



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

**תביעה לתשלום מענק
פטירה ו/או יתרת קצבה**

עמוד 1 מתוך 2

<p>מס' זהות / דרכון</p>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>חותמת קבלה</p>
<p>סוג המסמך דפים</p>		

מספר תיק	סוג מענק/קצבה
----------	---------------

1 פרטי המנוח/ה			
<p>מספר זהות ס"ב</p>	<p>תאריך פטירה</p> <p>שנה חודש יום</p>	שם פרטי	שם משפחה

2 כתובת אחרונה של המנוח/ה					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב

3 פרטי התובע/ת					
<p>מספר זהות ס"ב</p>	יחס קרבה למנוח/ה	שם פרטי	שם משפחה		
כתובת					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב
דואר אלקטרוני		טלפון נייד		טלפון קווי	
<input type="checkbox"/> אני מאשר/ת קבלת הודעות SMS					

4 פרטי הבקשה	
<p>אני החתום/ה מטה מבקש/ת לאשר לי תשלום של (נא לסמן X במשבצת המתאימה):</p> <p><input type="checkbox"/> מענק פטירה וכן יתרת קצבה (אם הקצבה לא נגבתה ע"י המנוח/ה) כיוון שהייתי בן/בת הזוג של המנוח/ה בעת הפטירה.</p> <p><input type="checkbox"/> יתרת קצבה (אם הקצבה לא נגבתה ע"י המנוח/ה) מכיוון ש:</p> <p><input type="checkbox"/> המנוח/ה היה/היתה סמוך על שולחני מתאריך _____ עד _____</p> <p><input type="checkbox"/> סיפקתי למנוח/ה מצרכים ו/או שירותים חיוניים מבלי שקבלתי תמורה בעדם, מתאריך _____ עד _____</p> <p><input type="checkbox"/> גביתי את קצבת המנוח/ה ששולמה בטעות לאחר הפטירה (לא כולל את חודש הפטירה)</p>	

פרטי חשבון הבנק של התובעת/ת

5

שמות השותפים לחשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני/ו מתחייב/ים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני/ו מסכים/ים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה. אני/ו מסכים/ים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך _____ שם השותף/ים _____ מס' ת.ז. _____ חתימה * _____

הצהרה

6

הנני מצהיר/ה כי כל הפרטים שנמסרו בתביעה או בנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר גרם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שיש בהם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.

תאריך _____ חתימת התובעת/ת * _____

לשימוש משרדי

החלטת פקיד התביעות: _____

תאריך _____ שם החותם _____ חתימה * _____