



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

עמוד 1 מתוך 2

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

תביעה לתשלום מענק פטירה ו/או יתרת קצבה

יש לסמן את הגמלה שהמנוח קיבל טרם פטירתו

☐ הבטחת הכנסה ☐ נכות/ עידוד ☐ שרותים מיוחדים ☐ ילד נכה ☐ נכות מעבודה / תלויים
☐ אזרח ותיק/שארים/ גמלת אזרח ותיק מיוחדת ☐ אחר _____

1 פרטי המנוח

1

שם משפחה

שם פרטי

תאריך פטירה

מספר זהות
ס"ב

שנה	חודש	יום

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 כתובת אחרונה של המנוח

2

רחוב

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

--	--	--	--	--	--

3 פרטי התובע

3

שם משפחה

שם פרטי

יחס קרבה למנוח

מספר זהות
ס"ב

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשורת

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

--	--	--	--	--	--

פרטי הבקשה

4

אני החתום מטה מבקש לאשר לי תשלום של (נא לסמן X במשבצת המתאימה):

☐ מענק פטירה וכן יתרת קצבה (אם הקצבה לא נגבתה ע"י המנוח/ה) כיוון שהייתי בן/בת הזוג של המנוח/ה בעת הפטירה.

☐ יתרת קצבה (אם הקצבה לא נגבתה ע"י המנוח) מכיוון ש:

☐ המנוח היה סמוך על שולחני מתאריך _____ עד _____

☐ סיפקתי למנוח מצרכים ו/או שירותים חיוניים מבלי שקבלתי תמורה בעדם, מתאריך _____ עד _____

☐ גביתי את קצבת המנוח ששולמה בטעות לאחר הפטירה (לא כולל את חודש הפטירה)

פרטי חשבון הבנק של התובע

5

שמות השותפים לחשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה. 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 שהצהרתי 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.

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

הצהרה

6

אני מצהיר 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 ביודעין 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 זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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.

תאריך _____ חתימת התובע X _____