



תביעה לתשלום מענק לידה ומענק אשפוז (טופס זה מיועד לתביעת מענקים לרגל לידה בבית חולים בחו"ל)

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ לתביעה למענק אשפוז יש לצרף אישור על לידה בבית חולים, חשבונית המפרטת את ההוצאות הקשורות ללידה, וקבלה על תשלום דמי אשפוז או אישור על תשלום פרמיה של היולדת לחברת הביטוח ששילמה את הוצאות הלידה.
- ☞ אם נולד תינוק במשקל עד 1750 גרם ואושפז במחלקה לטיפול בילודים 4 ימים לפחות, יש להמציא על כך אישור בנפרד, וכן חשבונית וקבלה על ההוצאות.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון שמספרו *6050 או 04-8812345.
- ☞ לפרטים נוספים, אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il
- ☞ לפי החוק, יש להגיש את התביעה תוך 18 חודשים מיום הלידה.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתשלום מענק
לידה ומענק אשפוז

עמוד 1 מתוך 2


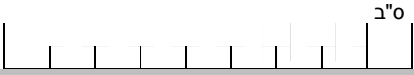



| | | |
|--|----------------------------------|--|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> מס' זהות / דרכון </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> סוג המסמך </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> דפים </div> </div> | <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> | <h2 style="margin: 0;">חותמת קבלה</h2> |
|--|----------------------------------|--|

פרטי התובעת
1

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <p style="text-align: center;">מספר זהות</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; position: relative;"> ס"ב </div> | <p style="text-align: center;">תאריך לידה</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> שנה חודש יום </div> | <p style="text-align: center;">שם פרטי</p> | <p style="text-align: center;">שם משפחה</p> | |
| כתובת (הרשומה במשרד הפנים) | | | | |
| מיקוד | יישוב | דירה | מס' בית | רחוב / תא דואר |
| דואר אלקטרוני | | טלפון נייד | | טלפון קווי |
| | | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; position: relative;"> 0 </div> | | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; position: relative;"> 0 </div> |
| <input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS | | | | |
| מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה) | | | | |
| מיקוד | יישוב | דירה | מס' בית | רחוב / תא דואר |
| <p style="text-align: right;">עיסוק היולדת (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה):</p> <p><input type="checkbox"/> אינה עובדת - עקרת בית _____</p> <p><input type="checkbox"/> עובדת שכירה החל מתאריך: _____ שם המעביד האחרון: _____</p> <p>כתובת: _____ (נא לצרף אישור מהמעביד)</p> <p><input type="checkbox"/> עובדת עצמאית משלח היד: _____ כתובת העסק: _____</p> <p style="text-align: right;">משלמת דמי ביטוח בסניף _____</p> | | | | |

פרטי בן הזוג
2

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p style="text-align: center;">מספר זהות</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; position: relative;"> ס"ב </div> | <p style="text-align: center;">תאריך לידה</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> שנה חודש יום </div> | <p style="text-align: center;">שם פרטי</p> | <p style="text-align: center;">שם משפחה</p> |
| <p style="text-align: right;">עיסוק בן הזוג (נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה):</p> <p><input type="checkbox"/> אינו עובד החל מתאריך: _____ מקורות הקיום: _____</p> <p style="text-align: right;">משלם דמי ביטוח בסניף _____</p> <p><input type="checkbox"/> עובד שכיר החל מתאריך: _____ שם המעביד האחרון: _____</p> <p>כתובת: _____ (נא לצרף אישור מהמעביד)</p> <p><input type="checkbox"/> עובד עצמאי משלח היד: _____ כתובת העסק: _____</p> <p style="text-align: right;">משלם דמי ביטוח בסניף _____</p> | | | |

| פרטי הלידה | | 3 |
|--|------------|--|
| בארץ | בבית חולים | ילדתי ביום  |
| מספר הזהות | | שם הנולד |
|  | | 1 |
|  | | 2 |
|  | | 3 |
|  | | 4 |
| <input type="checkbox"/> רצ"ב אישור על הלידה | | |
| <input type="checkbox"/> רצ"ב קבלה על תשלום דמי האשפוז | | |
| דמי האשפוז לביה"ח שולמו ע"י _____ | | |
| אם נפטר הילד – ציינו את שם הילד ותאריך הפטירה _____ | | |

| פרטי חשבון הבנק של התובעת | | | | 4 |
|--|----------|---------------------|---------|----------|
| סוג חשבון | | שמות השותפים לחשבון | | |
| <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוצי | | | | |
| מספר חשבון | מס' סניף | שם הסניף / כתובתו | שם הבנק | |
| <p>אני מתחייבת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכימה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה. אני מסכימה שהבנק הנ"ל 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 פרטי מושכי התשלומים.</p> | | | | |
| תאריך _____ שם השותף/ים _____ מס' ת.ז. _____ חתימה x _____ | | | | |

| הצהרה | 5 |
|---|----------|
| הנני מצהירה בזה שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו ובצירופותיה הם נכונים ואני תובעת : | |
| <input type="checkbox"/> תשלום מענק אשפוז <input type="checkbox"/> תשלום מענק לידה | |
| ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י 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 על יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום. | |
| תאריך _____ חתימת התובעת x _____ | |