המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף קצבאות אזרחים ותיקים ושאירים

בל/ 484

תביעה לתוספת עבור בן/בת זוג בקצבת אזרח ותיק

חובה לצרף לטופס זה

- במקרה של הפסקה או צמצום בהיקף עבודה - יש לצרף על כך אישור מעביד.
- אישורים על הכנסה מהשכרת נכס (חוזה שכירות) ועל הכנסות מריבית או דיווידנד (אם יש).

לידיעתך

- בן/בת הזוג מקבל הקצבה – אתה רשאי לקבל את תשלום תוספת הקצבה במישרין לחשבונך. אנא מלא סעיף 4 בטופס זה.
- **הגמלה תשולם בעד תקופה רטרואקטיבית של עד 12 חודשים מיום הגשת התביעה**.

כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - 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 .

ביטוח במדינות אחרות

- אם היית מבוטח בביטוח סוציאלי באחת מהמדינות הבאות: אוסטריה, אורוגוואי, אנגליה, בלגיה, גרמניה, דנמרק , הולנד, נורבגיה, פינלנד, צרפת, צ'כיה, רומניה, רוסיה, שוויץ, שוודיה, 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, רח' יפו 217 ירושלים 9199908, בציון שם המדינה בה היית מבוטח.

<u>חובה לחתום על טופס התביעה</u>

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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 לתוספת עבור בן/בת זוג בקצבת אזרח ותיק

1 פרטי התובע - מקבל קצבת אזרח ותיק

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

2 פרטי בן/בת הזוג

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

מצב משפחתי	מין	תאריך לידה
❑ רווק/ה ❑ אלמן/ה ❑ פרוד/ה ❑ נשוי/אה ❑ גרוש/ה ❑ עגונה ❑ ידוע/ה בציבור	❑ זכר ❑ נקבה	שנה חודש יום

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

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

3 הכנסות בן/ת הזוג

יש למלא רק אם בן הזוג צעיר מגיל 70 או בת הזוג צעירה מגיל 67
מתן התוספת מותנה בכך שבן הזוג אינו מקבל קצבה לפי חוק הביטוח הלאומי והכנסותיו אינן עולות על 7,848 ₪ ברוטו (נכון ל- 2026)

מקור הכנסה	נא לסמן ליד כל אחד ממקורות ההכנסה המפורטים " יש" או "אין"
1.עבודה שכירה	❑ אין ❑ יש, סכום: ברוטו
2.עבודה עצמאית	❑ אין ❑ יש, סכום: ברוטו
3.פנסיה בישראל	❑ אין ❑ יש, סכום: ברוטו
4.פנסיה בחו"ל	❑ אין ❑ יש, סכום: ברוטו
5.רנטה בחו"ל	❑ אין ❑ יש, סכום: ברוטו
6.תגמולים ממשרד הביטחון או האוצר	❑ אין ❑ יש, סכום: ברוטו
7.דמי שכירות: מדירה, קרקע, חנות או מבנה	❑ אין ❑ יש, סכום: ברוטו
8.ריבית מחסכונות או דיבידנד ממניות	❑ אין ❑ יש, סכום: ברוטו
9. אחר: _____ (נא לפרט סוג הכנסה וגובהה)	❑ אין ❑ יש, סכום: _____ ברוטו

נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (כגון: חוזה שכירות, אישורים על תגמולים וכד').

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 בן/בת זוג התובע (נשוי/ידוע בציבור), 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

4 פרטי חשבון הבנק של התובע

אני מבקש שהתוספת תשולם לי בחשבון:

שמות בעלי החשבון		סוג קרבה לתובע

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

5 **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 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.**
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

תאריך_____ חתימת התובע ✕_____