המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף קצבאות אזרחים ותיקים ושאירים

בל/ 410

תביעה לקצבת שאירים

כולל תביעה להשלמת הכנסה
ולדמי מחייה
(או תביעה להענקה מטעמי צדק *)

חובה לצרף לטופס זה

- **לאלמן בלבד:** חובה לצרף אישור הכנסות על כל מקור הכנסה (ראה סעיף 8) למעט תלושי שכר ופנסיה.

לידיעתך

- **ניתן לבחון תשלום קצבה בעד תקופה רטרואקטיבית של עד 12 חודשים מיום הגשת התביעה.**
- **ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.
- עפ"י החוק, לא ניתן לשלם קצבת שאירים לאלמן/ה המשולם להם תגמול נספי איבה או תגמול משפחות שכולות בגין אותו מנוח/ה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים נוספים לפי הנדרש בטופס 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 ובירורים ניתן להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר הביטוח הלאומי באינטרנט/ יצירת קשר.

- לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

ביטוח במדינות אחרות

- אם הנפטר היה מבוטח בביטוח סוציאלי באחת המדינות האלה: אורוגוואי, איטליה, אנגליה, ארגנטינה, גרמניה, אוסטריה, בולגריה, בלגיה, בריטניה, דנמרק, הולנד, נורבגיה, סלובקיה, פולין, פינלנד, צ'כיה, צרפת, רומניה, רוסיה, שוויץ, ושוודיה, באפשרותך לבקש בחינת זכאותך לגמלה על פי אמנות לביטחון סוציאלי, שעליהן חתמה מדינת ישראל.
  לשם כך נא לפנות בכתב לאגף קשרי חוץ, המוסד לביטוח לאומי, המשרד הראשי, רח' יפו 217 ירושלים 9199908, בציון המדינה שהיית מבוטח בה.

* אם התביעה תידחה בגלל חוב בדמי ביטוח, השולל תשלום קצבה, ידון המוסד בזכות להענקה מטעמי צדק.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

נא למלא מספר תעודת זהות _____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף קצבאות אזרחים ותיקים ושאירים

תביעה לגמלת
שאירים ודמי מחיה
בקשה להענקה מטעמי צדק

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך **1** **0**

דפים

1 פרטי האלמן/ה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

מין	תאריך לידה	תאריך עלייה
❑ זכר ❑ נקבה	יום חודש שנה	יום חודש שנה

טלפון ופרטי התקשרות

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.
לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי הנפטר

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

מין	תאריך לידה	תאריך עלייה
❑ זכר ❑ נקבה	יום חודש שנה	יום חודש שנה

נא מלא (רווק/ה, נשוי/אה, אלמן/ה, גרוש/ה, פרוד/ה, ידוע/ה בציבור, עגונה), **מגיל 18** או מתאריך העלייה

מצב משפחתי ראשון	מצב משפחתי שני	מתאריך	מצב משפחתי שלישי	מתאריך	**מצב משפחתי אחרון**	**מתאריך**
רווק/ה						

<u>כתובת הנפטר</u>

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

3 פרטי הפטירה

תאריך הפטירה _____ נסיבות הפטירה _____

אם הנפטר היה חולה או נכה תקופה ממושכת: משך תקופת המחלה/הנכות_____

במקרה של פטירה בשל תאונה:
שים לב: במקרה של פטירה בשל תאונת דרכים, יש להמציא דוח מהמשטרה.

האם הפטירה נגרמה כתוצאה מתאונת דרכים ? ❑ לא ❑ כן – **חובה לענות על שאלה זו**

האם הפטירה נגרמה כתוצאה מאירוע תאונתי אחר?
(רשלנות, נפילה בדרך או מגובה, תקיפה, התחשמלות, פגיעה מגורם אחר, תאונת עבודה וכד')

❑ לא ❑ כן – **חובה לענות על שאלה זו**

תאריך האירוע _____ **חובה לציין תאריך**
לידיעתך:
אם הפטירה נגרמה כתוצאה מפגיעה בעבודה, מוצע להגיש תביעה לתשלום גמלה לתלויים בנפגעי עבודה (בל/213) .

4 פרטים על שהות בחו"ל של הנפטר

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

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

5 תקופות עבודה ועיסוק של הנפטרת (רק נשים)

אם הנפטרת קיבלה קצבת אזרח ותיק, אין צורך למלא סעיף זה.
אם הנפטרת לא קיבלה קצבת אזרח ותיק, יש לרשום פרטים על עבודתה בשנתיים האחרונות.

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

נא למלא מספר תעודת זהות _____

6 פרטים אחרים של הנפטר

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

7 פרטי הילדים עד גיל 24

האם יש לך ילדים עד גיל 24?
❑ כן ❑ לא

אם כן, עם מי מתגוררים הילדים? ❑ איתי ועם בן/בת זוגי
❑ איתי בלבד ❑ עם בן/בת זוגי בנפרד /גרוש/ה - בלבד

נא מלא בטבלה הבאה את פרטי הילדים:

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

פרטים על ילדים נוספים רשום בדף נפרד

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

יש לצרף אישורים רק אם הוא לומד, או בהתנדבות בשירות לאומי, או בעתודה או בקד"צ

ילד עד גיל 20: ❑ לומד במסגרת על יסודית(ט'-יב') - יש להמציא אישור **בציון כיתת לימוד**.

❑ לומד עד גיל 20 במוסד חינוכי (לא תיכון) - יש להמציא אישור בו יצוין **מס' שעות לימוד שבועיות.**

אי מילוי סעיף זה ימנע מאיתנו לבחון את זכאותך לתוספת לגמלה בעבור ילדיך

8 פרטי הכנסות האלמן/ה

שימו לב:
יש למלא פרטים על כל הכנסותיך מהמקורות המפורטים, נכון למועד פטירת הנפטר/ת כולל הכנסות שנוצרו עקב הפטירה.
1. **אלמן – חובה למלא סעיף זה.**
2. **אלמנה- חובה למלא סעיף זה אם את מעוניינת לתבוע תוספת השלמת הכנסה.**
3. **אלמנה –אין חובה למלא סעיף זה, אם אין לך ילדים בגילאי 20-14 הלומדים במוסד חינוכי על יסודי**

	מקור הכנסה	סכום הכנסה חודשי
.1	עבודה שכירה	❑ אין ❑ יש, סכום _____ ₪ ברוטו
.2	עבודה עצמאית	❑ אין ❑ יש, סכום _____ ₪ ברוטו
.3	פנסיה מעבודה	❑ אין ❑ יש, סכום _____ ₪ ברוטו
.4	פנסיית שאירים מכוח הנפטר, (עבורך ועבור הילדים)	❑ אין ❑ יש, סכום _____ ₪ ברוטו
.5	פנסיה בחו"ל	❑ אין ❑ יש, סכום _____ ₪ ברוטו
.6	רנטה בחו"ל	❑ אין ❑ יש, סכום _____ ₪ ברוטו
.7	תגמולים ממשרד הביטחון או האוצר	❑ אין ❑ יש, סכום _____ ₪ ברוטו
.8	דמי שכירות (עבורך ועבור הילדים) מדירה/קרקע/חנות/מבנה	❑ אין ❑ יש, סכום _____ ₪ ברוטו
.9	ריבית מחסכונות או דיווידנד ממניות	❑ אין ❑ יש, סכום _____ ₪ ברוטו
10	אחר: _____	❑ אין ❑ יש, סכום _____ ₪ ברוטו

נא לצרף אישורים על כל מקור הכנסה (כגון: חוזה שכירות, אישורים על תגמולים וכד')

לצורך בדיקת זכאותך לקצבה, ייתכן שנפנה באופן יזום למעסיקיך ולמשלמי הפנסיה שלך, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב) אם אינך מסכים ציין זאת:

❑ אני התובע מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים ולמשלמי הפנסיה שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותיי.

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

9 פרטים נוספים על האלמן/ה

סעיף זה הינו הצהרה הכרחית לטיפול בתביעתך וחובה למלא אותו

.1	הייתי בן/בת זוגו של הנפטר/ת	❑ לא ❑ כן	מתאריך:	עד תאריך:
.2	חייתי בנפרד מן הנפטר/ת	❑ לא ❑ כן	מתאריך:	עד תאריך:
			שולמו לי מזונות מתאריך:	עד תאריך:
.3	הגשתי תביעה לקצבה תלויים בנפגעי עבודה	❑ לא ❑ כן	בתאריך:	
.4	אני שוהה במוסד	❑ לא ❑ כן	שם המוסד: _____	
.5	מאז התאלמנתי נישאתי מחדש/ ידוע בציבור	❑ לא ❑ כן	תאריך הנישואין / ידוע בציבור:	
			שם בן/בת הזוג: _____	
			ת"ז בן/בת הזוג	
.6	הגשתי או יש בכוונתי להגיש תביעה לתגמול ממשרד הביטחון	❑ לא ❑ כן	**יש להמציא אישור ממשרד הביטחון על התגמול**	

10 פרטי החותם על התביעה שאינו האלמן/ה של הנפטר

שים לב: יש למלא סעיף זה רק אם החותם על התביעה איננו תובע הגמלה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

כתובת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

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		סוג קירבה לנפטר

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ❑ לחשבון הקיבוץ / המושב ❑ לחשבוני 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 הפרטים של 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.**

12 הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הם עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים החשובים 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.

כמו כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי במצבי המשפחתי – נישואין/ידוע בציבור.

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 בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג׳ הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי 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 www.btl.gov.il > יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.

אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

❑ **אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.**

תאריך_____ חתימת התובע ✕ _____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף קצבאות אזרחים
ותיקים ושאירים

בדיקת זכאות לתוספת השלמת הכנסה למקבל קצבת אזרח ותיק או קצבת שאירים

באפשרותך למלא את הנספח על מנת שנבחן זכאותך להשלמת הכנסה
נספח זה אינו חלק מתביעתך לקצבת שאירים ואינך חייב למלאו

חשוב לדעת

- הכנסות הנלקחות בחישוב לצורך בדיקת זכאות הן: הכנסות ברוטו מעבודה והכנסות שאינן מעבודה (כמו רכב, נדל"ן, נכסים פיננסים ועוד) כולל קצבאות מביטוח לאומי - שלך.
- ההכנסה המקסימלית שמאפשרת קבלת תוספת השלמת הכנסה מלאה או חלקית, נקבעת בהתאם לגילך ומצבך המשפחתי.
- במידה וטרם הגעת לגיל הפרישה, יתכן ותידרש/י להתייצב בשירות התעסוקה לצורך בחינת זכאותך להשלמת הכנסה.
- אם אתה חבר קיבוץ או מושב שיתופי לא תהיה זכאי לתוספת השלמת הכנסה.
- ניתן לבדוק כיצד הכנסתך משפיעה על סכום התוספת במחשבון לחישוב סכום הקצבה המופיע באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il
- על פי חוק, ניתן לבחון תשלום קצבה ותוספת השלמת הכנסה בעד תקופה רטרואקטיבית של עד 12 חודשים מיום הגשת התביעה.

לצורך בדיקת הזכאות, יש לצרף:

- דפי חשבון עובר ושב מהבנק ל– 12 החודשים האחרונים, מכל חשבונות הבנק שבבעלותך.
- אישור מהבנק על פיקדונות, קופות גמל, חסכונות, ניירות ערך או מט"ח מכל חשבונות הבנק שבבעלותך.
- אישורים המעידים על הכנסותיך מכל מקור, לרבות אישורים אודות נכסים ושעורכם (רכוש, הון, רכב), למעט תלושי שכר או תלושי פנסיה.
- במידה ומשולמת לך פנסיה, יש להמציא אישור מקופת הפנסיה או מהמסלקה הפנסיונית על מועד הצטרפותך **לראשונה** לקרן הפנסיה.
- אם את/ה עובד/ת, יש לצרף אישור מהמעסיק המעיד על היקף שעות העבודה בשבוע.

נא למלא מספר תעודת זהות _____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף אזרחים ותיקים ושאירים

תביעה להשלמת הכנסה
(אין חובה למלא נספח זה)

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

נספח זכאות להשלמת הכנסה

1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

אם הכנסותיך נמוכות, ואתה מעוניין שנבחן את זכאותך להשלמת הכנסה כתוספת לגמלת השאירים, נא מלא טופס זה.

חובה לצרף לנספח זה דפי חשבון "עובר ושב" בעבור שלושת החודשים האחרונים ואישור על ריכוז תיקי השקעות **מכל הבנקים** שבהם מנוהלים חשבונותייך.

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** ❑ דירת מגורים ❑ דירה נוספת בכתובת _____ _____ גוש וחלקה_____ ❑ חנות בכתובת _____ גוש וחלקה_____ ❑ מחסן בכתובת _____ גוש וחלקה____|_____ ❑ קרקע ❑אדמות חקלאיות ❑ משק חקלאי ❑ אחר, פרט _____ ❑ אין בבעלותי נכס	• **ניתן לסמן יותר מנכס אחד .** • **אם ידוע לך מספר גוש וחלקה ציין זאת** • **אם אין בבעלותך חובה לסמן אין בבעלותי** ❑ דירת מגורים ❑ דירה נוספת בכתובת _____ _____ גוש וחלקה_____ ❑ חנות בכתובת _____ גוש וחלקה_____ ❑ מחסן בכתובת _____ גוש וחלקה____|_____ ❑ קרקע ❑אדמות חקלאיות ❑ משק חקלאי ❑ אחר, פרט _____ ❑ אין בבעלותי נכס
האם מתגורר בשכירות?	❑ לא ❑ כן, **יש לצרף חוזה שכירות**	❑ לא ❑ כן, **יש לצרף חוזה שכירות**
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 לבית מגורי	❑ לא ❑ כן , פרט מי מתגורר בה _____	❑ לא ❑ כן , פרט מי מתגורר בה _____
אחד מהורי נפטר	❑ לא ❑ כן	❑ לא ❑ כן

שאלון נכסים - המשך

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

3 פרטים על רכב

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

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

האם הרכב הוא רכב ניידות? ❑ לא ❑ כן

לתשומת לבך, על מנת שהרכב לא יחושב בבדיקת זכאותך לגמלת הבטחת הכנסה, נא לציין:
האם הרכב שבבעלותך או בשימושך נדרש לצרכים רפואיים או לצרכי ניידות שלך או של בני משפחתך (בן/בת זוג, ילד, הורה בלבד)

❑ 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 12 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 ביודעין 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 בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג׳ הרלוונטיים לצורך זה.
ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי 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 www.btl.gov.il > יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.
אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

שם התובע _____ חתימה ✖ _____