המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף קצבאות אזרחים ותיקים ושאירים

בל/ 4506

תביעה לגמלת שאירים מיוחדת
כולל תביעה להשלמת הכנסה

חובה לצרף לטופס זה

- **לאלמן בלבד:** חובה לצרף אישור הכנסות על כל מקור הכנסה (ראה סעיף 8) למעט תלושי שכר ופנסיה.

לידיעתך

- ע"פ הסכם, לא תשולם גמלה לתקופה שקדמה לחודש הגשת התביעה.
- על פי החוק, ניתן לבחון תשלום קצבה ותוספת השלמת הכנסה בעד תקופה רטרואקטיבית של 12 חודשים מיום הגשת התביעה.
- באפשרותך להזמין קוד אישי לאתר האינטרנט של המוסד, באמצעותו להיכנס לתיקך האישי באתר "שירות אישי" ולקבל מידע על תביעתך. את הקוד ניתן להזמין באתר הביטוח הלאומי או בסניף הקרוב למקום מגוריך.

כיצד יש להגיש את התביעה

- **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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט.www.btl.gov.il , או להתקשר למרכז התמיכה והמידע הארצי של שירות הייעוץ לאזרח הוותיק ומשפחתו בטלפון 9696* או 6709857 – 02.

<u>חובה לחתום על טופס התביעה</u>

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

נא למלא מספר תעודת זהות _____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף קצבאות אזרחים ותיקים ושאירים

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך **1** **0**

דפים

תביעה לגמלת שאירים מיוחדת

1 פרטי המנוח/ה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

מין	תאריך לידה	תאריך עלייה	ארץ עליה
❑ זכר ❑ נקבה	שנה חודש יום	שנה חודש יום	

נא מלא (רווק/ה, נשוי/אה, ידוע/ה בציבור, גרוש/ה, פרוד/ה, אלמן/ה , עגונה), החל **מגיל 18** או מתאריך העלייה

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

כתובת המנוח

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי הפטירה

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

במקרה פטירה בשל תאונה:

שים 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 _____

3 פרטים על שהות בחו"ל של המנוח/ה

יש לציין רק תקופות העולות על תקופה של 12 חודשים החל מיום העלייה או החל מגיל 18

	מתאריך	עד תאריך	מדינה	מטרת השהות
.1	שנה חודש יום	שנה חודש יום		
.2	שנה חודש יום	שנה חודש יום		

4 תקופות עבודה ועיסוק של המנוחה (רק נשים)

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

	התקופה		**סוג עיסוק** (שכירה, עצמאית)	**מקום עבודה** (על שכירה לציין את שם המעביד והעסק, על עצמאית לציין רק את שם העסק)	**קרבה למעביד** (בן/בת הזוג, אח/ות, בן/בת, הורה)
	מתאריך	עד תאריך			
.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	שנה חודש יום	שנה חודש יום			

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

5 פרטים אחרים של המנוח/ה

שים לב: חובה למלא את כל חלקי הסעיף

	סמן X בטור המתאים		סוג הקצבה או התגמול
	לא	כן	
המנוח קיבל תגמולים ממשרד 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:

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

פרטים על ילדים נוספים רשום בדף נפרד

יש לצרף אישורים רק אם לומד, בהתנדבות בשירות לאומי, עתודה או קד"צ

* שירות בצה"ל / קד"צ / עתודה / שירות לאומי / שירות בהתנדבות

אי מילוי סעיף זה ימנע בחינת זכאותך לתוספת לגמלה בעבור ילדיך

7 פרטי האלמן / אלמנה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
מין ❑ זכר ❑ נקבה	**תאריך לידה** שנה חודש יום	**תאריך עלייה** שנה חודש יום

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:
		_____@_____

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב

❑ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

8 פרטי הכנסות האלמן / אלמנה

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		סכום הכנסה חודשי
		אין	יש	
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 למעט תלושי שכר ופנסיה.

לצורך בדיקת זכאותך לקצבה, ייתכן שנפנה באופן יזום למעסיקיך ולמשלמי הפנסיה שלך, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב) אם אינך מסכים ציין זאת:

❑ אני התובע מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים ולמשלמי הפנסיה שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותיי.

ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח הלאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

9 פרטים נוספים על האלמן / אלמנה

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

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב	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.
לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

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: ❑ לחשבון הקיבוץ / המושב ❑ לחשבוני הפרטי

<u>ברשותי חשבונות בנק נוספים</u> ❑ 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 פרטי מושכי התשלומים.
אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/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.

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.
ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.
ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.
ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת www.btl.gov.il > יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.
אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.
אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך_____ חתימת התובע *_____

נא למלא מספר תעודת זהות _____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף קצבאות אזרחים
ותיקים ושאירים

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

דפים | סוג המסמך

נספח

תביעה לתוספת השלמת הכנסה

אין חובה למלא נספח זה, אלא אם ברצונכם לתבוע תוספת השלמת הכנסה בנוסף לקצבת אזרח ותיק/שאירים.

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

2 שאלון נכסים

הצהרה	תובע	בת זוג
יש לסמן האם בבעלותך אחד מהנכסים הבאים בארץ או בחו"ל	• **ניתן לסמן יותר מנכס אחד .** • **אם ידוע לך מספר גוש וחלקה ציין זאת** • **אם אין בבעלותך חובה לסמן אין בבעלותי** ❑ דירת מגורים בה אני גר ❑ דירה נוספת בכתובת _____ _____ גוש וחלקה_____ ❑ חנות בכתובת _____ גוש וחלקה_____ ❑ מחסן בכתובת _____ גוש וחלקה____|_____ ❑ קרקע ❑אדמות חקלאיות ❑ משק חקלאי ❑ אחר, פרט _____ ❑ אין בבעלותי נכס	• **ניתן לסמן יותר מנכס אחד .** • **אם ידוע לך מספר גוש וחלקה ציין זאת** • **אם אין בבעלותך חובה לסמן אין בבעלותי** ❑ דירת מגורים בה אני גר ❑ דירה נוספת בכתובת _____ _____ גוש וחלקה_____ ❑ חנות בכתובת _____ גוש וחלקה_____ ❑ מחסן בכתובת _____ גוש וחלקה____|_____ ❑ קרקע ❑אדמות חקלאיות ❑ משק חקלאי ❑ אחר, פרט _____ ❑ אין בבעלותי נכס
אני משכיר דירה או אחד מהנכסים שבבעלותי למישהו אחר	❑ לא ❑ כן , **יש לצרף חוזה שכירות**	❑ לא ❑ כן , **יש לצרף חוזה שכירות**
יש יחידות דיור או דירות שנבנו בסמוך, מעל או מתחת	❑ לא ❑ כן , פרט מי מתגורר בה _____	❑ לא ❑ כן , פרט מי מתגורר בה _____

שאלון נכסים - המשך		
קיבלתי דירה או נכס כלשהו בירושה או מתנה	❑ לא ❑ כן , סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ **יש לצרף צו ירושה או צוואה וצו קיום צוואה**	❑ לא ❑ כן , סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ **יש לצרף צו ירושה או צוואה וצו קיום צוואה**
מכרתי או נתתי במתנה דירה או נכס כלשהו, לבן משפחה או אדם אחר בחמש השנים האחרונות	❑ לא ❑ כן , סוג הנכס _____ כתובת הנכס_____ גוש וחלקה _____(אם ידוע לך)	❑ לא ❑ כן , סוג הנכס _____ כתובת הנכס_____ גוש וחלקה _____(אם ידוע לך)

3 פרטים על הרכב

אם יש לך או לבן/בת הזוג או לילד שבהחזקתך רכב או אופנוע בשימוש? ❑ לא ❑ כן

מס' הרכב/אופנוע _____ מס' הרכב/אופנוע _____

האם הרכב הוא רכב ניידות המשמש למוגבל בניידות (בן/בת זוג, ילד, הורה בלבד)? ❑ לא ❑ כן

לשימת לבך, על מנת שהרכב לא יחושב בבדיקת זכאותך לגמלת הבטחת הכנסה, נא לציין:

האם הרכב שבבעלותך או בשימושך נדרש לצרכים רפואיים?

❑ לא ❑ כן, נא לצרף אישור רופא על מצבך הרפואי, מספר טיפולים בחודש ותכנית טיפול מהמוסד המטפל.

4 פרטים אחרים

אני חייב בתשלום דמי מזונות על פי פסק דין ❑ לא ❑ כן סכום חודשי _____ ₪

נפסקו לזכותי דמי מזונות ❑ לא ❑ כן סכום חודשי _____ ₪

אני או בת הזוג לומד או נמצא בהכשרה מקצועית ❑ לא ❑ כן מטעם _____

אמצעי קיום

נא לציין את מקורות הקיום שלך ושל בן/בת הזוג

_____

_____

_____

_____

5 הצהרת חשבונות בנק

האם קיימים על שמך, או על שם בן/בת הזוג, או על שם הילדים שבאחזקתך **חשבונות נוספים**, שלא מופיעים בטבלה לעיל מסוג: עו"ש, פיקדונות שקליים, מט"ח, ניירות ערך, חסכונות, קרן השתלמות או כל השקעה אחרת.

❑ לא, אין חשבונות נוספים

❑ כן, נא פרט בטבלה

שם בעל החשבון	מספר חשבון	בבנק/בית השקעות

נא לצרף להצהרתך אישור או תדפיס ריכוז יתרות ותדפיס עו"ש מהבנק, עבור שלושת החודשים האחרונים מכל החשבונות הפעילים והמוגבלים.

6 הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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 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.

אני/ו מסכים/ים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/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.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת btldpo@nioi.gov.il.
אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

❑ **אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.**

שם התובע _____ חתימה ✘_____