



## תביעה לגמלת שאירים כולל תביעה להשלמת הכנסה 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.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- ↪ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וברורים יש לפנות לטלפון 6050\* או 04-8812345.
- ↪ **לידיעתך - הגמלה תשולם בעד תקופה רטרואקטיבית של עד 12 חודשים מיום הגשת התביעה.**
- ↪ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### ביטוח במדינות אחרות

↪ אם הנפטר היה מבוטח בביטוח סוציאלי באחת המדינות הבאות: גרמניה, אוסטריה, שווייץ, שוודיה, הולנד, דנמרק, צרפת, בלגיה, פינלנד, אנגליה, אורוגוואי וצ'כיה, באפשרותך לבקש בחינת זכאותך לגמלה על פי אמנות לביטחון סוציאלי, עליהן 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 דמי ביטוח, השולל תשלום קצבה, ידון המוסד בזכות להענקה מטעמי צדק.

### חובה לחתום על טופס התביעה



**פרטים על שהות בחו"ל של המנוח**

**3**

יש לציין רק תקופות העולות על תקופה של 12 חודשים החל 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**

במקרה בו המנוחה קיבלה קצבת זקנה, אין צורך למלא סעיף זה.  
 במקרה בו 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		
			מתאריך	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 הבטחון
			המנוח היה בעת הפטירה שוטר או סוהר או בשירות צבאי, כולל שירות מילואים.

**פרטי הילדים עד גיל 24**

**6**

למוסד לביטוח לאומי מידע על ילדיך עד גיל 18 הרשומים במשרד הפנים ולכן איננו מבקשים פרטים עליהם

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 עד גיל 24:

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 לומד, בהתנדבות בשירות לאומי, עתודה או קד"צ

אי מילוי סעיף זה ימנע בחינת זכאותך לתוספת לגמלה בעבור ילדיך

**פרטי האלמן / אלמנה**

**7**

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

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

**כתובת מגורים של האלמן / אלמנה (הרשומה במשרד הפנים)**

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

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

דואר אלקטרוני

**מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

**פרטי הכנסות האלמן**

**8**

שים לב:





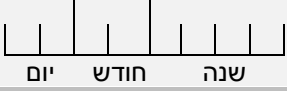



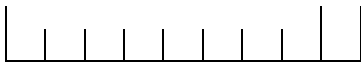
- יש למלא את הפרטים על כל הכנסותיך מהמקורות המפורטים, נכון למועד פטירת המנוח.
- יש לציין הכנסות שנוצרו עקב פטירת המנוח.

מקור הכנסה	סמן X בטור המתאים		סכום הכנסה חודשי
	יש	אין	
1. עבודה (שכר, תגמולים)			
2. פנסיה בישראל			
3. פנסיה בחו"ל			
4. פנסיות שאירים מכח המנוח			
4. רנטה בחו"ל			
5. הכנסה מהשכרת נכס			
6. ריבית מחסכונות או דיווידנד ממניות			

יש לצרף אישורים על כל מקור הכנסה. ↩

**פרטים נוספים על האלמן / אלמנה**




**9**

	סמן X בטור המתאים		
	כן	לא	
1. הייתי בן/בת זוג של המנוח/ה			עד תאריך:  מתאריך:  שנה חודש יום      שנה חודש יום
2. חייתי בנפרד מן המנוח/ה			עד תאריך:  מתאריך:  שנה חודש יום      שנה חודש יום
3. הגשתי תביעה לקצבה תלויים בנפגעי עבודה			שולמו לי מזונות עד תאריך:  מתאריך:  שנה חודש יום      שנה חודש יום
4. משולם/ישולם לי תגמול ממשד הביטחון			בתאריך: 
5. אני שוהה במוסד			נא לצרף אישור שם המוסד: _____
6. מאז התאלמנתי נישאתי מחדש / ידוע בציבור			תאריך הנישואין / ידוע בציבור:  ש ה חודש יום
			שם בן/בת הזוג: _____
			ת.ז. בן/בת הזוג      ס"ב 

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 ב"ס	
					
<b>כתובת</b>					
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
					
		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS			
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:**

סוג קירבה למנוח		שמות בעלי החשבון			
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו		שם הבנק	
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 פרטי מושכי התשלומים.					
_____ x חתימת מקבל התשלום			_____ תאריך		

12

**הצהרה**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות 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.

\_\_\_\_\_ x חתימת התובע \_\_\_\_\_ תאריך



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 והנך מעוניין שנבחן את זכאותך להשלמת הכנסה כתוספת לגמלת השארים, נא מלא טופס זה.</p> <p>חובה לצרף לנספח זה דפי חשבון "עובר ושב" בעבור שלושת החודשים האחרונים ואישור על ריכוז תיק השקעות מכל הבנקים בהם מנוהלים חשבונותיך.</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
פקדונות ותוכניות חסכון		
אגרות חוב וניירת חוב		
גמלה ממשדד הקליטה / הסוכנות		
פנסיה בחו"ל		
רנטה בחו"ל		
תגמולים ממשדד הבטחון / האוצר		

**II**

**פרטים על נכסי התובע**

שים לב:  
1. יש לפרט נכסים (רכוש והון) שהיו ברשות המבקש/ת 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: _____ בבעלותי: כן / לא שאני שוכר: 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 שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי 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 מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע על כל יציאה לחו"ל לתקופה העולה על שלושה חודשים.

תאריך \_\_\_\_\_

שם החותם \_\_\_\_\_

חתימת התובע ✕ \_\_\_\_\_