

עמוד 1 מתוך 4

מס' זהות / דרכון		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך	דפים	
01		

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
مؤسسة التأمين الوطني  
مديرية المخصصات



תביעה לתשלום מענק פטירה ו/או יתרת קצבה

طلب لدفع منحة وفاة و/أو باقي المخصصات

יש לסמן את הגמלה שהמנוח קיבל טרם פטירתו  
أشّر رجاءً الى المخصصات التي تلقاها المرحوم قبل وفاته

- הבטחת הכנסה / ضمان دخل  
 נכות/ עיזוד / عجز / تشجيع  
 שרותים מיוחדים / خدمات خاصة  
 ילד נכה / ولد ذو احتياجات خاصة  
 נכות מעבודה / תלויים / عجز من العمل / مُعالين  
 אזרח ותיק/ שארים/ גמלת אזרח ותיק מיוחדת / مواطن مسن / أرامل / مخصصات مواطن مسن خاصة  
 אחר / آخر

1 פרטי המנוח

تفاصيل المرحوم

שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة	תאריך פטירה تاريخ الوفاة	מספר זהות رقم الهوية ס"ב
		שנה   חודש   יום	

2 כתובת אחרונה של המנוח

عنوان المرحوم الأخير

מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	דירה الشقة	כניסה المدخل	מס' בית رقم المنزل	רחוב شارع

פרטי התובע

3

תفاصيل مقدم الطلب

שם משפחה اسم العائلة		שם פרטי الاسم الشخصي		יחס קרבה למנוח صلة القرابة للمرحوم		מספר זהות رقم الهوية o"ב	
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים) العنوان (المسجل في وزارة الداخلية)</b>							
רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد		מס' בית رقم المنزل		כניסה المدخل		דירה الشقة	
יישוב البلدة		מיקוד رقم المنطقة					
טלפון קווי رقم الهاتف		טלפון נייד الهاتف الخليوي		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט أوافق على استلام الرسائل بواسطة البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS أوافق على استلام رسائل نصية			
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה) العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه)</b>							
רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد		מס' בית رقم المنزل		כניסה المدخل		דירה الشقة	
יישוב البلدة		מיקוד رقم المنطقة		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט أوافق على استلام الرسائل بواسطة البريد الإلكتروني דואר אלקטרוני: البريد الإلكتروني: _____ @ _____			

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד  
 كتبت هذه الإستمارة بصيغة المذكر لكتّنها موجهة للنساء والرجال على حدّ سواء

פרטי הבקשה

4

تفاصيل الطلب

אני החתום מטה מבקש לאשר לי תשלום של (נא לסמן X במשבצת המתאימה):  
 أنا الموقع أدناه أطلب الموافقة على طلبي لدفع (ضع إشارة X في الخانة المناسبة):

מענק פטירה וכן יתרת קצבה (אם הקצבה לא נגבתה ע"י המנוח/ה) כיוון שהייתי בן/בת הזוג של המנוח/ה בעת הפטירה.  
 منحة وفاة وباقي مخصّصات (إذا لم يتلقَى المرحوم المخصّصات) لأنني كنت زوج/ة المرحوم/ة عند وفاته.

יתרת קצבה (אם הקצבה לא נגבתה ע"י המנוח) מכיוון ש:  
 باقي مخصّصات (إذا لم يتلقَى المرحوم المخصّصات) بسبب:

המנוח היה סמוך על שולחני מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
 المرحوم اعتمد علي في إعالته من تاريخ \_\_\_\_\_ حتى \_\_\_\_\_

סיפקתי למנוח מצרכים ו/או שירותים חיוניים מבלי שקבלתי תמורה בעדם, מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
 قمت بتوفير الحاجات والخدمات الأساسية للمرحوم بدون تلقي أي مقابل, من تاريخ \_\_\_\_\_ حتى \_\_\_\_\_

גביתי את קצבת המנוח ששולמה בטעות לאחר הפטירה (לא כולל את חודש הפטירה)  
 تلقيت مخصّصات المرحوم التي دفعت خطأ بعد الوفاة ( لا يشمل شهر الوفاة)

תفاصيل حساب بنك مقدم الطلب

שמות השותפים לחשבון اسماء أصحاب الحساب			
שם הבנק اسم البنك	שם הסניף / כתובתו اسم الفرع / عنوانه	מס' סניף رقم الفرع	מספר חשבון رقم الحساب

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיזפי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיזפי 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.

ألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي تغيير قد يطرأ على هوية الشركاء في حساب البنك و/أو المفوضين في الحساب، والحصول على توقيعهم على استمارة تحديث الحساب. أوافق بأن يقوم البنك من حين إلى آخر بتزويد مؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، بتفاصيل الشركاء والمفوضين، وذلك خلال فترة الاستحقاق أو بعدها. أوافق أن يقوم البنك بإعادة الأموال المودعة في حسابي لمؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، وذلك في حال قامت المؤسسة بتحويل مبلغ ما إلى حسابي بالخطأ أو بشكل غير قانوني، سواء كان كاملاً أو جزئياً. كما ويجوز للبنك تزويد المؤسسة بتفاصيل الأشخاص الذين قاموا بسحب الأموال.

أوافق بأن توجه المؤسسة للبنك المذكور أعلاه، بواسطة الاتصالات المحوسبة، لغرض التحقق من ملكيتي لحساب البنك أعلاه وتزويدها بالمعلومات الضرورية لهذا الغرض. وبدلاً من ذلك، معلوماً لدي بأن المؤسسة تستطيع طلب مستندات واثباتات إضافية من أجل التحقق من تفاصيل حساب البنك المصرح عنه أعلاه ويجب علي إرفاقها حسب الطلب.

תאריך \_\_\_\_\_ שם השותף/ים \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_  
 تاریخ \_\_\_\_\_ اسم الشريك/الشركاء \_\_\_\_\_ رقم الهوية \_\_\_\_\_ التوقيع \_\_\_\_\_

تصريح

הנני 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 בידועין 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.

أنا الموقعُ أدناه أصرّح بهذا أنّ جميع التفاصيل التي قدّمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة. أعلم أنّ تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون، وأنّ الشخص الذي يقوم، بالعلم أو الاحتيال، للمصادقة على دفع المخصّصات وفق هذا القانون، أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية، سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن. أعلم أنّ أيّ تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثر على استحقاقي للمخصّصات أو على تراكم دين، لهذا ألتزم بالتبليغ عن أيّ تغيير خلال 30 يوم.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע \_\_\_\_\_  
 تاریخ \_\_\_\_\_ توقيع مقدم الطلب \_\_\_\_\_

עמוד 4 מתוך 4