

נוסח מעודכן לתאריך: 11/09/2017

מטרה – מטרת הוראה זו היא לפרט את הכללים הנוגעים להעסקת עובדת המצויה בשמירת היריון.

כללי

1. עובדת רשאית להיעדר מעבודתה בכל חודשי ההיריון, על סמך תעודה רפואית המעידה שמצבה הבריאותי מחייב זאת. דין היעדרות זו כדין היעדרות לרגל מחלה, ויחולו עליה כללים החלים על חופשת מחלה.
2. עובדת אשר נמנע ממנה להגיע לעבודה עקב סיכון רפואי לה ו/או לעובר, תקבל גמלת היריון. גמלת היריון משולמת ע"י המוסד לביטוח הלאומי (להלן: "בטל"א"). גובה הגמלה הינה המשכורת המלאה של העובדת, אך עד לתקרה שנקבעת ע"י בטל"א. להלן התנאים לקבלת הגמלה:
 - א. העובדת הפסיקה את עבודתה לצורך שמירת היריון ושולמו בעדה דמי ביטוח משכרה כעובדת בתקופה של 6 חודשים מתוך 14 החודשים שקדמו ליום הקובע (היום הקובע – היום הראשון לשמירת ההיריון);
 - ב. מספר הימים שעל המבוטחת להיות בשמירת היריון, הוא 30 יום ברציפות לפחות, ובשמירת היריון חוזרת באותו היריון – 14 ימים רצופים לפחות;
 - ג. שמירת ההיריון, כאמור, חייבת להיות בשל מצב רפואי, הנובע מההיריון והמסכן את האישה או את עובריה. רופא מומחה למחלות נשים ולידה חייב לאשר, שהעובדת חייבת בשמירת היריון, על-פי ממצאי בדיקה רפואית עדכנית, על טופס מיוחד שקבע המוסד לבטל"א;
 - ד. העובדת אינה זכאית לתשלום ממקור אחר בעד תקופת שמירת ההיריון, לאחר הכרה ותשלום מטעם ביטוח לאומי;
 - ה. בתקופת קבלת הגמלה לא נשמרות זכויות העובדת במבטחים, בטל"א, קרן השתלמות וקופות גמל למיניהן, ועל כן, על העובדת להסדיר את נושא ההתחייבויות מול מופ"ת;
 - ו. יש לתבוע את הגמלה מהמוסד לבטל"א. על העובדת לפנות למופ"ת עם טופס תביעה לשמירת היריון של בטל"א לצורך חתימת המעסיק על מועד מזכה (ניצול ימי מחלה ע"פ החלטת העובדת).
 - ז. מהתקופה הרשומה באישור הרפואי שתציג העובדת, מנכים ימי המחלה שהיא זכאית להם מכוחו של כל חיקוק, הסכם או הסדר אחר.

3. התביעה תוגש על טופס מיוחד לסניף בטל"א הקרוב למקום מגורי העובדת, ויש לצרף אליה את המסמכים הבאים :

- אישור הרופא המומחה למחלות נשים ולידה על הטופס שקבע המוסד לבטל"א, לרבות מסמכים רפואיים רלבנטיים ;
- אישור מהמעסיק על תקופת ההעסקה ועל השכר ששולם ;
- פירוט תשלומים שהתובעת זכאית להם בתקופת שמירת ההיריון.

יצוין שרופא המוסד לבטל"א רשאי, בכל עת, לדרוש פרטים נוספים.

4. לצורך בחירה בין האפשרויות של קבלת גמלה מהמוסד לבטל"א או קבלת שכר ע"ח ימי מחלה, תפעל העובדת בהתאם לאמור בנוהל שמירת היריון של המוסד לבטל"א. במידה והיא מבקשת לתבוע גמלה מהמוסד לבטל"א עבור תקופת שמירת ההיריון, יהיה עליה לצרף לתביעה את הטופס המצורף **בנספח א'** למסמך זה.

רמ"ד אחראי לעדכונים ושינויים : מפקדת המוקד



נספח א'

היעדרות הורה לצורך מתן סיוע אישי לאדם עם מוגבלות - הצהרה:

1. אני הח"מ _____ (מספר זהות) _____ (שם פרטי ושם משפחה)
מודיעה בזאת כי בכוונתי לתבוע את המוסד לביטוח לקבלת גמלה עבור התקופה בה הייתי בשמירת היריון (או חלק ממנה) מתאריך _____ עד תאריך _____, מצ"ב המלצת/אישור רופא עבור האמור.
2. אני יודעת שלא אוכל לקבל שכר בגין ימי מחלה ע"ח המעסיק, על אותה תקופה שעבורה אני תובעת קבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי.
3. אני מבינה כי תשלומים ששולמו לי מהמעסיק עבור התקופה בה הייתי בשמירת היריון ע"ח ימי מחלה וכעת אני תובעת להכירה כמזכה בגמלה מביטוח לאומי, ייגבו ממני רטרואקטיבית בעת הגשת התביעה לביטוח לאומי.
4. חתימת העובדת: _____ תאריך: _____