



תביעה לתגמול מחוסר פרנסה / נצרך / תגמול פרישה מוקדמת / תגמול מיוחד (תג"מ עפ"י הוראה)

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ אם קיים מקור הכנסה ממשכורת ו/או מקצבה, יש לצרף אישורים משלושת החודשים האחרונים.
- ☞ אם אתה בעל עסק / עצמאי, יש לצרף אישור פקיד שומה על הכנסות.
- ☞ במקרה של תביעה לתגמול נצרך, יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על מצבך.
- ☞ במקרה של תביעה לתגמול חוסר פרנסה, יש לצרף אישור לשכת התעסוקה או פקיד השומה על תאריך רישום בלשכה.
- ☞ במקרה של דרישה לתגמול פרישה מוקדמת, יש לצרף אישור מרופא תעסוקתי ואישור הפסקת עבודה, לצורך בדיקת הזכאות.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ הטופס ימולא ע"י הנכה בלבד.
- ☞ עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש 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 וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

**תביעה לתגמול מחוסר פרנסה /
נצרך / תגמול פרישה מוקדמת /
תגמול מיוחד (תג"מ עפ"י הוראה)**

עמוד 1 מתוך 4

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"></div> <div style="width: 60%;"></div> <div style="width: 20%;"></div> </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
---	------------------------------------	-------------------

1 תביעה לתגמול

1

אני החתום על טופס זה תובע תגמול: מחוסר פרנסה נצרך תגמול פרישה מוקדמת
 תגמול מיוחד - לפי הפרטים הבאים: _____

2 פרטי התובע

2

שם משפחה	שם פרטי	אחוזי נכות	מספר זהות ס"ב
מצב משפחתי			
<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור			
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	מיקוד
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	מיקוד
<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.			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד	יישוב		

3 פרטי ילדים עד גיל 21

3

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות	
		שנה חודש יום	ס"ב	1.
		שנה חודש יום	ס"ב	2.
		שנה חודש יום	ס"ב	3.
		שנה חודש יום	ס"ב	4.

פרטים על הכנסות התובע

4

אני החתום מטה מצהיר בזה שהכנסותי ברוטו לחודש הם: _____

מקור הכנסה	סמן X בטור המתאים		סכום הכנסה חודשי (בש"ח)
	אין	יש	
1. משכורת / מעסק (שומה)			
2. פנסיה ממקום העבודה			
3. פנסיה			
4. רנטה מחו"ל			
5. גמלה מהאוצר			
6. גמלה ממשד הביטחון			
7. קיצבה מצה"ל			
8. קיצבה מגורם ציבורי אחר. פרט: _____			
9. הכנסה מריבית/ ניירות ערך			
10. הכנסה משכר דירה			
11. הכנסה ממקורה אחר. פרט: _____			
סה"כ: _____			

פרטי חשבון הבנק של התובע

5

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

אני השותף לחשבון הבנק של: שם _____ ת.ז. _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון החשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

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.

_____ x _____ x _____
 תאריך חתימת מקבל התשלום חתימת/חתימות השותפים לחשבון

נימוקי המבוטח לתביעה

הצהרה

סמן X במשבצת המתאימה

הנני מצהיר כי לא הייתה לי הכנסה מכל מקור שהוא, מצ"ב האישורים:

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____

במקרה של תובע תגמול מחוסר פרנסה:

הנני מצהיר כי בתקופה האמורה, הייתי רשום בלשכת העבודה ו/או בשירות השמה ולא סירבתי לקבל הצעת עבודה. *יש לצרף אישור לשכת העבודה / מרכז השמה

הנני מצהיר כי לא הייתה לי פרנסה מכל מקור שהוא ועשיתי כל אשר ביכולתי כדי לקבל הכנסה כאמור.

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.

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.

תאריך _____ חתימת התובע

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



פגיעה בעבודה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נפגעי פעולות איבה

פרטים אישיים

תאריך אירוע	תאריך תביעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
שם פרטי		שם משפחה	

חבר בקופת חולים

כללית
 מאוחדת
 מכבי
 לאומית
 אחר _____

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____