



## 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

- ☞ 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](http://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](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 סוג המסמך דפים
---------------------------	---------------------------------------

**חותמת קבלה**

**1 פרטי התובעת**

שם משפחה (נוכחי)	שם פרטי	שם משפחה (לפני הנישואין)	מספר זהות ס"ב
<input type="checkbox"/> שכירה	שנת לידה	עבדתי עד יום כולל יום זה	מספר זהות ס"ב
<input type="checkbox"/> עצמאית משלמת ד.ב. בסניף	שנה חודש יום	מזב משפחתי	מספר זהות ס"ב
<input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> ידועה בציבור <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> אלמנה			
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	מיקוד
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:			
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב	מיקוד
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.			
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד	מס' סניף	מספר חשבון	יישוב

**2 פרטי חשבון הבנק של התובעת**

שמות בעלי החשבון	סוג חשבון: <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> אחר
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו
מספר חשבון	מס' סניף

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

תאריך הלידה	שם ביה"ח	האם ילדת יותר מילד אחד בלידה הנכחית?	האם חזרת לעבודה, נא צייני תאריך:	האם בכוונתך להתחלף עם בן הזוג בתקופת הלידה וההורות?
שנה חודש יום	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	שנה חודש יום	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>

**4 אישור רפואי - למילוי ע"י רופא נשים לתובעת שטרם ילדה**

הנני מאשר שבדקתי את הגב' \_\_\_\_\_ מס' שבועות של הריון \_\_\_\_\_ תאריך לידה משוער \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שם רופא הנשים \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הרופא \*

**פרטים על מקום העבודה האחרון**

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

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

- שם מעסיק קודם \_\_\_\_\_ עבודה מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
שנה / חודש / יום      שנה / חודש / יום
- עבודה כעצמאית מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
שנה / חודש / יום      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/שירות לאומי אזרחי מ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
שנה / חודש / יום      שנה / חודש / יום
  - סדיר
  - קבע
  - שירות לאומי אזרחי
- שהיתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
שנה / חודש / יום      שנה / חודש / יום

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

**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 מהוה 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 זכאוטי 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 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.**

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 ✕ \_\_\_\_\_

8

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

מספר פקס		טלפון קווי		מספר תיק ב.ב. 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 <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 משכרה	בסיס השכר (חודשי, יומי, שכר לשעה)	דמי ביטוח שנוכו מהשכר	השכר החייב בדמי ביטוח	השכר החייב במס	שנה/ חודש	
סיבה										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

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 \_\_\_\_\_

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 לידיה והורות: שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_