



תביעה לגמלת שאירים

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

חובה לצרף לטופס זה

↪ **לא למן בלבד:** חובה לצרף אישור הכנסות על כל מקור הכנסה (ראה סעיף 8). אם המנוחה לא קבלה קצבת זקנה, יש לצרף אישורי מעביד או תלושי שכר על תקופת העסקתה.

לידיעתך

- ↪ הגמלה תשולם בעד תקופה רטרואקטיבית של עד 12 חודשים מיום הגשת התביעה.
- ↪ באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ עליך לצרף אישורים נוספים לפי הנדרש בטופס התביעה.
- ↪ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ↪ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

ביטוח במדינות אחרות

↪ אם הנפטר היה מבוטח בביטוח סוציאלי באחת המדינות האלה: אורוגוואי, אנגליה, גרמניה, אוסטריה, בולגריה, בלגיה, דנמרק, הולנד, פינלנד, צ'כיה, צרפת, רומניה, 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 מבוטח 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



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
זקנה ושירים

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

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

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

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך	דפים
0 1	

פרטי המנוח/ה

1

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות
ס"ב

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

מין

תאריך לידה

תאריך עלייה

זכר נקבה

שנה	חודש	יום

שנה	חודש	יום

נא מלא (רווקה, נשוי/אה, אלמן/ה, גרושה, פרודה, ידועה/בציבור, עגונה), **מגיל 18** או מתאריך העלייה

מתאריך

מצב משפחתי
אחרון

מתאריך

מצב משפחתי
שלישי

מתאריך

מצב משפחתי
שני

מצב משפחתי
ראשון

רווקה

כתובת המנוח

רחוב / תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

פרטי הפטירה

2

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

במקרה של פטירה בשל תאונה:

שם לב: במקרה של פטירה בשל תאונה, יש להמציא דוח מהמשטרה.

1. סוג התאונה (תאונת דרכים, פגיעה ע"י אדם אחר וכד')
2. תאריך התאונה _____ 3. מקום התאונה _____
4. נמסרה הודעה למשטרה? לא כן לתחנה ב _____ מס' התיק _____
5. הגשתי או אגיש תביעה לפיצוי נזיקין? לא כן נגד מי _____
- שם עורך הדין המייצג אותי בתביעה _____ כתובתו _____
6. קיבלתי פיצויים בסך _____ ₪ בתאריך _____ מאת _____

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 זקנה, אין צורך למלא סעיף זה.
אם המנוחה לא קיבלה קצבת זקנה, יש לרשום פרטים על עבודתה ועיסוקה מגיל 18 ועד הפטירה.
שים לב: כל תקופת עיסוק עשויה להגדיל את הקצבה.

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.
			שנה חודש יום	שנה חודש יום	3.
			שנה חודש יום	שנה חודש יום	4.
			שנה חודש יום	שנה חודש יום	5.
			שנה חודש יום	שנה חודש יום	6.

שים לב: בעבור שכירה יש לצרף אישורי מעביד או תלושי שכר על כל תקופה שדווחה

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.

פרטי הילדים עד גיל 24

6

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	

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"יב) - 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

פרטי האלמן / אלמנה

7

	שם פרטי	שם משפחה
	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
	תאריך עלייה	

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.

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
	מספר פקס	טלפון נייד	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		

דואר אלקטרוני אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

פרטי הכנסות האלמנה

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	סמן X בטור המתאים		סכום הכנסה חודשי
	יש	אין	
1. עבודה שכירה			
2. עבודה עצמאית			
3. פנסיה מעבודה			
4. פנסיית שאירים מכוח המנוח/ה, עבורך ועבור הילדים			
5. פנסיה בחו"ל			
6. רנטה בחו"ל			
7. תגמולים ממשד הביטחון או האוצר			
8. דמי שכירות מדירה/קרקע/חנות/מבנה			
9. ריבית מחסכונות או דיווידנד ממניות			
10. אחר: _____			

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

פרטים נוספים על האלמן / אלמנה

9

ק	לא	
		1. הייתי בן/בת זוג של המנוח/ה
		2. חייתי בנפרד מן המנוח/ה
		3. הגשתי תביעה לקצבה תלויים בנפגעי עבודה
		4. אני שוהה במוסד
		5. מאז התאלמנתי נישאתי מחדש / ידוע בציבור
		שם המוסד: _____
		שם בן/בת הזוג: _____
		ת"ז. בן/בת הזוג _____

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
_____	_____	_____	_____	_____	_____
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____		_____	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני			
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 <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 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.			
תאריך	חתימת מקבל התשלום		
_____	_____ x		

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

תאריך _____ חתימת התובע _____ x



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה להשלמת הכנסה
(אין חובה למלא נספח זה)

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

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

מס' זהות / דרכון

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

סוג המסמך דפים

נספח זכאות להשלמת הכנסה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס
<p>אם הכנסותיך נמוכות, ואתה מעוניין שנבחן את זכאותך להשלמת הכנסה כתוספת לגמלת השאירים, נא מלא טופס זה.</p> <p>חובה לצרף לנספח זה דפי חשבון "עובר ושב" בעבור שלושת החודשים האחרונים ואישור על ריכוז תיקי השקעות מכל הבנקים שבהם מנהלים חשבונותייך.</p>		

I

פרטים על הון של התובעת/ו או בן/ת הזוג

שים לב:
1. יש למלא סכום בש"ח.
2. אם לא קיים הון - חובה לסמן X.

מקור	הון בבעלות התובעת/ת	הון בבעלות בן/בת זוג התובעת/ת
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:
1. יש לפרט נכסים (רכוש והון) שהיו ברשות המבקש או בן/בת הזוג ב- 5 השנים האחרונות.
2. 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	שנה חודש יום	שנה חודש יום
2. קרקע עירונית, קרקע חקלאית ומשק חקלאי (משק חי, פרדס, פלחה וכו')	מיקום: _____ גוש/חלקה: _____	שנה חודש יום	שנה חודש יום
3. עסק ושותפות בעסק (בית חרושת, בית מלאכה, חנות וכו')	יש / אין	שנה חודש יום	שנה חודש יום
4. רכב	בבעלותי או בשימושי: כן / לא רכב ניידות: כן / לא לצורך טיפול רפואי: כן / לא	שנה חודש יום	שנה חודש יום

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 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 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 ✕ _____