



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 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 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 וביירוים 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 גמלה
לשמירת הריון**

1

פרטי התובעת שם משפחה שם פרטי		תאריך לידה שנה חודש יום		מספר זהות ס"ב	
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)					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
טלפון קווי דואר אלקטרוני: _____ @ _____		טלפון נייד _____		<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.	
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

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 _____
- שהייתי בהכשרה מקצועית מ _____ עד _____ בקורס _____ מקום ההכשרה _____
- שהייתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מ _____ עד _____

3

פרטים משלימים

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

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, מועד הפסקת העבודה והאם קיימת קרבה משפחתית

שם המעסיק	תפקידך במקום העבודה	מועד הפסקת עבודה	קרבה משפחתית
			<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה: _____
			<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			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי כוח בחשבון, ולוודא ההחתימה 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 **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 מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

תאריך _____ חתימת התובעת **x** _____

אישור המעסיק על העסקת עובדת – למילוי רק לאחר הפסקת העבודה

1

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

2

הננו לאשר בזה שגברת – חובה למלא את כל השדות

מספר זהות	עיסוק/תפקיד	שם פרטי	שם משפחה
-----------	-------------	---------	----------

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

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, בונוס 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			

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 _____ חתימת וחותמת המעסיק/המפעל _____ x

7

אישור מזכירות הקיבוץ או המושב השיתופי

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

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

תאריך _____ חתימת החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת _____ x

8

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 _____ x



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		<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום			
שנה	חודש	יום						
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 x _____



חלק זה מיועד לרופא המטפל

אל: הרופא המטפל

הנדון: גמלה לשמירת הריון

על פי חוק המוסד לביטוח לאומי, מבטוחת (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.

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.

להלן פירוט תיעוד רפואי (מסמכים רפואיים), הנדרש לפי סיבת שמירת הריון:

1. הקאות יתר – תיעוד למתן נוזלים, ביקור במיון או במרפאה
2. דימום – תיעוד לביקור בחדר מיון או במרפאה לסיבוכי הריון או תיעוד של רופא על דימום.
3. כאבי גב, סימפוזיולזיס או בעיות אורטופדיות – חוות דעת מקצועית של רופא אורטופד.
4. כאבי ראש – חוות דעת מקצועית של רופא נוירולוג.
5. בעיה נפשית – חוות דעת של רופא פסיכיאטר.
6. בעיה לבבית – חוות דעת של רופא קרדיולוג.
7. סביבת עבודה מסכנת : חוות דעת של רופא תעסוקתי

התיעוד חייב להיות רלוונטי לתקופת שמירת ההריון. תיעוד חלקי יאפשר מתן גמלה לתקופת התיעוד בלבד.

בסיבות שאינן מילדותיות, אין הרופא היועץ רשאי להמליץ על גמלה – אלא לציין את המגבלות ורופא מומחה נשים הוא שימליץ על השמירה בכפוף לחוות הדעת.

בברכה

 מומחה גינקולוג- יועץ רפואי

עמוד 7 מתוך 8

<table border="1"> <tr> <td>מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td>סוג המסמך</td> </tr> <tr> <td>דפים</td> </tr> </table>	מס' זהות / דרכון	סוג המסמך	דפים	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון				
סוג המסמך				
דפים				

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



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						
הגב' נמצאת בטיפול מיום: <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			שנה	חודש	יום			
שנה	חודש	יום						

2

הריונות קודמים

היסטוריה מילדותית קצרה:

3

הריון נוכחי - יש לצרף תיעוד רפואי רלוונטי

תאריך לידה משוער	תאריך מחזור אחרון												
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום			
שנה	חודש	יום											
שנה	חודש	יום											
א. בעיות רפואיות כלליות:													
ב. הסיבות לשמירת ההריון:													

ג. בדיקות עזר רלוונטיות שנערכו לנבדקת:

תאריך	בדיקה	1						
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום					
שנה	חודש	יום						
תאריך	בדיקה	2						
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום					
שנה	חודש	יום						
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

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

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 לעניין 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 וחתימת * _____

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