



סניף _____
فرع

תביעה אישית לדמי קבורה
طلب شخصي لتلقي رسوم الدفن

לשימוש משרדי:
للاستخدام المكتبي:

תאריך הגשה
تاريخ تقديم الطلب

מס' טופס
رقم النموذج

סניף
فرع

זיהוי נפטר ללא מספר זהות
تتخيص المتوفى

א. זיהוי נפטר בעל מספר זהות
أ. رقم هوية المتوفى

מס' רשיון קבורה
رقم تصريح الدفن

ב מספר זהות
ب رقم الهوية

הערה: אם הנפטר הוא תינוק או בעל דרכון יש למלא גם את סעיף ח' להלן
ملاحظة: ان كان المتوفى طفلاً او كان يحمل جواز سفر يجب تعبئة البند ح . فيما يلي

ב. פרטי הנפטר/ת
ب. تفاصيل المتوفى

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	תאריך לידה تاريخ الولادة	ישוב מגורי הנפטר مكان سكن المتوفى
_____	_____	_____	_____

ג. פרטי הקבורה
ج. تفاصيل الدفن

תאריך הקבורה
تاريخ الدفن

שם ישוב הקבורה
اسم مكان الدفن

ד. זיהוי התובע/ת
د. هوية مقدم الطلب

מספר דרכון
رقم جواز السفر

אם אין
תעודת זהות
ان لم يكن
رقم هوية

ב מספר זהות
ب رقم الهوية

עמוד 2 מתוך 3
صفحة 2 من 3

ה. פרטי התובעת/ת
ה. تفاصيل مقدم/ة الطلب

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	תאריך לידה تاريخ الولادة	יחס קרבה לנפטר (בן זוג, הורה, ילד, אחר) القربى للمتوفي (زوج/ة, والد/ة, ابن, آخر)

ו. כתובת התובעת/ת
و. عنوان مقدم/ة الطلب

רחוב شارع	מס' בית رقم البيت	כניסה مدخل	דירה شقة	יישוב البلدة	מיקוד الرمز البريدي

ז. חשבון בנק של התובעת/ת
ز. حساب بنك مقدم/ة الطلب

שמות בעלי החשבון اسماء أصحاب الحساب	שם הבנק اسم البنك	סניף הבנק فرع البنك	מס' החשבון رقم الحساب

ח. עבור נפטר ללא מספר זהות
ح. متوفي لم يحمل \ لم تكن لديه هوية

עבור נפטר תינוק: عن متوفي طفل	ז ب	מספר זהות הורה رقم هوية الوالد	א او :	ד د	מספר דרכון הורה رقم جواز سفر الوالد

שם פרטי
الاسم الشخصي

שם משפחה
اسم العائلة

עבור נפטר בעל דרכון: عن متوفي صاحب جواز سفر	ד د	מספר דרכון נפטר رقم جواز سفر المتوفي

ט. פטירה או קבורה בחו"ל
ط. وفاة او دفن خارج البلاد

פטירה בחו"ל وفاة خارج البلاد	קבורה בחו"ל دفن خارج البلاد	סכום ששולם עבור הקבורה בחו"ל المبلغ الذي دفع عن الدفن خارج البلاد	סוג מטבע نوع العملة
כן / לא نعم / لا	כן / לא نعم / لا		
(מחק המיותר) (احذف الزائد)	(מחק המיותר) (احذف الزائد)		

הערה: אם הנפטר נקבר בחו"ל, יש לצרף קבלה על התשלום.
ملاحظة: إذا كان المتوفي قد دفن خارج البلاد, يجب ارفاق وصل عن الدفع

י. הצהרה
י. تصريح

אני הח"מ מצהיר בזאת כי אני ובני משפחתי עסקנו בקבורתו של המנוח הנ"ל.
לא תבענו ולא קבלנו כל תשלום מאדם או מגוף אחר בעד הקבורה ובעד השירותים המקובלים בקשר
לקבורה.

אני מתחייב להחזיר את תשלום דמי הקבורה למוסד לביטוח לאומי בצרוף ההצמדה אשר נקבע בחוק, אם
בעתיד יתברר כי אינני זכאי לכך.

שם ומשפחה اسم العائلة	חתימה توقيع	תאריך تاريخ
--------------------------	----------------	----------------

לשימוש משרדי: המנוח היה/היתה תושב/ת ישראל:
للاستخدام المكتبي: المرحوم/ة كان/كانت مقيمة في اسرائيل:

תאריך הזנה تاريخ	המזין مدخل الطلب	חתימה ראשונה توقيع اول	חתימה שנייה توقيع ثاني
(1)	(2)		