



תביעה לגמלת שאירים מיוחדת כולל תביעה להשלמת הכנסה

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

↪ ע"פ הסכם, לא תשולם גמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע מיום הגשתה.
↪ **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 בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
↪ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים 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 הבאות: גרמניה, אוסטריה, שוויץ, 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 שם המדינה שהיית מבוטח בה.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
זקנה ושירים

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

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

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך	דפים	
0 1		

תביעה לגמלת שאירים מיוחדת

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 (רווק/ה, נשוי/אה, אלמן/ה, גרושה, פרוד/ה, ידוע/ה בציבור, עגונה), החל מגיל 18 או מתאריך העלייה

מצב משפחתי ראשון	מצב משפחתי שני	מצב משפחתי שלישי	מתאריך	מצב משפחתי אחרון	מתאריך
רווק/ה					

כתובת המנוח

רחוב / תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

ישוב

מיקוד

2 פרטי הפטירה

2

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

במקרה פטירה בשל תאונה:

שם לב: במקרה של פטירה בשל תאונה, יש להמציא דו"ח 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 העו"ד המייצג אותי בתביעה _____ כתובתו _____

6. קבלתי פיצויים בסך _____ ₪ בתאריך _____ מאת _____

פרטים על שהות בחו"ל של המנוח/ה

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, אח/ות, 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

אם אין מספיק מקום, נא לרשום את הפרטים על דף נפרד

פרטים אחרים של המנוח/ה

5

שים לב: חובה למלא את כל חלקי הסעיף

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

6

פרטי הילדים מגיל 18 עד 24

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

נא מלא בטבלה הבאה את פרטי הילדים מגיל 18 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

7

פרטי האלמן / אלמנה

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

כתובת (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	דואר אלקטרוני			
		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני			

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

פרטי הכנסות האלמן / אלמנה

8

שים לב:

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

מקור הכנסה	סמן X בטור המתאים	
	יש	אין
1. עבודה (שכר, תגמולים)		
2. פנסיה בישראל		
3. פנסיה		
4. רנטה מחו"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		
2. הייתי בנפרד מן המנוח/ה		
שולמו לי מזונות		
3. הגשתי תביעה לקצבה תלויים בנפגעי עבודה		
4. משולם/ישולם לי תגמול ממשד הביטחון		
5. אני שוהה במוסד		
6. מאז התאלמנתי נישאתי מחדש / ידוע בציבור		
מתאריך: _____ עד תאריך: _____ שנה חודש יום		
מתאריך: _____ עד תאריך: _____ שנה חודש יום		
מתאריך: _____ עד תאריך: _____ שנה חודש יום		
בתאריך: _____		
נא לצרף אישור		
שם המוסד: _____		
תאריך הנישואין / ידוע בציבור: _____		
שם בן/בת הזוג: _____		
ת.ז. בן/בת הזוג _____		
ש"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 ס"ב	
<p align="center">כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</p>					
רחוב	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			
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 פרטי מושכי התשלומים.			
תאריך	חתימת מקבל התשלום		

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.

תאריך	חתימת התובע
-------	-------------



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
זקנה ושירים

נספח זכאות להשלמת הכנסה (אין חובה למלא נספח זה)

אם הנך מעוניין שנבחן את זכאותך להשלמת הכנסה כתוספת לגמלת השירים, עקב גובה הכנסות נמוך, נא מלא טופס זה.
חובה לצרף לנספח זה דפי חשבון "עובר ושב" בעבור שלושת החודשים האחרונים ואישור על ריכוז תיק השקעות מכל הבנקים בהם מנוהלים חשבונותיך.

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	ס"ב

I פרטים על הון של התובע

שים לב:

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

הון בבעלות התובע	הון בבעלות בן/בת זוג התובע	
		1. פקדונות ותוכניות חסכון
		2. אגרות חוב וניירות חוב
		3. גמלה ממשרד הקליטה / הסוכנות
		4. פנסיה / רנטה מח"ל
		5. תגמולים ממשרד הבטחון / האוצר

II פרטים על נכסי התובע

שים לב:

- יש לפרט נכסים (רכוש והון) שהיו ברשות המבקש ו/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 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 _____

III אמצעי קיום

אם אין לך הכנסות, ציין את מקורות הקיום שלך:

- _____
- _____
- _____

תאריך _____ שם החותם _____ חתימת התובע X _____