

**תביעה לגמלת שאירים על פי חוק הביטוח הלאומי  
או בקשה להענקה מטעמי צדק על פי סעיף 387 לחוק הביטוח הלאומי  
כולל תביעה להשלמת הכנסה על פי חוק הבטחת הכנסה**

**חובה לצרף לטופס זה**

📎 **לאלמן:**

אישור הכנסות על כל מקור הכנסה (ראה סעיף 11). אם המנוחה לא קבלה קצבת זקנה, יש לצרף אישורי מעביד או תלושי שכר על תקופת העסקתה.

**כיצד יש להגיש את התביעה**

עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.

את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 12226050.

**לידיעתך - על פי חוק, לא תאושר הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (אחורה) מיום הגשתה.**

ניתן להיעזר באתר המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

**ביטוח במדינות אחרות**

אם הנפטרת/היה/תה מבוטח/ת בביטוח סוציאלי באחת המדינות הבאות: גרמניה, אוסטריה, שווייץ, שוודיה, הולנד, דנמרק, צרפת, בלגיה, פינלנד, אנגליה, אורוגוואי וצ'כיה, באפשרותך לבקש בחינת זכותך לגימלה על פי אמנות לביטחון סוציאלי, עליהן חתמה מדינת ישראל. לשם כך נא לפנות בכתב לאגף קשרי חוץ, המוסד לביטוח לאומי, המשרד הראשי, שדרות ויצמן, ירושלים 91909, בציון המדינה בה היית מבוטח/ת.

**חובה לחתום על טופס התביעה**



עמוד 2 מתוך 6

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות	מס' זהות
סוג המסמך	דפים

## תביעה לקצבת שארים בקשה להענקה מטעמי צדק

פרטי המנוח/ה		1
מספר זהות ב"ס	מין	תאריך לידה
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
שם פרטי	שם משפחה	תאריך עלייה
נא מלאו (רווק/ה, נשוי/אה, אלמן/ה, גרושה, פרוד/ה, ידוע/ה בציבור, עגונה), החל מגיל 18 או מתאריך העלייה		
מצב משפחתי ראשון	מצב משפחתי שני	מצב משפחתי שלישי
מצב משפחתי אחרון	מתאריך	מתאריך
רווק/ה		

כתובת מגורים של המנוח/ה						2
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד	

פרטי הפטירה		3
תאריך פטירה _____ נסיבות הפטירה _____		
אם המנוח/ה היה/הייתה חולה או נכה תקופה ממושכת: תקופת המחלה/הנכות _____		
אם הפטירה נגרמה כתוצאה מתאונה נא 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? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן לתחנה ב _____ מס' התיק _____		
5. הגשתי או אגיש תביעה לפיצוי נזיקין? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן נגד מי _____		
שם העו"ד המייצג אותי בתביעה _____ כתובתו _____		
6. קבלתי פיצויים בסך _____ שקל חדש ביום _____ מאת _____		

פרטים על שהות בחול של המנוח/ה			4
יש לציין רק תקופות העולות על 12 חודשים או מיום העלייה או מגיל 18			
מתאריך	עד תאריך	מטרת השהות (יש לציין באיזו מדינה)	
			1.
			2.

**5 תקופות עבודה ועיסוק של המנוחה (רק נשים)**

5

אם המנוחה קיבלה קצבת זקנה, אין צורך למלא.  
אם המנוחה לא קיבלה קצבת זקנה, יש לרשום פרטים על עבודתה ועיסוקה מגיל 18 ועד הפטירה.  
**כל תקופת עיסוק עשוייה להגדיל את הקצבה**

קרבה למעביד (בן/בת הזוג, אח/ות, בן/בת, הורה)	מקום עבודה (על שכיר/ה לציין את שם המעביד/ה והעסק, עצמאית/ת רק את שם העסק)	סוג עיסוק (שכיר/ה, עצמאית/ת)	התקופה	
			עד תאריך	מתאריך
				1.
				2.
				3.
				4.
				5.
				6.

אם אין מספיק מקום, נא לרשום את הפרטים על דף נפרד  
**עבור שכיר/ה יש לצרף אישורי מעביד או תלושי שכר על כל תקופה שדווחה**

**6 פרטים אחרים על המנוחה/ה - חובה למלא את כל חלקי הסעיף**

6

סוג הקצבה או התגמול	סמן X בטור המתאים	
	כן	לא

המנוחה/ה קיבל/ה תגמולים ממשרד הבטחון  
המנוחה/ה היה/תה בעת הפטירה שוטר או סוהר או בשירות צבאי, כולל שירות מילואים.

**7 פרטי ילדים עד גיל 22**

7

הילד גר איתי	ילד/ה מעל גיל 18 לומד/ת בשירות* / אחר	שם האב	תאריך לידה	שם הילד/ה		מספר זהות
				שם פרטי	שם משפחה	
כן						
לא						

פרטים על ילדים נוספים רשום/י בדף נפרד  
**יש לצרף אישורים רק אם לומד/ת או בהתנדבות בשירות לאומי או עתודה או קד"צ**  
\* שירות בצה"ל / קד"צ / עתודה  
שירות לאומי / שירות בהתנדבות

**אי מילוי סעיף זה ימנע בחינת זכאותך לתוספת לקצבה עבור ילדיך**

**8 פרטי האלמנה/ה**

8

שם האב	תאריך לידה	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מספר זהות ס"ב
	שנה חודש יום		
תאריך עלייה	שם משפחה		שם פרטי
שנה חודש			

עמוד 4 מתוך 6

סניף הביטוח הלאומי בו תטופל פנייתך, ייקבע על פי הכתובת אשר פרטיה ימסרו בסעיף זה.

9 כתובת מגורים האלמן/ה

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון סלולרי	דואר אלקטרוני			
0	0	0			

10 מען למכתבים (אם שונה מכתובת מגוריך)

רחוב / ת.ד.	מספר בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

11 פרטי הכנסות האלמן/אלמנה

יש למלא את הפרטים על כל הכנסותיך מהמקורות המפורטים, נכון למועד הפטירה

מקור הכנסה	אין	יש	סכום הכנסה חודשי
עבודה (שכר, תגמולים)			
פנסיה בישראל			
פנסיה ו/או רנטה מחו"ל			
הכנסה מהשכרת נכס			
ריבית מחסכונות או דיווידנד ממניות			

יש לצרף אישורים על כל מקור הכנסה.

יש לציין הכנסות שנוצרו עקב פטירת המנוח/ה.

12 פרטים נוספים על האלמן/האלמנה - חובה למלא את כל חלקי הסעיף

	סמן X	
	כן	לא
הייתי בן/בת זוג של המנוח/ה		
חייתי בנפרד מן המנוח/ה		
הגשתי תביעה לקצבה תלויים בנפגעי עבודה		
משתלם/ישתלם לי תגמול ממשד הביטחון		
אני שוהה במוסד		
מאז התאלמנתי נישאתי מחדש / ידוע בציבור		
שם המוסד:		
מ-תאריך: _____ עד _____		
מ-תאריך: _____ עד _____		
שם בן/בת הזוג _____ ת.ז. _____		
תאריך הנישואין / ידוע בציבור _____ תאריך _____		

**13 פרטי החותם על התביעה שאינו האלמן או האלמנה של המנוח/ה**

13

שם פרטי		שם משפחה		מספר זהות ס"ב	
רחוב		מספר בית	כניסה	דירה	ישוב
מיקוד					
טלפון קווי		טלפון סלולרי		דואר אלקטרוני	
0		0			
יחס קרבה _____ סיבת הגשת התביעה על ידו/ה _____					

**14 מקום תשלום**

14

**אני מבקש/ת שהקצבה תשולם לי בחשבון:**

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מספר הסניף	מספר החשבון

- החשבון מתנהל על שמי ועל שם \_\_\_\_\_ סוג הקרבה \_\_\_\_\_  
 בן/בת הזוג, הורה, בן/בת, אח/אחות
- החשבון מתנהל על שם הקיבוץ / המושב השיתופי

**הצהרת מקבל/ת הקיצבה והשותפים לחשבון:**

אנו מסכימים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך החשבון, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום כלשהו בטעות, או שלא כדין, וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור.

**הצהרת מגיש התביעה:**

אני מצהיר/ה כי כל הפרטים בתביעה הם נכונים ומלאים. ידוע לי כי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת פרטים, מהווה עבירה על החוק. המוסד לביטוח לאומי רשאי לתבוע כל סכום ששולם שלא כדין, בצירוף תוספת לפי שיעור עליית המדד. אם יחול שינוי בפרטים שמסרתי, כגון: במצב משפחתי, בהכנסה, בכתובתי, אודיע מיד למוסד לביטוח לאומי. כמו כן אני מתחייבת/ת להודיע על כל יציאה לחו"ל לתקופה העולה על שישה חודשים.

**היעדר חתימות על גבי הטופס יגרום להחזר התביעה לתובע**

תאריך \_\_\_\_\_ שם החותם \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

## נספח לבחינת זכאותך להשלמת הכנסה - ( אין חובה למלא דף זה )

תובעת קצבת שארים שהכנסותיך נמוכות והנך מעוניין/ת שנבחן את זכאותך להשלמת הכנסה כתוספת לקצבת השארים, נא מלא/י טופס זה.

חובה לצרף לנספח זה דפי חשבון עובר ושב עבור שלושת החודשים האחרונים ואישור על ריכוז תיק השקעות מכל הבנקים בהם מנוהלים חשבונותיך.

### I פרטים על הון של התובעת/ת

אם יש - נא למלא סכום בשקלים. אם אין - נא לסמן X

התובעת/ת	בן/בת הזוג
פקדונות ותוכניות חסכון	
אגרות חוב וניירות חוב	
גמלה ממשרד הקליטה / הסוכנות	
פנסיה / רנטה מחו"ל	
תגמולים ממשרד הבטחון / האוצר	

### II פרטים על נכסי התובעת/ת

יש לפרט רכוש והון שהיו ברשות המבקש/ת ו/או בן/בת הזוג ב- 5 השנים האחרונות.  
אם אין רכוש או הון נא לסמן X

סוג הרכוש או ההון	פרטים על הרכוש	אם נמסר ללא תמורה ציין מועד המסירה	אם נמכר, ציין מועד המכירה
בתים ודירות (פרט לדירת מגורים ולדירור מוגן)	כתובת: גוש/חלקה: בבעלותי: כן / לא שאני שוכר/ת: כן / לא		
קרקע עירונית, קרקע חקלאית ומשק חקלאי (משק חי, פרדס, פלחה וכו')	מקום: גוש/חלקה:		
עסק ושותפות בעסק (בית חרושת, בית מלאכה, חנות וכו')	יש / אין		
רכב	בבעלותי או בשימושי: כן / לא רכב ניידות: כן / לא לצורך טיפול רפואי: כן / לא		

### III אמצעי קיום

אם אין לך הכנסות, ציין את מקורות הקיום שלך:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

חתימה X

שם החותם

תאריך