



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 אישור 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:
• למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח 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 וברורים 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 מבטח 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 מבטח בה.

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

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנסח 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

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)		מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	
		0 1	

חותמת קבלה

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 למלא (רווק/ה, נשוי/אה, אלמן/ה, גרוש/ה, פרוד/ה, ידוע/ה בציבור, עגונה), מגיל 18 או מתאריך העלייה					
מצב משפחתי ראשון	מצב משפחתי שני	מצב משפחתי שלישי	מצב משפחתי אחרון	מתאריך	מתאריך
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, 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.

שים לב: אם המנוחה היתה שכירה בתכוף 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.

6

פרטי האלמן/ה שם משפחה _____ שם פרטי _____		מספר זהות ס"ב
מין ☐ זכר ☐ נקבה		תאריך לידה
תאריך עלייה 		שנה _____ חודש _____ יום _____

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:

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

פרטי הכנסות האלמן/ה

8

שים לב:

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

מקור הכנסה	סכום הכנסה חודשי
1. עבודה שכירה	☐ אין ☐ יש, סכום _____ ש"ח ברוטו
2. עבודה עצמאית	☐ אין ☐ יש, סכום _____ ש"ח ברוטו
3. פנסיה מעבודה	☐ אין ☐ יש, סכום _____ ש"ח ברוטו
4. פנסיה שאירים מכוח המנוח/ה, (עבורך ועבור הילדים)	☐ אין ☐ יש, סכום _____ ש"ח ברוטו
5. פנסיה בחו"ל	☐ אין ☐ יש, סכום _____ ש"ח ברוטו
6. רנטה בחו"ל	☐ אין ☐ יש, סכום _____ ש"ח ברוטו
7. תגמולים ממשרד הביטחון או האוצר	☐ אין ☐ יש, סכום _____ ש"ח ברוטו
8. דמי שכירות (עבורך ועבור הילדים) מדיירה/קרקע/חנות/מבנה	☐ אין ☐ יש, סכום _____ ש"ח ברוטו
9. ריבית מחסכונות או דיווידנד ממניות	☐ אין ☐ יש, סכום _____ ש"ח ברוטו
10. אחר: _____	☐ אין ☐ יש, סכום _____ ש"ח ברוטו

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	☐ לא ☐ כן	מתאריך: _____ עד תאריך: _____
2. חייתי בנפרד מן המנוח/ה	☐ לא ☐ כן	מתאריך: _____ עד תאריך: _____
3. הגשתי תביעה לקצבה תלויים בנפגעי עבודה	☐ לא ☐ כן	שולמו לי מזונות מתאריך: _____ עד תאריך: _____
4. אני שוהה במוסד	☐ לא ☐ כן	שם המוסד: _____
5. מאז התאלמנתי נישאתי מחדש / ידוע בציבור	☐ לא ☐ כן	תאריך הנישואין / ידוע בציבור: _____ שם בן/בת הזוג: _____ ת"ז בן/בת הזוג: _____
6. הגשתי או יש בכוונתי להגיש תביעה לתגמול ממשרד הביטחון	☐ לא ☐ כן	יש להמציא אישור ממשרד הביטחון על התגמול

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	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:	
				_____ @ _____	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.					
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: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון 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

הרשאה למסירת מידע לצורך קבלת הטבות

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי למסור עליי מידע לצורך קבלת הטבות נלוות למוסדות ולארגונים הבאים - אם אעמוד בתנאי הזכאות להטבה מהם:

חברת החשמל, קופת חולים, חברת בזק, רשות המים-תאגידי מים, עיריות/רשויות מקומיות, משרד הבינוי והשיכון, משרד התחבורה, משרד הקליטה, הרשות לניצולי שואה.

☐ אני מאשר העברת המידע לכל נותני ההטבות

☐ אני מאשר העברת המידע לנותני ההטבות המוזכרים מעלה, למעט: _____ (אנא פרט למי אינך מסכים שנעביר מידע לצורך מתן הטבה)

☐ אני מתנגד להעברת המידע לכל נותני ההטבות

ידוע לי, כי אי הסכמה להעברת מידע לגורם מסוים, עלולה לפגוע באפשרותי לקבל ממנו את ההטבה.

תאריך _____ חתימת התובע * _____ חתימת בן הזוג *

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 ביועין 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 המשפחה – נישואין/ידוע בציבור.

תאריך _____ חתימת התובע * _____ חתימת התובע



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 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/ו או בן/ת הזוג

שים לב:

- יש למלא סכום בש"ח.
- 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 ממשרד הקליטה / הסוכנות		
פנסיה בחו"ל		
רנטה בחו"ל		
תגמולים ממשרד 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 ולדירת 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.

x

חתימת התובע

שם החותם

תאריך

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

x

חתימת התובע

שם החותם

תאריך