



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-3 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.

כיצד יש להגיש את התביעה

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.
- לפי החוק את התביעה יש להגיש תוך שנה מיום הזכאות הראשון.**
- אפשר להגיש תביעה ובה מסמכים נלווים גם באמצעות פקס, ואין חובה להגיש מסמכים מקוריים. עם זאת המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינו ברור, או מכל סיבה אחרת, לפי שיקול דעתו של פקיד התביעות.
- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולברורים יש לפנות לטלפון שמספרו *6050 או 04-8812345.
- מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום דמי לידה

עמוד 1 מתוך 4

<table border="1"> <tr> <td>מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td> <table border="1"> <tr> <td>סוג המסמך</td> <td>דפים</td> </tr> <tr> <td>0 1</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	מס' זהות / דרכון	<table border="1"> <tr> <td>סוג המסמך</td> <td>דפים</td> </tr> <tr> <td>0 1</td> <td></td> </tr> </table>	סוג המסמך	דפים	0 1		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון							
<table border="1"> <tr> <td>סוג המסמך</td> <td>דפים</td> </tr> <tr> <td>0 1</td> <td></td> </tr> </table>	סוג המסמך	דפים	0 1				
סוג המסמך	דפים						
0 1							

חותמת קבלה

1 פרטי התובעת

שם משפחה (נוכחי)	שם משפחה (לפני הנישואין)	שם פרטי	מספר זהות ס"ב												
<input type="checkbox"/> שכירה	<input type="checkbox"/> עצמאית משלמת ד.ב. בסניף _____	עבדתי עד יום כולל יום זה	שנת לידה												
<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													
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)															
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה												
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	מיקוד												
<table border="1"> <tr> <td>מיקוד</td> <td>יישוב</td> <td>דירה</td> <td>כניסה</td> <td>מס' בית</td> <td>רחוב / תא דואר</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר						
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר										
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)															
<table border="1"> <tr> <td>מיקוד</td> <td>יישוב</td> <td>דירה</td> <td>כניסה</td> <td>מס' בית</td> <td>רחוב / תא דואר</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר						
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר										

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

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 בכוננתך להתחלף עם בן הזוג בחופשת הלידה?
				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

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

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 **x** _____

5

פרטים על מקום העבודה האחרון

שם המעסיק/המפעל	עיסוקך/תפקידך במקום העבודה	תאריך הפסקת עבודה שנה _____ חודש _____ יום _____
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בשנה האחרונה ציני שמות מעסיקים: _____ _____		
האם הנך בעלת מניות ו/או בעלת שליטה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 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

- שם מעסיק קודם _____ עבודה מתאריך: _____/_____/_____
שנה _____ חודש _____ יום _____ עד: _____/_____/_____
שנה _____ חודש _____ יום _____
- עבודה כעצמאית מתאריך: _____/_____/_____
שנה _____ חודש _____ יום _____ עד: _____/_____/_____
שנה _____ חודש _____ יום _____
- קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גמלת:
 - דמי לידה/דמי חופשה למאמץ דמי אבטלה גמלה לשמירת הריון דמי פגיעה דמי תאונה
 - קיבלתי תשלום מקרן חופשה שהייתי בהכשרה מקצועית
4. שרתתי בצה"ל מ _____/_____/_____
שנה _____ חודש _____ יום _____ עד _____/_____/_____
שנה _____ חודש _____ יום _____ מס' אישי _____ סדיר קבע
5. שהייתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מתאריך: _____/_____/_____
שנה _____ חודש _____ יום _____ עד: _____/_____/_____
שנה _____ חודש _____ יום _____

פטור ממס ונקודת זיכוי

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 ביודעין 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.

תאריך _____ חתימת התובעת או מקבלת הגמלה או מגישת התביעה **x** _____

8

למילוי ע"י המעסיק – רק לאחר הפסקת עבודה

מספר פקס		מספר תיק ב.ב. לאומי		שם המעסיק	
מיקוד		מס' בית		רחוב	
ישוב		דירה		הנני מאשר כי גברת	
ת. זהות		פרטי		שם משפחה	
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין העובדת? לא <input type="checkbox"/> כן, סוג קרבה _____		שכרה שולם <input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר		עבדה עד יום כולל יום זה שנה _____ חודש _____ יום _____	
				החלה לעבוד אצלי ביום שנה _____ חודש _____ יום _____	

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	
										1
										2
										3
										4
										5
										6
										7
										8
										9
										10

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

מהות התשלום	עבור תקופה		שולם (ש)	בחודש	
	עד תאריך	מתאריך			
					1
					2
					3
					4

סיבה אחרת לשינויים בשכר _____

10

הצהרת מעסיק

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

_____ x _____
 תאריך שם החותם ותפקידו חתימת וחותמת העסק/המפעל

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

חובה להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)
חובה לצרף 12 תלושי שכר אחרונים

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 חופשת הלידה: שם _____ ת.ז. _____

הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה ✕ _____