



## תביעה לגמלת שאירים מיוחדת כולל תביעה להשלמת הכנסה

### חובה לצרף לטופס זה

↪ **לא למן בלבד:** חובה לצרף אישור הכנסות על כל מקור הכנסה (ראה סעיף 8). אם המנוחה לא קבלה קצבת זקנה, יש לצרף אישורי מעביד או תלושי שכר על תקופת העסקתה.

### לידיעתך

↪ ע"פ הסכם, לא תשולם גמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע מיום הגשתה.

### כיצד יש להגיש את התביעה

↪ עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.

### התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il), ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
- 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 וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il), או להתקשר למרכז התמיכה והמידע הארצי של שירות הייעוץ לאזרח הוותיק ומשפחתו בטלפון \*9696 או 6709857 – 02.

### ביטוח במדינות אחרות

↪ אם הנפטר היה מבוטח בביטוח סוציאלי באחת המדינות הבאות: אוסטריה, אורוגוואי, אנגליה, בלגיה, גרמניה, דנמרק, הולנד, פינלנד, צ'כיה, צרפת, שווייץ, שוודיה, רוסיה. באפשרותך לבקש בחינת זכאותך לגמלה על פי אמנות לביטחון סוציאלי, עליהן חתמה מדינת ישראל. לשם כך נא לפנות בכתב לאגף קשרי חוץ, המוסד לביטוח לאומי, המשרד הראשי, שדרות ויצמן, ירושלים 91909, בציון שם המדינה שהיית מבוטח בה.

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
אגף קצבאות אזרחים ותיקים  
ושאירים

**חותמת קבלה**

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

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

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך	דפים		
0 1			

**תביעה לגמלת שאירים מיוחדת**

**1 פרטי המנוח/ה**

1

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות  
ס"ב

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

מין

זכר   
נקבה

תאריך לידה

שנה											
חודש											
יום											

תאריך עלייה

שנה											
חודש											
יום											

ארץ עלייה

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

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

מצב משפחתי ראשון	מצב משפחתי שני	מצב משפחתי שלישי	מתאריך	מצב משפחתי אחרון	מתאריך
<b>רווק/ה</b>					

**כתובת המנוח**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

**2 פרטי הפטירה**

2

תאריך הפטירה \_\_\_\_\_ נסיבות הפטירה \_\_\_\_\_  
במקרה בו המנוח היה חולה או נכה תקופה ממושכת: משך תקופת המחלה/הנכות \_\_\_\_\_

**במקרה פטירה בשל תאונה:**

**שים לב: במקרה של פטירה בשל תאונה, יש להמציא דו"ח מהמשטרה.**

1. סוג התאונה (תאונת דרכים, פגיעה ע"י אדם אחר וכד') \_\_\_\_\_

2. תאריך התאונה \_\_\_\_\_ 3. מקום התאונה \_\_\_\_\_

4. נמסרה הודעה למשטרה?  לא  כן - לתחנה ב \_\_\_\_\_ מס' התיק \_\_\_\_\_

5. הגשתי או אגיש תביעה לפיצוי נזיקין?  לא  כן נגד מי \_\_\_\_\_

שם העו"ד המייצג אותי בתביעה \_\_\_\_\_ כתובתו \_\_\_\_\_

6. קבלתי פיצויים בסך \_\_\_\_\_ ש בתאריך \_\_\_\_\_ מאת \_\_\_\_\_

**פרטים על שהות בחו"ל של המנוח/ה**

**3**

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

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

**תקופות עבודה ועיסוק של המנוחה (רק נשים)**

**4**

במקרה בו המנוחה קיבלה קצבת אזרח ותיק, אין צורך למלא סעיף זה.  
 במקרה בו המנוחה לא קיבלה קצבת אזרח ותיק, יש לרשום פרטים על עבודתה ועיסוקה מגיל 18 ועד הפטירה.  
**שים לב: כל תקופת עיסוק עשויה להגדיל את הקצבה.**

קרבה למעביד (בן/בת הזוג, אח/ות, בן/בת, הורה)	מקום עבודה (על שכירה לציין את שם המעביד והעסק, על עצמאית לציין רק את שם העסק)	סוג עיסוק (שכירה, עצמאית)	התקופה		
			עד תאריך	מתאריך	
			שנה   חודש   יום	שנה   חודש   יום	1.
			שנה   חודש   יום	שנה   חודש   יום	2.
			שנה   חודש   יום	שנה   חודש   יום	3.
			שנה   חודש   יום	שנה   חודש   יום	4.
			שנה   חודש   יום	שנה   חודש   יום	5.
			שנה   חודש   יום	שנה   חודש   יום	6.

שים לב: בעבור שכירה יש לצרף אישורי מעביד או תלושי שכר על כל תקופה שדווחה

אם אין מספיק מקום, נא לרשום את הפרטים על דף נפרד

**פרטים אחרים של המנוח/ה**

**5**

שים לב: חובה למלא את כל חלקי הסעיף

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

**פרטי הילדים מביל 18 עד 24**

למוסד לביטוח לאומי מידע על ילדיך עד גיל 18 הרשומים במשרד הפנים ולכן איננו מבקשים פרטים עליהם

**6**

יש לך ילדים עד גיל 24?  כן  לא

נא מלא בטבלה הבאה את פרטי הילדים מגיל 18 עד גיל 24:

הילד גר איתי (כן/לא)	בעבור ילד מעל גיל 18: האם לומד/ בשירות*/ אחר	תאריך לידה	שם הילד		מספר זהות
			שם משפחה	שם פרטי	

פרטים על ילדים נוספים רשום בדף נפרד

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

יש לצרף אישורים רק אם לומד, בהתנדבות בשירות לאומי, עתודה או קד"צ

אי מילוי סעיף זה ימנע בחינת זכאותך לתוספת לגמלה בעבור ילדיך

**7**

**פרטי האלמן / אלמנה**

	שם פרטי	שם משפחה
מספר זהות ס"ב	שם פרטי	שם משפחה
תאריך עלייה	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים)**

שים לב: סניף הביטוח הלאומי בו תטופל פנייתך, ייקבע על פי הכתובת אשר פרטיה ימסרו בסעיף זה.

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
דואר אלקטרוני:		טלפון נייד		טלפון קווי	
_____@_____					

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

מס' זהות איש קשר ס"ב	שם פרטי איש קשר	שם משפחה איש קשר

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 (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)**

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

פרטי הכנסות האלמן / אלמנה

8

שים לב:

- יש למלא את הפרטים על כל הכנסותיך מהמקורות המפורטים, נכון למועד פטירת המנוח.
- יש לציין הכנסות שנוצרו עקב פטירת המנוח.

מקור הכנסה	סמן X בטור המתאים		סכום הכנסה חודשי
	יש	אין	
1. עבודה (שכר, תגמולים)			
2. פנסיה בישראל			
3. פנסיה			
4. רנטה מחו"ל			
5. הכנסה מהשכרת נכס			
6. ריבית מחסכונות או דיווידנד ממניות			

יש לצרף אישורים על כל מקור הכנסה.

פרטים נוספים על האלמן / אלמנה

9

	סמן X בטור המתאים		
	כן	לא	
1. הייתי בן/בת זוג של המנוח/ה			מתאריך:  עד תאריך: שנה חודש יום      שנה חודש יום
2. חייתי בנפרד מן המנוח/ה			מתאריך:  עד תאריך: שנה חודש יום      שנה חודש יום
3. הגשתי תביעה לקצבה תלויים בנפגעי עבודה			שולמו לי מזונות מתאריך:  עד תאריך: שנה חודש יום      שנה חודש יום
4. משולם/ישולם לי תגמול ממשד הביטחון			בתאריך: שנה חודש יום
5. אני שוהה במוסד			נא לצרף אישור שם המוסד: _____
6. מאז התאלמנתי נישאתי מחדש / ידוע בציבור			תאריך הנישואין / ידוע בציבור: שנה חודש יום
			שם בן/בת הזוג: _____
			ת.ז. בן/בת הזוג      ס"ב 

10

**פרטי החותם על התביעה שאינו האלמן/ה של המנוח/ה**

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

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב																			
<table border="1"> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;"><b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b></td> </tr> <tr> <td>רחוב</td> <td>מס' בית</td> <td>כניסה</td> <td>דירה</td> <td>יישוב</td> <td>מיקוד</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>						<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>						רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד						
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>																							
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד																		
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:																			
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.																							
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			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום:  לחשבון הקיבוץ / המושב  לחשבוני הפרטי  
**ברשותי חשבונות בנק נוספים**  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 כדיון, 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.**

12

**הצהרה**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה 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 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. 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.

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

חתימת התובע ✕

תאריך \_\_\_\_\_



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
אגף קצבאות אזרחים ותיקים ושירים

**נספח זכאות להשלמת הכנסה (אין חובה למלא נספח זה)**

אם הנך מעוניין שנבחן את זכאותך להשלמת הכנסה כתוספת לגמלת השירים, עקב גובה הכנסות נמוך, נא מלא טופס זה.  
חובה לצרף לנספח זה דפי חשבון "עובר ושב" בעבור שלושת החודשים האחרונים ואישור על ריכוז תיק השקעות מכל הבנקים בהם מנוהלים חשבונותיך.

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	ס"ב

**I פרטים על הון של התובע**

שים לב:

- יש למלא סכום בש"ח.
- אם לא קיים הון - חובה לסמן X.

הון בבעלות התובע	הון בבעלות בן/בת זוג התובע	
		1. פקדונות ותוכניות חסכון
		2. אגרות חוב וניירות חוב
		3. גמלה ממשדד הקליטה / הסוכנות
		4. פנסיה / רנטה מח"ל
		5. תגמולים ממשדד הבטחון / האוצר

**II פרטים על נכסי התובע**

שים לב:

- יש לפרט נכסים (רכוש והון) שהיו ברשות המבקש ו/או בן/בת הזוג ב- 5 השנים האחרונות.
- אם לא קיים נכס - חובה לסמן X.

סוג הרכוש או ההון	פרטים על הרכוש	אם נמכר, ציין את מועד המכירה	אם נמסר ללא תמורה ציין את מועד המסירה
1. בתים ודירות (פרט לדירת מגורים ולדירור מוגן)	כתובת: _____ גוש/חלקה: _____ בבעלות: כן / לא שאני שוכר: כן / לא	שנה _____ חודש _____ יום _____	שנה _____ חודש _____ יום _____
2. קרקע עירונית, קרקע חקלאית ומשק חקלאי (משק חי, פרדס, פלחה וכו')	מיקום: _____ גוש/חלקה: _____	שנה _____ חודש _____ יום _____	שנה _____ חודש _____ יום _____
3. עסק ושותפות בעסק (בית חרושת, בית מלאכה, חנות וכו')	יש / אין	שנה _____ חודש _____ יום _____	שנה _____ חודש _____ יום _____
4. רכב	בבעלותי או בשימושי: כן / לא רכב ניידות: כן / לא לצורך טיפול רפואי: כן / לא	שנה _____ חודש _____ יום _____	שנה _____ חודש _____ יום _____

**III אמצעי קיום**

אם אין לך הכנסות, ציין את מקורות הקיום שלך:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם החותם \_\_\_\_\_ חתימת התובע X \_\_\_\_\_