



תביעה לקצבת שאירים

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

חובה לצרף לטופס זה

↪ **לא לממן 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 לאלמנה/הם 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 וביירוים 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, שווייץ, 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



המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

אגף קצבאות אזרחים ותיקים

ושאירים

תביעה לגמלת

שאיירים ודמי מחיה

בקשה להענקה מטעמי צדק

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

חותמת קבלה

פרטי האלמן/ה

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
☐ זכר ☐ נקבה		תאריך לידה		תאריך עלייה	
שנה		חודש		יום	
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	

פרטי הנפטר

2

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
מין		תאריך לידה		תאריך עלייה	
☐ זכר ☐ נקבה		שנה חודש יום		שנה חודש יום	
נא מלא (רווק/ה, נשוי/אה, אלמן/ה, גרושה, 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
רווק/ה					
<u>כתובת הנפטר</u>					
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב

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 לידעתך:

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

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

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.

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.

6

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

7

האם יש לך ילדים עד גיל 24? ☐ כן ☐ לא

אם כן, עם מי מתגוררים הילדים? ☐ איתי בלבד ☐ עם בן/בת זוגי בנפרד/גר/שה - בלבד ☐ איתי ועם בן/בת זוגי

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

* 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.

אִי מִלּוֹי סַעִיף זֶה יִמְנַע מֵאִיתְּנוּ לִבְחוֹן אֶת זְכוּאוֹתָךְ לְתוֹסֶפֶת לִגְמֻלָּהּ בַּעֲבוּר יְלִדֶיךָ

פרטי הכנסות האלמן/ה

8

שים לב:

- יש למלא את הפרטים על כל הכנסותיך מהמקורות המפורטים, נכון למועד פטירת הנפטר/ת.
- יש לציין הכנסות שנוצרו עקב פטירת הנפטר/ת.
- לאלמנה- לא חובה למלא סעיף זה אם אין לך ילדים בגילאי 14-20 הלומדים במוסד חינוכי על יסודי.
- לאלמן/ה -אם אתה מעוניין לתבוע תוספת השלמת הכנסה - חובה למלא סעיף זה.

מקור הכנסה	סכום הכנסה חודשי
1. עבודה שכירה	☐ אין ☐ יש, סכום _____ נה ברוטו
2. עבודה עצמאית	☐ אין ☐ יש, סכום _____ נה ברוטו
3. פנסיה מעבודה	☐ אין ☐ יש, סכום _____ נה ברוטו
4. פנסיה שאירים מכוח הנפטר, (עבור ועבור הילדים)	☐ אין ☐ יש, סכום _____ נה ברוטו
5. פנסיה בחו"ל	☐ אין ☐ יש, סכום _____ נה ברוטו
6. רנטה בחו"ל	☐ אין ☐ יש, סכום _____ נה ברוטו
7. תגמולים ממשרד הביטחון או האוצר	☐ אין ☐ יש, סכום _____ נה ברוטו
8. דמי שכירות (עבור ועבור הילדים) מדירה/קרקע/חנות/מבנה	☐ אין ☐ יש, סכום _____ נה ברוטו
9. ריבית מחסכונות או דיווידנד ממניות	☐ אין ☐ יש, סכום _____ נה ברוטו
10. אחר: _____	☐ אין ☐ יש, סכום _____ נה 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 דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי.
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח הלאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

פרטים נוספים על האלמן/ה

9

סעיף זה הינו הצהרה הכרחית לטיפול בתביעתך וחובה למלא אותו

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

10

פרטי החותם על התביעה שאינו האלמן/ה של הנפטר

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></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
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 קרבה 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

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 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/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 בידועין 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 וצירופותיו 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 אודותי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.
ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי 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 btldpo@nioi.gov.il.
אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.
☐ **אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.**

חתימת התובע *

תאריך _____



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף אזרחים ותיקים ושאיירים
תביעה להשלמת הכנסה
(אין חובה למלא נספח זה)

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג		דפים		המסמך					

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 השאיירים, 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 חשבונותיך.

2

שאלון נכסים

בת זוג	תובע	הצהרה
- ניתן לסמן יותר מנכס אחד. - אם ידוע לך מספר גוש וחלקה ציין זאת - אם אין בבעלותך חובה לסמן אין בבעלותי ☐ דירת מגורים בה אני גר ☐ 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 בה אני גר ☐ דירה נוספת בכתובת _____ _____ גוש וחלקה _____ ☐ חנות בכתובת _____ גוש וחלקה _____ ☐ מחסן בכתובת _____ גוש וחלקה _____ ☐ קרקע ☐ אדמות חקלאיות ☐ משק חקלאי ☐ אחר, פרט _____ ☐ אין בבעלותי נכס	יש לסמן האם בבעלותך אחד מהנכסים הבאים בארץ או בחו"ל ☐ לא ☐ כן, יש לצרף חוזה שכירות
☐ לא ☐ כן, יש לצרף חוזה שכירות	☐ לא ☐ כן, יש לצרף חוזה שכירות	אני משכיר דירה או אחד מהנכסים שבבעלותי למישהו אחר
☐ לא ☐ כן, פרט מי מתגורר בה _____	☐ לא ☐ כן, פרט מי מתגורר בה _____	יש יחידות דיור או דירות שנבנו בסמוך, מעל או מתחת לבית מגורי אחד מהורי נפטר
☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן

שאלון נכסים - המשך

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

פרטים על רכב

3

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

לשימת 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.

פרטים אחרים

4

אני חייב בתשלום דמי מזונות על פי פסק דין ☐ לא ☐ כן

נפסקו לזכותי דמי מזונות ☐ לא ☐ כן

אני או בת הזוג לומד או נמצא בהכשרה מקצועית ☐ לא ☐ כן

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 שלושת 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/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 בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי 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 btldpo@nioi.gov.il.

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

שם התובע _____ חתימה ✕ _____