



**תביעה לתשלום**  
**גימלה לשמירת הריון**  
נא ראי הסבר בדף האחרון

תאריך קבלה

**א. פרטים אישיים**

שם משפחה (נוכחי)	שם משפחה (לפני הנישואין)	שם פרטי	שנת לידה של התובעת	מספר זהות ס"ב	1
ארץ לידה	שכירה <input type="checkbox"/>	חברת קיבוץ <input type="checkbox"/>	עצמאית משלמת ד.ב. בסניף _____	משלח יד	מס' שנות לימוד
מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	רחוב
תא דואר	יישוב תא דואר	מיקוד תא דואר	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	0
<b>ב. מקום תשלום - חשבון הבנק של התובעת</b>					
שם בעל החשבון			סוג החשבון <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> קיבוץ		
שם הבנק		שם הסניף/כתובתו		מספר הסניף, מספר החשבון	

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

1. שם מעסיק קודם _____ עבודה מתאריך _____ עד _____	מ ס ד 3
2. עבודה כעצמאית מתאריך _____ עד _____	
3. קיבלתי מהמוסד לביטוח לאומי גימלת: <input type="checkbox"/> דמי לידה / דמי חופשה למאמצת <input type="checkbox"/> דמי אבטלה <input type="checkbox"/> גמלה לשמירת הריון <input type="checkbox"/> דמי פגיעה <input type="checkbox"/> דמי תאונה	
4. שרתתי בצה"ל מ _____ עד _____ מס' אישי _____ סדיר <input type="checkbox"/> קבע <input type="checkbox"/>	
5. קיבלתי מקרן חופשה / קופת גמל - דמי חופשה / מחלה לתקופה מ _____ עד _____	
6. שהייתי בהכשרה מקצועית מ _____ עד _____ בקורס _____	
7. שהייתי בחופשה ללא תשלום בתקופה מ _____ עד _____ מקום ההכשרה _____	

**ד. פרטים משלימים**

1. הפסקתי לעבוד / לעסוק במשלוח יד בשל ההריון ביום _____
2. אני זכאית לתשלום בגין שמירת הריון <input type="checkbox"/> מהמעביד <input type="checkbox"/> מקופת גמל <input type="checkbox"/> מקרן ביטוח <input type="checkbox"/> מקרן פנסיה <input type="checkbox"/> ממקור אחר _____ תקופת התשלום - מיום _____ עד יום _____
3. אינני זכאית לתשלום בגין שמירת הריון ממקור אחר <input type="checkbox"/> 4. מצ"ב אישור רפואי בל/ 331 _____
5. האם יש קשר משפחתי בינד לבין מעסיקך <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> סוג הקרבה _____
6. אני עובדת במקביל אצל מעביד נוסף <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

**ה. הצהרת התובעת**

הנני התובעת תביעה זו לגימלה לשמירת הריון ואני מצהירה בזה שכל הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובצירופיה הם נכונים. חשבון הבנק שאת פרטיו ציינתי לעיל, הוא חשבוני ואני מסכימה שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים שישלם המוסד לחשבון זה, אם שולמו בטעות או שלא כדין. אני מצהירה כי ידוע לי שמסירת פרטים כוזבים מהווה עבירה פלילית וכי אהיה צפויה לעונשים הקבועים בחוק אם אעשה כן. אני מתחייבת בזה להודיע למוסד לביטוח לאומי לאלתר על כל שינוי שיחול בפרטים שמסרתי בתביעתי זו, לרבות קבלת תשלום בגין שמירת הריון מכל מקור שהוא, חידוש העבודה בתקופת ההריון, סיום ההריון וכדומה.

חתימת התובעת

תאריך

ז. למילוי ע"י המעסיק - רק לאחר הפסקת העבודה

שם המעסיק		מספר תיק בב. לאומי		מספר טלפון	
רחוב		מספר בית		מספר פקס	
הנני מאשר כי הגברת		ת. זהות		מספר מיקוד	
שם משפחה		פרטי		<input type="checkbox"/> החלה לעבוד <input type="checkbox"/> אצלי ביום	
שכרה שולם		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן סוג הקירבה _____		<input type="checkbox"/> עבדה עד יום <input type="checkbox"/> כולל יום זה	
<input type="checkbox"/> בבנק <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> אחר		האם יש קירבה משפחתית בינך לבין העובדת <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן סוג הקירבה _____			
הסיבה להפסקת העבודה _____					

ז. תנאי העבודה והשכר

1. בשנתיים שקדמו להפסקת העבודה עבדה:

ברציפות  שלא ברציפות (פרט): חופשה ללא תשלום מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

שנת שבתון / השתלמות מ \_\_\_\_\_ 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 ודמי בריאות שנוכו	בסיס השכר חודשי, יומי שכר לשעה	אחוז המשרה	מס' ימי עבודה בשכר	מס' ימים עבודה	
							מס' ימים עבודה	מס' ימים עבודה
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

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

1. בחודש \_\_\_\_\_ שולם ש"ח עבור תקופה מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ מהות התשלום \_\_\_\_\_

2. בחודש \_\_\_\_\_ שולם ש"ח עבור תקופה מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ מהות התשלום \_\_\_\_\_

ח. פרטים משלימים

התביעה לא תטופל ללא התייחסות המעביד לחלק זה בטופס

1. מכח איזה הסכם מכוסה תקופת שמירת ההריון:  חוק דמי מחלה  תקש"יר  הסכם קיבוצי או הסדר אחר, פרט \_\_\_\_\_

2. האם שולמו דמי מחלה עבור שמירת הריון  לא  כן עבור התקופה מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

3. מסי ימי מחלה העומדים לזכותה של התובעת ביום הפסקת העבודה \_\_\_\_\_.

ט. הצהרת המעביד

הנני מצהיר שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ואני מאשר זאת בחתימתי.

תאריך \_\_\_\_\_ שם החותם ותפקידו \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת המפעל \_\_\_\_\_

י. אישור מזכירות קיבוץ או מושב שיתופי

1. הנני מאשר שהגברת

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
_____	_____	_____

הינה חברת קיבוץ / מושב שיתופי \_\_\_\_\_ שם הקיבוץ / מושב \_\_\_\_\_

2. הנ"ל מבוטחת החל מ \_\_\_\_\_ בסוג \_\_\_\_\_ 3. אחוזי ביטוח \_\_\_\_\_

4. מסי תיק בביטוח לאומי \_\_\_\_\_

5. תאריך הפסקת העבודה \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם החותם ותפקידו \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת המפעל \_\_\_\_\_

<p><b>המוסד לביטוח לאומי</b></p> <p>לכבוד _____</p> <p>אני _____ הח"מ מספר זהות _____</p> <p>הגר ב- _____</p> <p>מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר להריוני, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי בקשר למצבי הנ"ל וכל מידע שיידרש על - ידם /או כל מסמך רפואי המעיד על מצבי הרפואי.</p> <p>חתימה _____</p>	<p><b>המוסד לביטוח לאומי</b></p> <p>לכבוד _____</p> <p>אני _____ הח"מ מספר זהות _____</p> <p>הגר ב- _____</p> <p>מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר להריוני, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי בקשר למצבי הנ"ל וכל מידע שיידרש על - ידם /או כל מסמך רפואי המעיד על מצבי הרפואי.</p> <p>חתימה _____</p>
--	--

## דברי הסבר

### הזכאות לגימלה לשמירת הריון

1. גימלה לשמירת הריון תשולם למי שנתקיימו בה כל התנאים הבאים:
  - א. תושבת ישראל שהיתה עובדת שכירה או עצמאית שנאלצה להפסיק את עבודתה בשל שמירת הריון.
  - ב. שולמו בעדה דמי ביטוח משכרה כעובדת או שילמה דמי בטוח מהכנסתה כעצמאית לפחות 6 חודשים מתוך 14 שקדמו להפסקת העבודה.
  - ג. נאלצה להיות בשמירת הריון 30 ימים רצופים לפחות. חלה הפסקה בשמירת ההריון לאחר התקופה האמורה, תשולם גימלה בעד כל תקופה נוספת של 14 ימים רצופים לפחות.
2. האישור הרפואי (בל/ 331) ינתן ע"י רופא מומחה למחלות נשים ולידה בלבד.
3. הגימלה לא תשולם בעד תקופה שבה התובעת זכאית לתשלום בעד שמירת הריון על פי כל חיקוק, הסכם או הסדר קיבוצי, תקנון של קופת גמל, חוזה עבודה או תקנון של קרן ביטוח או פנסיה.
4. שיעור הגימלה לחודש - יהיה השכר הממוצע במשק או שכר עבודתה החודשי הממוצע של התובעת, כפי שהיה ברבע השנה שקדם להפסקת העבודה, הנמוך מבין השניים.
5. תביעה לגמלה לשמירת הריון תוגש לאחר שחלפו 30 ימים רצופים של שמירת הריון ולא לפני תום ימי המחלה העומדים לרשותך כאמור בסעיף 3.

### מילוי הטופס

1. התביעה תוגש לא יאוחר משנים עשר חודשים מתום התקופה הראשונה של שמירת ההריון.
2. אישור רפואי על תקופת שמירת הריון נוספת יוגש לא יאוחר משנים עשר חודשים מתום התקופה הרצופה הנוספת של שמירת ההריון.
3. את התביעה יש להגיש בסניף המוסד לביטוח לאומי שבתחום המגורים של התובעת. ניתן לשלוח את טופס התביעה באמצעות הדואר. הגימלה לתקופה שאושרה תשולם לחשבון הבנק שצויין בתביעה.
4. תובעת שעבדה אצל המעביד האחרון פחות מ-10 חודשים, תצרף לתביעתה אישורים על תקופת עבודתה מהמעבידים הקודמים. אם התובעת עבדה אצל המעביד האחרון פחות מ-3 חודשים, יציין המעביד הקודם באישור גם את שכרה.