



תביעה לתשלום גמלה לשמירת הריון

(יציאה ושהייה בחו"ל בזמן שמירת הריון שוללת את הזכאות לגמלה)*

חובה לצרף לטופס זה

האישור הרפואי, ימולא ע"י רופא מומחה למחלות נשים ולידה בלבד. יש לצרף 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 331/ל וכן תיעוד רפואי חדש, ואין צורך בהגשת טופס תביעה זה. עפ"י חוק;

לא תשלום גמלת שמירת הריון בתקופה בעדה משולמים ימי מחלה
לא תשלום גמלת שמירת הריון אם קיימת זכאות מכוח חיקוק אחר- חובה למלא את סעיף 3 (5) בעמ' 2

לא תשלום הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחר) 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 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

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון נקבה אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
גמלאות אמהות

**תביעה לתשלום גמלה
לשמירת הריון**

חותמת קבלה		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מספר זהות / דרכון <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		סוג <input type="text"/> <input type="text"/>
דפים <input type="text"/> <input type="text"/>	המסמך <input type="text"/> <input type="text"/>	0 1

1

פרטי התובעת

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה שנה <input type="text"/> חודש <input type="text"/> יום <input type="text"/>	מספר זהות ס"ב <input type="text"/>
שם משפחה לפני הנישואין	ארץ לידה	מס' שנות לימוד	<input type="checkbox"/> שכירה <input type="checkbox"/> חברת קיבוץ <input type="checkbox"/> עצמאית, משלמת ד.ב. בסניף _____

משלח יד – נא צייני בקצרה מהו תפקידך במקום העבודה (**חובה למלא**) _____

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
טלפון קווי	טלפון נייד	<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____ @ _____			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS			

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2

אם לא עבדת ברציפות בשנה האחרונה, אנא מלאי חלק זה לגבי השנתיים האחרונות

נא צרפי אישורים מתאימים

- שם מעסיק קודם _____ . עבודה מתאריך _____ עד _____
- עבודה כעצמאית מתאריך _____ עד _____
- קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלה מסוג:
 - ☐ דמי לידה / גמלת הורים למאמצת ☐ דמי אבטלה ☐ גמלה לשמירת הריון ☐ דמי פגיעה ☐ דמי תאונה נכות ☐
- שירתתי בצה"ל מתאריך _____ עד _____ . מס' אישי _____ ☐ סדיר ☐ קבע ☐
- קיבלתי מקרן חופשה / קופת גמל – דמי חופשה / מחלה לתקופה מ _____ עד _____
- שהיתי בהכשרה מקצועית מ _____ עד _____ בקורס _____
- מקום ההכשרה _____
- שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מ _____ עד _____

3

פרטים משלימים

1. הפסקתי לעבוד / לעסוק במשלח יד בשל הריון בתאריך _____

2. האם יש קשר משפחתי ביני לבין מעסיק? ☐ 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	קרבה משפחתית <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה: _____	שם המעסיק	תפקידך במקום העבודה	קרבה משפחתית <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה: _____

4. אני מקבלת תשלום בגין שמירת הריון ☐ מהמעביד תקופת התשלום: מיום _____ עד יום _____

5. הזכאית לתשלום בגין שמירת הריון - **חובה למלא סעיף זה (ראי פירוט בדברי ההסבר)**

☐ מקופת הגמל ☐ מקרן ביטוח ☐ מקרן פנסיה ☐ ממקור אחר _____

תקופת התשלום: מיום _____ עד יום _____

6. ☐ איני זכאית לתשלום בגין שמירת הריון ממקור אחר

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 להחתימה 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 /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 **x** _____

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 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 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 **x** _____

אישור המעסיק על העסקת עובדת – למילוי רק לאחר הפסקת העבודה

1

פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד		מספר תיק ניכויים		טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מס' בית	ישוב	מיקוד	טלפון פקס

2

הננו לאשר בזה שגברת – חובה למלא את כל השדות

שם משפחה	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 עבודה _____

תנאי העבודה והשכר:

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה, העובדת עבדה: ☐ ברציפות ☐ שלא ברציפות. פרט:

☐ חופשה ללא תשלום מיום _____ עד יום _____

☐ שנת שבתון/השתלמות מיום _____ עד יום _____

☐ אחר(פרט): _____ מיום _____ עד יום _____

2. מס' 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 וכו')

מס'	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
מס'	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
1								סיבה
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

פירוט תשלומים חד-פעמיים והפרשים שנכללו בשכר

IV

בטור "מהות התשלום", לגבי תשלומים חד-פעמיים – יש לרשום את סוג התשלום, כגון: דמי הבראה, ביגוד, מענק חד-פעמי, משכורת י"ג, בonus תקופתי וכד'.
לגבי "הפרשי שכר" (כולל שעות נוספות ופרמיות) – יש לרשום "הפרשים" ולשייך אותם לחודשים שבעדם הם שולמו.

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

פרטים משלימים – התביעה לא תידון ללא מילוי סעיף זה

V

- 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. ☐

הצהרת המעסיק

VI

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

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

אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

VII

הנני מאשר שגב' _____ חברה קיבוץ/מושב שיתופי _____ שם משפחה פרטי ת.ז. _____

הנ"ל מבוטחת החל מתאריך		סוג הביטוח		אחוזי ביטוח	
שנה		חודש		יום	
מס' תיק בביטוח לאומי		תאריך הפסקת עבודה		שנה	
				חודש	
				יום	

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת _____ ✕

הצהרה למילוי ע"י 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 ✕ _____



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
דמי לידה

חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: שמירת הריון

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות	תאריך תביעה	
54		<div> <div>שנה</div> <div>חודש</div> <div>יום</div> </div>	
שם משפחה	שם פרטי		
חברה בקופת חולים			
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____			

הצהרה

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 אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטחת ✕ _____

המוסד לביטוח לאומי
הלישכה הרפואית



חלק זה מיועד לרופא המטפל

אל: הרופא המטפל

הנדון: גמלה לשמירת הריון

על פי חוק המוסד לביטוח לאומי, מבטחת (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 וכיו"ב 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 האישה.

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

מומחה גינקולוג- יועץ רפואי

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



אישור רפואי לעניין גמלה
לשמירת הריון

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)		חותמת קבלה
מס' זהות / דרכון סוג המסמך	דפים	

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

ס"ב

הגב' נמצאת בטיפול מיום:

יום

חודש

שנה

2 הריונות קודמים

היסטוריה מילדותית קצרה:

3 הריון נוכחי – יש לצרף תיעוד רפואי רלוונטי

תאריך לידה משוער

תאריך מחזור אחרון

יום

חודש

שנה

יום

חודש

שנה

א. בעיות רפואיות כלליות:

ב. הסיבות לשמירת ההריון

ג. בדיקות עזר רלוונטיות שנערכו לנבדקת:

תאריך

בדיקה

יום

חודש

שנה

1

יום

חודש

שנה

2

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

1. 2. 3.

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

1

מתאריך

עד תאריך

2

מתאריך

עד תאריך

אישור

4

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 לענין תשלום גמלה לשמירת הריון

תאריך סיום הריון אם חל לפני תאריך לידה משוער: _____

אישור זה ניתן לאחר שקראתי את ההנחיות בעמ' 6 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 גלווה לטופס זה