



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 וברורים 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.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף קצבאות אזרחים ותיקים
ושאירים

תביעה לגמלת שאירים מיוחדת

פרטי המנוח/ה						
שם פרטי		שם משפחה		1		
מספר זהות ס"ב						
ארץ עליה	תאריך עלייה	תאריך לידה	מין	זכר ☐	נקבה ☐	
נא מלא (רווק/ה, נשוי/אה, ידוע/ה בציבור, גרוש/ה, פרוד/ה, אלמן/ה, עגונה), החל מגיל 18 או מתאריך העלייה						
מתאריך	מצב משפחתי אחרון	מתאריך	מצב משפחתי שלישי	מתאריך	מצב משפחתי שני	מצב משפחתי ראשון
						רווק/ה
כתובת המנוח						
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	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:

שם 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 _____ כתובת _____

6. קבלתי פיצויים בסך _____ שם בתאריך _____ מאת _____

פרטים על שהות בחו"ל של המנוח/ה

3

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

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

תקופות עבודה ועיסוק של המנוחה (רק נשים)

4

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.

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

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

פרטים אחרים של המנוח/ה

5

שים לב: חובה למלא את כל חלקי הסעיף

סוג הקצבה או התגמול	סמן X בטור המתאים		
	כן	לא	
			המנוח קיבל תגמולים ממשרד הבטחון
			המנוח היה בעת הפטירה שוטר או סוהר או בשירות צבאי, כולל שירות מילואים.

למוסד לביטוח לאומי מידע על ילדיך עד גיל 18 הרשומים במשרד הפנים ולכן איננו מבקשים פרטים עליהם

נא מלא בטבלה הבאה את פרטי הילדים מגיל 18 עד גיל 24:

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

פרטים על ילדים נוספים רשום בדף נפרד

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

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

אי מילוי סעיף זה ימנע בחינת זכאותך לתוספת לגמלה בעבור ילדיך

שם משפחה

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

שים לב: סניף הביטוח הלאומי בו תטופל פנייתך, ייקבע על פי הכתובת אשר פרטתה במסמך 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. לידעתך, 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

שיים לב:

- | 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 דייווידנד ממניות | | | |

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

9

בל/ 4506 (10.2025)

10

פרטי החותם על התביעה שאינו האלמן/ה של המנוח/ה

שים לב: יש למלא סעיף זה רק אם החותם על התביעה אינו 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. לידעתי, 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 ☐ לחשבון 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 /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 ביוזעין 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 בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי 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 אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

חתימת התובע ✕

תאריך _____

מס' זהות / דרכון									
		סוג							
		המסמך		דפים					

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף קצבאות אזרחים
ותיקים ושאימים



נספח

תביעה לתוספת השלמת הכנסה

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

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	- 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	☐ 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 - המשר

☐ 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	קיבלתי דירה או נכס כלשהו בירושה או מתנה
☐ לא ☐ כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ גוש וחלקה _____ (אם ידוע לך)	☐ לא ☐ כן, סוג הנכס _____ כתובת הנכס _____ גוש וחלקה _____ (אם ידוע לך)	מכרתי או נתתי במתנה דירה או נכס כלשהו, לבן משפחה או אדם אחר בחמש השנים האחרונות

3

פרטים על הרכב

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

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

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

לשימת לב, 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 ביועין 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 אודותי 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 אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.

☐ **אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.**

שם התובע _____ חתימה ✕ _____