



תביעה להארכה או פיצול דמי לידה/גמלת הורים למאמצת

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ בתביעה להארכה או פיצול עקב אשפוז ילד או יולדת - אישור מבית החולים על תקופות האשפוז.
- ☞ בתביעה לפיצול - אישור מהמעסיק על חזרה לעבודה עקב הפיצול וחזרה לתקופת לידה והורות אחריה.

לידיעתך

- ☞ לידיעתך : טופס זה יש להגיש רק לאחר הגשת תביעה לדמי לידה.
- ☞ לפי החוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה מיום הזכאות הראשון לגמלה.
- ☞ 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 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

טופס זה מנוסח בלשון נקבה אך פונה לגברים ולנשים כאחד

עמוד 1 מתוך 2

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון _____	מס' זהות / דרכון _____
סוג המסמך 0 1	דפים _____

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה להארכה או פיצול דמי לידה/גמלת הורים למאמצת

1 פרטי התובעת

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות ס"ב _____

מצב משפחתי רווקה נשואה גרושה אלמנה ידועה בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מספר 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	מספר בית	רחוב / תא דואר
_____	_____	_____	_____	_____	_____

2 פרטי חשבונו הבנק של התובעת

שמות בעלי החשבון _____ סוג חשבון: פרטי קיבוץ

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
_____	_____	_____	_____

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון החשבון.

אני מסכימה שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

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 פרטי 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 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 להציאם לפי דרישה.**

תאריך _____ חתימת התובעת _____

3 תביעה בגין לידה / אימוץ מיום

3



4 תביעה להארכת דמי לידה / גמלת הורים למאמצת עקב אשפוז הילד / התובעת - יש לצרף אישור מבית חולים

4

אשפוז הילד / התובעת

- הילד / התובעת שוחרר מביה"ח לאחר הלידה / האימוץ בתאריך _____
- הילד / התובעת נשאר בביה"ח לאחר הלידה / האימוץ עד _____
- הילד / התובעת אושפז מחדש ביום _____ שוחרר ביום _____

5 תביעה לפיצול דמי לידה / גמלת הורים למאמצת עקב אשפוז הילד / התובעת
יש לצרף אישורים מביה"ח ומהמעסיק (ראה דברי הסבר בדף המקדים)

5

אשפוז הילד / התובעת

- הילד / התובעת נשאר בביה"ח לאחר הלידה / האימוץ עד _____
- הילד / התובעת אושפז מחדש ביום _____ ועדין שוהה בבית החולים
- הילד / התובעת אושפז מחדש ביום _____ ושוחרר ביום _____

6 הצהרת התובעת

6

1. טרם חזרתי לעבודה

2. חזרתי לעבודה ביום _____ חזרתי לתקופת לידה והורות / אימוץ ביום _____

3. אני תובעת הארכת דמי לידה / גמלת הורים למאמצת עקב אשפוז הילד / התובעת.
 פיצול דמי לידה / גמלת הורים למאמצת עקב אשפוז הילד / התובעת.

4. אני החתומה מטה מצהירה בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בודיעין 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 מתחייב 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 ✕ _____