



תביעה לקצבת שאירים

כולל תביעה להשלמת הכנסה ולדמי מחייה (או תביעה להענקה מטעמי צדק*)

חובה לצרף לטופס זה

לאלמן בלבד: חובה לצרף אישור הכנסות על כל מקור הכנסה (ראה סעיף 8). אם המנוחה לא קבלה קצבת אזרח ותיק והיא עבדה עד הפטירה, נא לצרף אשור מהמעסיק האחרון על תקופת עבודתה.

לידיעתך

הקצבה תשולם בעד תקופה רטרואקטיבית של עד 12 חודשים מיום הגשת התביעה. 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

- עליך לצרף אישורים נוספים לפי הנדרש בטופס התביעה.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - לשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.

לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

ביטוח במדינות אחרות

אם הנפטר היה מבטוח בביטוח סוציאלי באחת המדינות האלה: אורוגוואי, איטליה, אנגליה, גרמניה, אוסטריה, בולגריה, בלגיה, דנמרק, הולנד, נורבגיה, סלובקיה, פינלנד, צ'כיה, צרפת, רומניה, רוסיה, שווייץ, ושוודיה, באפשרותך לבקש בחינת זכאותך לגמלה על פי אמנות לביטחון סוציאלי, שעליהן חתמה מדינת ישראל.

לשם כך נא לפנות בכתב לאגף קשרי חוץ, המוסד לביטוח לאומי, המשרד הראשי, שדרות ויצמן, ירושלים 91909, בציון המדינה שהיית מבטוח בה.

* אם התביעה תידחה בגלל חוב בדמי ביטוח, השולל תשלום קצבה, ידון המוסד בזכות להענקה מטעמי צדק.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 7

נא למלא מספר תעודת זהות _____



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף קצבאות אזרחים ותיקים
ושאירים

**תביעה לגמלת
שאירים ודמי מחיה
בקשה להענקה מטעמי צדק**

מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	
0	1
דפים	

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

חותמת קבלה

1 פרטי המנוח/ה

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
מין		תאריך לידה		תאריך עלייה	
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		שנה חודש יום		שנה חודש יום	
נא מלא (רווק/ה, נשוי/אה, אלמן/ה, גרושה, פרוד/ה, ידוע/ה בציבור, עגונה), מגיל 18 או מתאריך העלייה					
מצב משפחתי ראשון	מצב משפחתי שני	מתאריך	מצב משפחתי שלישי	מתאריך	מצב משפחתי אחרון
רווק/ה					
כתובת המנוח					
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
					מיקוד

2 פרטי הפטירה

2

תאריך הפטירה _____ נסיבות הפטירה _____

אם המנוח היה חולה או נכה תקופה ממושכת: משך תקופת המחלה/הנכות _____

במקרה של פטירה בשל תאונה:
שים לב: במקרה של פטירה בשל תאונת דרכים, יש להמציא דוח מהמשטרה.

האם הפטירה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים? לא כן – חובה לענות על שאלה זו

האם הפטירה נגרמה כתוצאה מאירוע תאונתי אחר?
(רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, התחשמלות, פגיעה מגורם אחר וכד')

לא כן – חובה לענות על שאלה זו

תאריך האירוע _____ חובה לציין תאריך

פרטים על שהות בחו"ל של המנוח

3

יש לציין רק תקופות העולות על 12 חודשים מיום העלייה או החל מגיל 18

מטרת השהות	מדינה	עד תאריך	מתאריך	
		שנה חודש יום	שנה חודש יום	1.
		שנה חודש יום	שנה חודש יום	2.

תקופות עבודה ועיסוק של המנוחה (רק נשים)

4

אם המנוחה קיבלה קצבת אזרח ותיק, אין צורך למלא סעיף זה.
אם המנוחה לא קיבלה קצבת אזרח ותיק, יש לרשום פרטים על עבודתה בשנתיים האחרונות.

קרבה למעביד (בן/בת הזוג, אחות, בן/בת, הורה)	מקום עבודה (על שכירה לציין את שם המעביד והעסק, על עצמאית לציין רק את שם העסק)	סוג עיסוק (שכירה, עצמאית)	התקופה		
			עד תאריך	מתאריך	
			שנה חודש יום	שנה חודש יום	1.
			שנה חודש יום	שנה חודש יום	2.

שים לב: אם המנוחה היתה שכירה בתכופ לפטירה, נא להמציא אישור מהמעסיק על תקופת העבודה.

פרטים אחרים של המנוח

5

סוג הקצבה או התגמול	סמן X בטור המתאים		
	כן	לא	
			המנוח קיבל תגמולים ממשרד הביטחון
			המנוח היה בעת הפטירה שוטר או סוהר או בשירות צבאי, כולל שירות מילואים.

האם יש לך ילדים עד גיל 24? כן לא

אם כן, עם מי מתגוררים הילדים? איתי ועם בן/בת זוגי

איתי בלבד עם בן/בת זוגי בנפרד / גרושה - בלבד

נא מלא בטבלה הבאה את פרטי הילדים:

הילד גר איתי (כן/לא)	בעבור ילד מעל גיל 18: האם לומד/ בשירות*/ אחר	תאריך לידה	שם הילד		מספר זהות																																						
			שם משפחה	שם פרטי																																							
		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td colspan="6"></td></tr></table>											יום	חודש	שנה									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td colspan="6"></td></tr></table>											יום	חודש	שנה						
יום	חודש	שנה																																									
יום	חודש	שנה																																									
		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td colspan="6"></td></tr></table>											יום	חודש	שנה									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td colspan="6"></td></tr></table>											יום	חודש	שנה						
יום	חודש	שנה																																									
יום	חודש	שנה																																									

פרטים על ילדים נוספים רשום בדף נפרד

* שירות בצה"ל / קד"צ / עתודה / שירות לאומי / שירות בהתנדבות

יש לצרף אישורים רק אם הוא לומד, או בהתנדבות בשירות לאומי, או בעתודה או בקד"צ

ילד עד גיל 20: לומד במסגרת על יסודית (ט'י-ב') - יש להמציא אישור בציון כיתת לימוד.

לומד עד גיל 20 במוסד חינוכי (לא תיכון) - יש להמציא אישור בו יצוין מס' שעות לימוד שבועיות.

אי מילוי סעיף זה ימנע מאיתנו לבחון את זכאותך לתוספת לגמלה בעבור ילדיך

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

יום	חודש	שנה							

מין

זכר נקבה

תאריך לידה

יום	חודש	שנה							

תאריך עלייה

יום	חודש	שנה							

כתובת מגורים של האלמן / אלמנה (הרשומה במשרד הפנים)

שים לב: סניף הביטוח הלאומי שבו תטופל פנייתך, ייקבע על פי הכתובת אשר פרטיה יימסרו בסעיף זה.

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

טלפון נייד

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

דואר אלקטרוני:

_____@_____

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר

שם פרטי איש קשר

מס' זהות איש קשר

יום	חודש	שנה							

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

פרטי הכנסות האלמן/ה

8

שים לב:

1. יש למלא את הפרטים על כל הכנסותיך מהמקורות המפורטים, נכון למועד פטירת המנוח/ה.
2. יש לציין הכנסות שנוצרו עקב פטירת המנוח/ה.

מקור הכנסה	סכום הכנסה חודשי
1. עבודה שכירה	יש, סכום _____ אין <input type="checkbox"/> יש, סכום _____ שה ברטו
2. עבודה עצמאית	יש, סכום _____ אין <input type="checkbox"/> יש, סכום _____ שה ברטו
3. פנסיה מעבודה	יש, סכום _____ אין <input type="checkbox"/> יש, סכום _____ שה ברטו
4. פנסיית שאירים מכוח המנוח/ה, (עבורך ועבור הילדים)	יש, סכום _____ אין <input type="checkbox"/> יש, סכום _____ שה ברטו
5. פנסיה בחו"ל	יש, סכום _____ אין <input type="checkbox"/> יש, סכום _____ שה ברטו
6. רנטה בחו"ל	יש, סכום _____ אין <input type="checkbox"/> יש, סכום _____ שה ברטו
7. תגמולים ממשד הביטחון או האוצר	יש, סכום _____ אין <input type="checkbox"/> יש, סכום _____ שה ברטו
8. דמי שכירות (עבורך ועבור הילדים) מדירה/קרקע/חנות/מבנה	יש, סכום _____ אין <input type="checkbox"/> יש, סכום _____ שה ברטו
9. ריבית מחסכונות או דיווידנד ממניות	יש, סכום _____ אין <input type="checkbox"/> יש, סכום _____ שה ברטו
10. אחר: _____	יש, סכום _____ אין <input type="checkbox"/> יש, סכום _____ שה ברטו

נא לצרף אישורים על כל מקור הכנסה (כגון: תלושי שכר, פנסיה, חוזה שכירות וכד')

פרטים נוספים על האלמן/ה

9

סעיף זה הינו הצהרה הכרחית לטיפול בתביעתך וחובה למלא אותו

1. הייתי בן/בת זוגו של המנוח/ה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	עד תאריך: 	מתאריך: 
2. חייתי בנפרד מן המנוח/ה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	עד תאריך: 	מתאריך: 
3. הגשתי תביעה לקצבה תלויים בנפגעי עבודה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	שולמו לי מזונות	מתאריך: 
		עד תאריך: 	בתאריך: 
4. אני שוהה במוסד	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	שם המוסד: _____	
5. מאז התאלמנתי נישאתי מחדש / ידוע בציבור	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	תאריך הנישואין / ידוע בציבור: 	שם בן/בת הזוג: _____
		שם בן/בת הזוג: _____	ת"ז בן/בת הזוג: 
		יש להמציא אישור ממשד הביטחון על התגמול	
6. הגשתי או יש בכונתי להגיש תביעה לתגמול ממשד הביטחון	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		

10

פרטי החותם על התביעה שאינו האלמן/ה של המנוח/ה

שים לב: יש למלא סעיף זה רק אם החותם על התביעה אינו תובע הגמלה

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
כתובת					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
יחס קרבה _____ סיבת הגשת התביעה על ידו _____					

11

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון		סוג קירבה למנוח	
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: <input type="checkbox"/> לחשבון הקיבוץ / המושב <input type="checkbox"/> לחשבוני הפרטי			

ברשותי חשבונות בנק נוספים לא כן, בנק _____ סניף _____ מס' חשבון _____
 אני מסכים 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 הפרטים של מושכי התשלומים.
 אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /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.


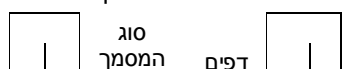


תאריך _____ חתימת מקבל התשלום _____ * _____

12

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים.
 ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הם עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים החשובים לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.
 ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
 אני מתחייב להודיע על כל יציאה לחו"ל לתקופה העולה על שלושה חודשים.
 כמו כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי במצבי המשפחתי – נישואין/ידוע בציבור.
 ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
 במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך _____ חתימת התובע * _____

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון 	סוג המסמך 
דפים 	דפים 


חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה להשלמת הכנסה
(אין חובה למלא נספח זה)

נספח זכאות להשלמת הכנסה

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

אם הכנסותיך נמוכות, ואתה מעוניין שנבחן את זכאותך להשלמת הכנסה כתוספת לגמלת השאירים, נא מלא טופס זה. חובה לצרף לנספח זה דפי חשבון "עובר ושב" בעבור שלושת החודשים האחרונים ואישור על ריכוז תיקי השקעות מכל הבנקים שבהם מנהלים חשבונותיך.

I פרטים על הון של התובעת/או בן/בת הזוג

שים לב:

- יש למלא סכום בש"ח.
- אם לא קיים הון - חובה לסמן X.

מקור	הון בבעלות התובעת	הון בבעלות בן/בת זוג התובעת
פיקדונות ותכניות חסכון		
אגרות חוב וניירות חוב		
גמלה ממשדד הקליטה / הסוכנות		
פנסיה בחו"ל		
רנטה בחו"ל		
תגמולים ממשדד הביטחון / האוצר		

II פרטים על נכסי התובע

שים לב:

- יש לפרט נכסים (רכוש והון) שהיו ברשות המבקש או בן/בת הזוג ב- 5 השנים האחרונות.
- אם לא קיים נכס - חובה לסמן X.

סוג הרכוש או ההון	פרטים על הרכוש	אם נמכר, ציין את מועד המכירה	אם נמסר ללא תמורה ציין את מועד המסירה
1. בתים ודירות (פרט לדירת מגורים ולדירור מוגן)	כתובת: _____ גוש/חלקה: _____ בבעלות: כן / לא שאני משכיר: כן / לא		
2. קרקע עירונית, קרקע חקלאית ומשק חקלאי (משק חי, פרדס, פלחה וכו')	מיקום: _____ גוש/חלקה: _____		
3. עסק ושותפות בעסק (בית חרושת, בית מלאכה, חנות וכו')	יש / אין		
4. רכב	בבעלותי או בשימושי: כן / לא רכב ניידות: כן / לא לצורך טיפול רפואי: כן / לא		

אמצעי קיום

III

אם אין לך הכנסות, ציין את מקורות הקיום שלך:

1.

2.

3.

תאריך _____ שם החותם _____ חתימת התובע ✕ _____

הצהרה

IV

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הם עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים החשובים 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 מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. אני מתחייב להודיע על כל יציאה לחו"ל לתקופה העולה על שלושה חודשים. כמו כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי במצבי המשפחתי – נישואין/ידוע בציבור

תאריך _____ שם החותם _____ חתימת התובע ✕ _____