בשכר ב-6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה, מסיבה רפואית או מסיבה שלא צוינה ע"י המעסיק – יש להמציא אישור מתאים.
- ☞ אם את בעלת שליטה או קרובת משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 11 בעמוד 4.
- ☞ אם אין ברשותך תעודת זהות ישראלית, יש לצרף אישור על ניהול חשבון בנק שלך או חשבון משותף, בו ברצונך לקבל את תשלום הגמלה.

### לידיעתך

- ☞ **תובעת דמי לידה - את התביעה ניתן להגיש לאחר הפסקת העבודה, בתנאי שנותרו פחות מ-9 שבועות למועד הלידה המשוער.**
- ☞ במקרים הבאים, התביעה נקלטת באופן אוטומטי ואין צורך בהגשת התביעה:
  - אם את עובדת שכירה אצל מעסיק שנמצא בהסדר אוטומטי עם המוסד לביטוח הלאומי.
  - אם את עובדת עצמאית המשלמת דמי ביטוח כעובדת עצמאית.
  - אם קיבלת גמלה לשמירת הריון עד הלידה.
  - אם קבלת דמי אבטלה עד חודש לפני הלידה.
- ☞ אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד, על כל מעסיק למלא את חלקו בנפרד.
- ☞ **לפי החוק את התביעה יש להגיש תוך שנה מיום הזכאות הראשון.**
- ☞ **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.

### 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 ולברורים 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

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 4



**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
גמלאות משפחה

**תביעה לתשלום דמי לידה**

|                           |                                       |
|---------------------------|---------------------------------------|
| לשימוש פנימי בלבד (סריקה) | מס' זהות / דרכון<br>סוג המסמך<br>דפים |
|---------------------------|---------------------------------------|

**חותמת קבלה**

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>1 פרטי התובעת</b><br>שם משפחה (נוכחי) _____<br>שם משפחה (לפני הנישואין) _____<br>שם פרטי _____ |  | מספר זהות ס"ב<br>_____  |
| <input type="checkbox"/> שכירה<br><input type="checkbox"/> עצמאית משלמת ד.ב. בסניף _____          | עבדתי עד יום כולל יום זה<br>שנה _____ חודש _____ יום _____ | שנת לידה _____  |
| <b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>   |  |   |
| מיקוד _____   | יישוב _____  | דירה _____  |
| מס' בית _____   | כניסה _____  | מס' דואר _____  |
| טלפון קווי _____  | טלפון נייד _____   | <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____@_____ |
| <input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS  |  |   |
| <b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>  |  |   |
| מיקוד _____   | יישוב _____  | דירה _____  |
| מס' בית _____   | כניסה _____  | מס' דואר _____  |

|   |                         |
|---|-------------------------|
| <b>2 פרטי חשבון הבנק של התובעת</b><br>שמות בעלי החשבון _____<br>סוג חשבון: <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> אחר _____ |                         |
| שם הבנק _____   | שם הסניף / כתובתו _____ |
| מספר חשבון _____  | מס' סניף _____          |

|  |                                |   |
|--|--------------------------------|---|
| <b>3 פרטי הלידה – יש לצרף אישור מקורי מביה"ח רק במקרה של לידה בחו"ל או בבית</b><br>תאריך הלידה _____<br>שם ביה"ח _____<br>מס' הילדים בלידה הנוכחית _____ |                                | האם בכוונתך להתחלף עם בן הזוג בתקופת הלידה וההורות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא |
| אם חזרת לעבודה, נא צייני תאריך: _____<br>שנה _____ חודש _____ יום _____  | שנה _____ חודש _____ יום _____ |   |

|   |   |
|---|---|
| <b>4 אישור רפואי - למילוי ע"י רופא נשים לתובעת שטרם ילדה</b><br>הנני מאשר שבדקתי את הגב' _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ ביום _____ / _____ / _____ שנה _____ חודש _____ יום _____ |   |
| מס' שבועות של הריון _____   | תאריך לידה משוער _____ שנה _____ חודש _____ יום _____ |
| שם רופא הנשים _____ חתימה וחותמת הרופא * _____  |   |

5

**פרטים על מקום העבודה האחרון**

|  |  |   |
|--|--|---|
| שם המעסיק/המפעל  | עיסוק/תפקידך במקום העבודה  | תאריך הפסקת עבודה<br>שנה _____ חודש _____ יום _____ |
| האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>  |  |   |
| כן, סוג הקרבה: _____ - נא מלאי הצהרה בסעיף 11 בטופס.   |  |   |
| אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני את שמות המעסיקים והאם ישנה <b>קרבה משפחתית</b> בינכם:                             |  |   |
| שם המעסיק  | קרבה משפחתית<br><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____ | שם המעסיק   |
| קרבה משפחתית<br><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____   |  |   |
| האם הנך בעלת מניות ו/או בעלת שליטה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן – עליך למלא את ההצהרה בסעיף 11 בטופס |  |   |

6

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

- שם מעסיק קודם \_\_\_\_\_ עבודה מתאריך: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_
- עבודה כעצמאית מתאריך: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_
- קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלת:
  - דמי לידה/גמלת הורים למאמץ  דמי אבטלה  גמלה לשמירת הריון  דמי פגיעה  דמי תאונה
  - קיבלתי תשלום מקרן חופשה  שהיתי בהכשרה מקצועית
- שרתתי בצה"ל מ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_ מס' אישי \_\_\_\_\_  סדיר  קבע
- שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

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

7

**הצהרת התובעת**

אני החתומה מטה תובעת גמלת דמי לידה ומצהירה בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכימה שהבנק 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 הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנוחוץ 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 \_\_\_\_\_ חתימת התובעת ✕ \_\_\_\_\_

8

**למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה**

|                      |  |                         |  |   |  |   |  |
|----------------------|--|-------------------------|--|---|--|---|--|
| מספר פקס             |  | טלפון קווי              |  | מספר תיק בב. לאומי  |  | שם המעסיק   |  |
| מיקוד                |  | יישוב                   |  | דירה  |  | מס' בית   |  |
| רחוב                 |  | מס' בית                 |  | כניסה   |  | דירה  |  |
| הנני מאשר כי גברת    |  |                         |  |   |  |   |  |
| שם משפחה             |  | פרטי                    |  | עיסוק/תפקיד   |  | ת. זהות   |  |
| החלה לעבוד אצלי ביום |  | עבדה עד יום כולל יום זה |  | שכרה שולם   |  | האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת?                                   |  |
| שנה חודש יום         |  | שנה חודש יום            |  | <input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה<br><input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר |  | <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג קרבה _____ |  |

9

**תנאי העבודה והשכר**

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה:  ברציפות  שלא ברציפות, פרט: \_\_\_\_\_  
 שנת שבתון/השתלמות מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
 חופשה ללא תשלום מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
 אחר, פרט: \_\_\_\_\_ מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

2. מס' 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').

| מס' ימים עבורם לא שולם שכר | מס' ימים | שעות עבודה | מס' ימי עבודה בשכר | אחוז משרה | בסיס השכר (חודשי, יומי, שכר לשעה) | דמי ביטוח שנוכו מהשכר | השכר החייב בדמי ביטוח | השכר החייב במס | שנה/ חודש |
|----------------------------|----------|------------|--------------------|-----------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|-----------|
|                            |          |            |                    |           |                                   |                       |                       |                | 1         |
|                            |          |            |                    |           |                                   |                       |                       |                | 2         |
|                            |          |            |                    |           |                                   |                       |                       |                | 3         |
|                            |          |            |                    |           |                                   |                       |                       |                | 4         |
|                            |          |            |                    |           |                                   |                       |                       |                | 5         |
|                            |          |            |                    |           |                                   |                       |                       |                | 6         |
|                            |          |            |                    |           |                                   |                       |                       |                | 7         |
|                            |          |            |                    |           |                                   |                       |                       |                | 8         |
|                            |          |            |                    |           |                                   |                       |                       |                | 9         |
|                            |          |            |                    |           |                                   |                       |                       |                | 10        |

4. פרוט הפרשים והתשלומים הנוספים שנכללו בסעיף 3 ב-6 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:

| מהות התשלום | עבור תקופה |        | שולם (ש) | בחודש |
|-------------|------------|--------|----------|-------|
|             | עד תאריך   | מתאריך |          |       |
|             |            |        |          | 1     |
|             |            |        |          | 2     |
|             |            |        |          | 3     |
|             |            |        |          | 4     |
|             |            |        |          | 5     |
|             |            |        |          | 6     |

סיבה אחרת לשינויים בשכר \_\_\_\_\_

10

**הצהרת מעסיק**

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

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 תאריך שם החותם ותפקידו חתימת וחותמת העסק/המפעל

11

**הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל 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 x \_\_\_\_\_