



## 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.
- 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.
- 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

- את התביעה ניתן להגיש:
  1. יחד עם המסמכים נלווים באמצעות פקס, אין 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.
  2. באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il) כמו כן, ניתן לשלוח או להביא את הטופס 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](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
0 1	דפים

חותמת קבלה

## 1 פרטי התובעת

1

שם משפחה (נוכחי)	שם משפחה (לפני הנישואין)	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
שכירה <input type="checkbox"/>		עבדתי עד יום כולל יום זה	שנת לידה
עצמאית משלמת ד.ב. בסניף _____		שנה חודש יום	
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____@_____	
אני מאשרת קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/>			
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד			

## 2 פרטי חשבון הבנק של התובעת

2

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

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

3

תאריך הלידה	שם ביה"ח	מס' הילדים בלידה הנוכחית	אם חזרת לעבודה, נא ציני תאריך:	האם בכוונתך להתחלף עם בן הזוג בחופשת הלידה?
שנה חודש יום			שנה חודש יום	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

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

4

הנני מאשר שבדקתי את הגב' _____	שם משפחה	שם פרטי	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**

שם המעסיק/המפעל		עיסוקך/תפקידך במקום העבודה		תאריך הפסקת עבודה שנה _____ חודש _____ יום _____	
<p>האם יש קרבה משפחתית בין לבין מעסיקך <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> 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 קרבה משפחתית בינכם:</p>					
שם המעסיק	קרבה משפחתית <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סוג הקרבה _____	שם המעסיק	קרבה משפחתית <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>					

6

**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/דמי חופשה למאמץ ☐ דמי אבטלה ☐ גמלה לשמירת הריון ☐ דמי פגיעה ☐ דמי תאונה ☐ קיבלתי תשלום מקרן חופשה ☐ שהיתי בהכשרה מקצועית ☐
- שרתתי בצה"ל מ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ מס' אישי \_\_\_\_\_ ☐ סדיר ☐ קבע ☐  
שנה חודש יום שנה חודש יום
- 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**

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 ביוזעין 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 מושגי 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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובעת ✕ \_\_\_\_\_

## 8

## תנאי העבודה והשכר

## 9

## הצהרת מעסיק

## 10

**x**

## תאריך

**הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה 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 ✕ \_\_\_\_\_