



תביעה לתשלום דמי לידה ליולדת

חובה לצרף לטופס זה

- אם מוגשת תביעה לפני הלידה – על רופא נשים למלא ולאשר את סעיף 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

- למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו.
- עליך לצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס 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 ובידורים 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 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	סוג המסמך
01	דפים

חותמת קבלה

1

פרטי התובעת

שם משפחה (נוכחי)	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
שם משפחה (לפני הנישואין)	שם פרטי	שנת לידה
☐ שכירה ☐ עצמאית משלמת ד.ב. בסניף _____		עבדתי עד יום כולל יום זה
		שנה חודש יום

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני: _____ @ _____			
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל					

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

פרטי חשבון הבנק של התובעת

שמות בעלי החשבון	סוג חשבון:
	☐ פרטי ☐ אחר _____
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו
	מספר חשבון

3

פרטי הלידה – יש לצרף אישור מקורי מביה"ח רק במקרה של לידה בחו"ל או בבית

תאריך הלידה	שם ביה"ח	מס' הילדים בלידה הנוכחית	אם חזרת לעבודה, נא צייני תאריך:	האם בכוונתך להתחלף עם בן הזוג בתקופת הלידה וההורות?
שנה חודש יום			שנה חודש יום	☐ כן ☐ לא

4

אישור רפואי - למילוי ע"י רופא נשים לתובעת שטרם ילידה

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

תאריך הפסקת עבודה	עיסוק/תפקידך במקום העבודה	שם המעסיק/המפעל
שנה _____ חודש _____ יום _____		
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך ☐ לא ☐ ☐ כן, סוג הקרבה: _____ - נא מלאי הצהרה בסעיף 11 בטופס. אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה צייני את שמות המעסיקים והאם ישנה קרבה משפחתית בינכם:		
שם המעסיק	קרבה משפחתית	שם המעסיק
☐ לא ☐ כן, סוג הקרבה _____	☐ לא ☐ כן, סוג הקרבה _____	☐ לא ☐ כן, סוג הקרבה _____
האם הנך בעלת מניות ו/או בעלת שליטה? ☐ לא ☐ 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

1. שם מעסיק קודם _____ עבודה מתאריך: _____/_____/____ עד: _____/_____/____ שנה חודש יום
2. עבודה כעצמאית מתאריך: _____/_____/____ עד: _____/_____/____ שנה חודש יום
3. 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 ☐
4. שרתתי בצה"ל/שירות לאומי אזרחי מ _____/_____/____ עד _____/_____/____ שנה חודש יום ☐ סדיר ☐ קבע ☐ שירות לאומי אזרחי
5. שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: _____/_____/____ 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/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 _____ חתימת התובעת ✕ _____

8

למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

שם המעסיק		מספר תיק ב.ב. לאומי		טלפון קווי		מספר פקס	
רחוב		מס' בית		כניסה		דירה	
רחוב		מס' בית		כניסה		דירה	
שם משפחה		פרטי		עיסוק/תפקיד		ת. זהות	
שם משפחה		פרטי		עיסוק/תפקיד		ת. זהות	
החלה לעבוד אצלי ביום		עבודה עד יום כולל יום זה		שכרה שולם		האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת?	
יום חודש שנה		יום חודש שנה		☐ בבנק ☐ בהמחאה ☐ במזומן ☐ אחר		☐ לא ☐ 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').

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

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

בחודש	שולם (₪)	עבור תקופה		מהות התשלום
		מתאריך	עד תאריך	
1				
2				
3				

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

10

הצהרת מעסיק

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

תאריך _____ שם החותם ותפקיד _____ חתימה ✕ _____
 תאריך _____ חתימת וחותמת העסק/המפעל _____

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה 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 ✕ _____
