

תביעה לקצבת שאירים כולל תביעה להשלמת הכנסה ולדמי מחיה (או תביעה להענקה מטעמי צדק), בל/410

חובה לצרף לטופס זה

- לאלמן בלבד: חובה לצרף אישור הכנסות על כל מקור הכנסה (ראה סעיף 8). אם המנוחה לא קבלה קצבת אזרח ותיק והיא עבדה עד הפטירה, נא לצרף אישור מהמעסיק האחרון על תקופת עבודתה.

לידיעתך

- ניתן לבחון תשלום קצבה בעד תקופה רטרואקטיבית של עד 12 חודשים מיום הגשת התביעה.
- ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, ישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים נוספים לפי הנדרש 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 הביטוח הלאומי באינטרנט/ יצירת קשר.
- לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

ביטוח במדינות אחרות

- אם הנפטר היה מבוטח בביטוח סוציאלי באחת המדינות האלה: אורוגוואי, איטליה, אנגליה, גרמניה, אוסטריה, בולגריה, בלגיה, דנמרק, הולנד, נורבגיה, סלובקיה, פינלנד, צ'כיה, צרפת, רומניה, רוסיה, 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 13, ירושלים 9109001, 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

תביעה לגמלת שאירים ורמי מחיה בקשה להעניקה מטעמי צדק

1. פרטי המנוח/ה

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות
- מין
 - זכר
 - נקבה
- תאריך לידה
- תאריך עלייה

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

- מצב משפחתי ראשון - רווק/ה
- מצב משפחתי שני –
 - מתאריך
- מצב משפחתי שלישי –
 - מתאריך
- מצב משפחתי אחרון –
 - מתאריך

כתובת המנוח

- רחוב / תא דואר
- מספר בית
- כניסה
- דירה
- יישוב
- מיקוד

2. פרטי הפטירה

תאריך הפטירה _____ נסיבות הפטירה _____

אם המנוח היה חולה או נכה תקופה ממושכת: משך תקופת מחלה/ הנכות _____ במקרה של פטירה בשל תאונה:

- שים לב: במקרה של פטירה בשל תאונת דרכים, יש להמציא דוח מהמשטרה.

האם הפטירה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים?

- לא
- כן – חובה לענות על שאלה זו
- האם הפטירה נגרמה כתוצאה מאירוע תאונתי אחר?

(רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, התחשמלות, פגיעה מגורם אחר וכד')

- לא
- כן – חובה לענות על שאלה זו
- תאריך האירוע _____ חובה לציין תאריך.

3. פרטים על שהות בחו"ל של המנוח

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

- מתאריך _____ עד תאריך _____
- מדינה
- מטרת השהות

4. תקופות עבודה ועסוק של המנוחה (רק נשים)

אם המנוחה קיבלה קצבת אזרח ותיק, אין צורך למלא סעיף זה.

אם המנוחה לא קיבלה קצבת אזרח ותיק, יש לרשום פרטים על עבודתה בשנתיים האחרונות.

התקופה

- מתאריך עד תאריך

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)

שים לב: אם המנוחה היתה שכירה בתקופת לפטירה, נא להמציא אישור מהמעסיק על תקופת העבודה.

5. פרטים אחרים של המנוח

- המנוח קיבל תגמולים ממשרד הביטחון
 - לא
 - כן
 - סוג הקצבה או התגמול
- המנוח היה בעת הפטירה שוטר או סוהר או בשירות צבאי, כולל שירות מילואים.
 - לא
 - כן
 - סוג הקצבה או התגמול

6. פרטי הילדים עד גיל 24

האם יש לך ילדים עד גיל 24?

- כן
- לא

אם כן, עם מי מתגוררים הילדים?

- איתי ועם בן/בת זוגי
- איתי בלבד
- עם בן/בת זוגי בנפרד /גרושה/ - בלבד

נא מלא בטבלה הבאה את פרטי הילדים:

- מספר זהות
- שם הילד – שם פרטי, שם משפחה
- תאריך לידה
- בעבור ילד מעל גיל 18: האם לומד/ בשירות- שירות בצה"ל, קדם צבאי, עתודה, שירות לאומי, שירות בהתנדבות/ אחר

- הילד גר איתי (כן/לא)

פרטים על ילדים נוספים רשום בדף נפרד

יש לצרף אישורים רק אם הוא לומד, או בהתנדבות בשירות לאומי, או בעתודה או בקדם צבאי

ילד עד גיל 20:

- לומד במסגרת על יסודית(ט'-יב') - יש להמציא אישור בציון כיתת לימוד.
- לומד עד גיל 20 במוסד חינוכי (לא תיכון) - יש להמציא אישור בו יצוין מס' שעות לימוד שבועיות.

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

7. פרטי האלמן/ה

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות
- מין
 - זכר
 - נקבה
- תאריך לידה
- תאריך עלייה

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
- מספר 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
- מספר זהות איש קשר

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 הרשומה למעלה)

- רחוב / תא דואר
- מספר בית

- כניסה
- דירה
- יישוב
- מיקוד

8. פרטי הכנסות האלמן/ה

שים 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

1. עבודה שכירה

סכום הכנסה חודשי

- אין
- יש, סכום _____ ₪ ברוטו

2. עבודה עצמאית

סכום הכנסה חודשי

- אין
- יש, סכום _____ ₪ ברוטו

3. פנסיה מעבודה

סכום הכנסה חודשי

- אין
- יש, סכום _____ ₪ ברוטו

4. פנסיות שאירים מכוח המנוח/ה, (עבורך ועבור הילדים)

סכום הכנסה חודשי

- אין
- יש, סכום _____ ₪ ברוטו

5. פנסיה בחו"ל

סכום הכנסה חודשי

- אין
- יש, סכום _____ ₪ ברוטו

6. רנטה בחו"ל

סכום הכנסה חודשי

- אין
- יש, סכום _____ ₪ ברוטו

7. תגמולים ממשרד הביטחון או האוצר

סכום הכנסה חודשי

- אין
- יש, סכום _____ ₪ ברוטו

8. דמי שכירות (עבורך ועבור הילדים) מדירה/קרקע/חנות/מבנה

סכום הכנסה חודשי

- אין
- יש, סכום _____ ₪ ברוטו

9. ריבית מחסכונות או דיווידנד ממניות

סכום הכנסה חודשי

- אין
- יש, סכום _____ ₪ ברוטו

10. אחר

סכום הכנסה חודשי

- אין
- יש, סכום _____ ₪ ברוטו

נא לצרף אישורים על כל מקור הכנסה (כגון: תלושי שכר, פנסיה, חוזה שכירות וכד')

9. פרטים נוספים על האלמן

סעיף זה הינו הצהרה הכרחית לטיפול בתביעתך וחובה למלא אותו

- הייתי בן/בת זוג של המנוח/ה

לא
כן

מתאריך: _____ עד תאריך: _____

- חייתי בנפרד מן המנוח/ה

לא
כן

מתאריך: _____ עד תאריך _____

- הגשתי תביעה לקצבה תלויים בנפגעי עבודה

לא
כן

בתאריך: _____

- אני שוהה במוסד

לא
כן

שם המוסד: _____

- מאז התאלמנתי נישאתי מחדש / ידוע בציבור

לא
כן -

1. תאריך הנישואין / ידוע בציבור: _____

2. שם בן/בת הזוג: _____

- ת"ז בן/בת הזוג _____ הגשתי או יש בכוונתי להגיש תביעה לתגמול ממשרד הביטחון

לא

כן - יש להמציא אישור ממשרד הביטחון על התגמול

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

כתובת

- רחוב / תא דואר
- מספר בית
- כניסה
- דירה
- יישוב
- מיקוד

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
- סוג קירבה למנוח
- מס' סניף
- מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום:

- לחשבון הקיבוץ / המושב
- לחשבוני הפרטי

ברשותי חשבונות בנק נוספים

- לא
- כן, בנק _____ סניף _____ מספר 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.

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 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.

כמו כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי במצבי המשפחתי – נישואין/ידוע בציבור.

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.

תאריך _____ חתימת התובע _____