



## תביעה לגמלת שאירים כולל תביעה להשלמת הכנסה או תביעה להענקה מטעמי צדק\*

### חובה לצרף לטופס זה

↪ **לאמן 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](http://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 שאירים**  
**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 (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	מתאריך	מצב משפחתי שלישי	מתאריך	מצב משפחתי אחרון	מתאריך
<b>רווק/ה</b>						

**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:**

**שים 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 \_\_\_\_\_ ש 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.

**6 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? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אם כן, עם מי מתגוררים הילדים? <input type="checkbox"/> איתי ועם בן/בת זוגי <input type="checkbox"/> איתי בלבד <input type="checkbox"/> עם בן/בת זוגי בנפרד / גרושה - בלבד
---	--

נא מלא בטבלה הבאה את פרטי הילדים עד גיל 24:

מספר זהות	שם הילד		תאריך לידה	בעבור ילד מעל גיל 18: האם לומד/ בשירות*/ אחר	הילד גר איתי (כן/לא)
	שם פרטי	שם משפחה			
1.					
2.					

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

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

**7 פרטי האלמן / אלמנה**

7

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

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

מספר פקס 	טלפון נייד 	מספר זהות 
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		

<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני	דואר אלקטרוני
--	---------------

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

**8 פרטי הכנסות האלמן/ה**

8

שם לב:

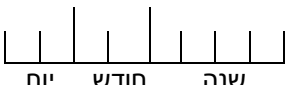







1. יש למלא את הפרטים על כל הכנסותיך מהמקורות המפורטים, נכון למועד פטירת המנוח/ה.
2. יש לציין הכנסות שנוצרו עקב פטירת המנוח/ה.

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

יש לצרף אישורים על כל מקור הכנסה. ↩

**9 פרטים נוספים על האלמן / אלמנה**

9

	סמן X בטור המתאים		
	כן	לא	
1. הייתי בן/בת זוג של המנוח/ה			עד תאריך:  מתאריך: 
2. חייתי בנפרד מן המנוח/ה			עד תאריך:  מתאריך: 
3. הגשתי תביעה לקצבה תלויים בנפגעי עבודה			שולמו לי מזונות מתאריך:  עד תאריך: 
4. משולם/ישולם לי תגמול ממשד הביטחון			נא לצרף אישור
5. אני שוהה במוסד			שם המוסד: _____
6. מאז התאלמנתי נישאתי מחדש / ידוע בציבור			תאריך הנישואין / ידוע בציבור: 
			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 ס"ב																																							
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																																											
<b>כתובת</b>																																											
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה																																							
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני																																							
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																					<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:**

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

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.

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



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

**תביעה להשלמת הכנסה**  
(אין חובה למלא נספח זה)

**נספח זכאות להשלמת הכנסה**

**חותמת קבלה**

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון

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

סוג המסמך      דפים

--	--	--	--

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס

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 מנוהלים חשבונותייך.

**פרטים על הון של התובעת/ו או בן/ת הזוג**

**I**

- 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		

**פרטים על נכסי התובע**

**II**

- 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. <b>בתים ודירות</b> (פרט לדירת מגורים ולדירור מוגן)	כתובת: _____ גוש/חלקה: _____ בבעלותי: כן / לא שאני משכיר: כן / לא	שנה    חודש    יום	שנה    חודש    יום
2. <b>קרקע עירונית, קרקע חקלאית ומשק חקלאי</b> (משק חי, פרדס, פלחה וכו')	מיקום: _____ גוש/חלקה: _____	שנה    חודש    יום	שנה    חודש    יום
3. <b>עסק ושותפות בעסק</b> (בית חרושת, בית מלאכה, חנות וכו')	יש / אין	שנה    חודש    יום	שנה    חודש    יום
4. <b>רכב</b>	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 **x** \_\_\_\_\_

**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. כמו כן אני מתחייב להודיע על כל יציאה לחו"ל לתקופה העולה על שלושה חודשים.

תאריך \_\_\_\_\_ שם החותם \_\_\_\_\_ חתימת התובע **x** \_\_\_\_\_