



תביעה לקצבה מיוחדת ותגמול מיוחד בגין יולדת שנפטרה *

חובה לצרף לטופס זה

אם מגיש התביעה הינו אפוטרופוס על הקטין – יש לצרף אישור של בית הדין לעבודה.

לידיעתך

יתכן וקיימת זכאות לקצבת שאירים ואז מומלץ למלא טופס בל 410 (תביעה לקצבת שאירים).

לפי החוק, יש להגיש את התביעה תוך שנה מיום הפטירה.

כיצד יש להגיש את 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 וביירוטים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

* קצבה מיוחדת - תשלום קצבה חודשית בשיעור של 30% מהשכר הממוצע במשק.
תגמול מיוחד - תשלום בעבור תקופה בה מפסיק בן הזוג של הנפטרת לעבוד. התגמול משולם ע"פ הכנסותיו.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לקצבה מיוחדת ותגמול
מיוחד בגין יולדת שנפטרה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

עמוד 1 מתוך 3

מס' זהות / דרכון _____	
סוג המסמך 0 1	דפים _____

1

פרטי התובע

שם משפחה _____		שם פרטי _____		מספר זהות ס"ב _____	
תאריך לידה שנה _____ חודש _____ יום _____		התובע הוא: <input type="checkbox"/> אבי הילדים <input type="checkbox"/> אפוטרופוס <input type="checkbox"/> ממונה ע"י ביה"ד לעבודה / סעיף 136 לחוק			
לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה או נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה: <input type="checkbox"/> אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות					
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 _____	
<input type="checkbox"/> 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.					
שם הנמען (אם אינו הרשום מעלה): _____		עיסוק התובע <input type="checkbox"/> עובד שכיר <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ / מושב שיתופי <input type="checkbox"/> עובד עצמאי. משלם דמי ביטוח בסניף: _____ <input type="checkbox"/> אחר (פרט): _____			
הכתובת למכתבים					
שם משפחה _____		שם פרטי _____		<input type="checkbox"/> מייצג (עו"ד, אפוטרופוס וכו') <input type="checkbox"/> מייצג אחר _____	
רחוב / תא דואר _____		מס' בית _____		כניסה _____	
דירה _____		יישוב _____		מיקוד _____	

2

פרטי הנפטרת

שם משפחה _____		שם פרטי _____		תאריך הפטירה שנה _____ חודש _____ יום _____	
מספר זהות ס"ב _____		_____			

פרטי הילדים שנולדו בלידה האחרונה									
שם ביה"ח	תאריך הלידה								
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">יום</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td></td> </tr> </table>					יום	חודש	שנה	
יום	חודש	שנה							
פרטי הילדים:									
שם הילד	ס"ב מספר הזהות								
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>								
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>								

4 תביעה לקצבה מיוחדת	
גא לסמן ✓ במשבצת המתאימה	
<input type="checkbox"/> בגין הילדים הוגשה תביעה לקצבת שאירים	
<input type="checkbox"/> בגין הילדים הוגשה תביעה לקצבת תלויים	

5 תביעה לתגמול מיוחד																										
עקב פטירת אשתי הפסקתי את עבודתי כדי לטפל בילדי בתקופה:																										
מתאריך	עד תאריך	חזרתי לעבודה ביום																								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">יום</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td></td> </tr> </table>					יום	חודש	שנה		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">יום</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td></td> </tr> </table>					יום	חודש	שנה		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">יום</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td></td> </tr> </table>					יום	חודש	שנה	
יום	חודש	שנה																								
יום	חודש	שנה																								
יום	חודש	שנה																								

6 פרטי חשבון הבנק של התובע			
סוג החשבון: <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ	שמות בעלי החשבון		
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק
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 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.			
תאריך _____ שם השותף/ים _____ מס' ת.ז. _____ חתימה * _____			

7 הצהרת התובע	
אני מצהיר בזה שכל הפרטים שנמסרו בתביעה זו ובצרופיה, הם נכונים. כן אני מצהיר שהילדים שפרטיהם מפורטים לעיל נמצאים בחיים, הם שוהים בישראל ונמצאים בהחזקתי / אפטרופסותי, אני תובע:	
<input type="checkbox"/> קצבה מיוחדת	<input type="checkbox"/> קצבה מיוחדת ותגמול מיוחד
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י 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 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.	
תאריך: _____ חתימת התובע * _____	

