

תביעה לגמלת שאירים על פי חוק הביטוח הלאומי

הנחיות כלליות למילוי התביעה

- א. הנך מתבקש/ת למלא את הטופס בכתב יד ברור.
- ב. בכל סעיף בו מופיעה שאלה שלידה משבצת - , הנך מתבקש/ת לסמן x בתשובה המתאימה.
- ג. מספר זהות יש לרשום, כפי שהוא רשום בתעודת הזהות.
- ד. תובע/ת גמלת שאירים שאין לו/לה הכנסות גבוהות, מתבקש/ת להגיש גם תביעה להשלמת הכנסה בטופס נפרד. אם תאושר התביעה להשלמת הכנסה, היא תשולם ממועד הגשתה בלבד.
- ה. בעד ילד הנמצא מחוץ לבית ההורים הזכות להגיש תביעה היא בידיו של מי שנמצא בישראל ומממן את הוצאות החזקתו של הילד.
- ו. העלמת נתונים, בעת מילוי התביעה, נחשבת כעבירה.

הנחיות לסעיפים השונים

הנחיות למילוי הטופס מצויות בסעיפים השונים.
להלן הנחיות המצריכות הסבר מפורט:

1. **סעיף 1 - פרטי המנוח/ה וסעיף 6 - פרטי האלמן/ה.**
בארץ העליה, יש לרשום את המדינה בה חיית לפני עליתך לישראל (לא ארץ מעבר).
2. **סעיף 3 - שינויים במצב משפחתי**
במקרה פטירה של אישה חשוב מאד לפרט את השינויים במצבה המשפחתי. הפירוט נועד להבטיח את מיצוי זכותם של השאירים לקצבה ולתוספת ותק.
3. **סעיף 9 - פרטים על ילדים עד גיל 22 (בנים ובנות)**
יש לרשום כל ילד שהנך תובע/ת תוספת עבורו. עליך לציין אם הילד גר עמך.
בטור "לומד או בשירות", יש לרשום ילדים מעל גיל 18 שמסיימים לימודים או משרתים בצה"ל, בשירות לאומי, בעתודה, במסגרת קדם צבאית או ילדים בשנת שירות בהתנדבות.
אם הנך תובע/ת תוספת בעד ילד שמלאו לו 18 שנה, עליך לצרף אישורים כמפורט להלן:
א. אישור מבית הספר על לימודים - אם לא מלאו לילד 20 שנה ועיקר זמנו מוקדש לסיום לימודים על יסודיים.
ב. אישור משלישות צה"ל או מקצין העיר על תאריכי גיוס ושחרור - אם לא מלאו לילד 22 שנה והוא משרת בשירות חובה לפי חוק שירות הביטחון.
ג. אישור על שירות לאומי - אם הבת משרתת שירות לאומי.
המוסד לביטוח לאומי יבקש מהגורמים המתאימים אישור אודות ילד שוחר במסגרת קדם צבאית, עתודאי, או מתנדב בשנת שירות.
4. **סעיף 10 - מקום תשלום**
יש לרשום במדויק את שם הבנק וכתובתו, מספר החשבון ומספר הסניף.
יש לסמן במשבצת המתאימה על שם מי מתנהל החשבון.
אם יש שותף לחשבון, יש לציין את יחס הקרבה אליו. מקבל/ת הגמלה והשותף/ים לחשבון חייב/ים לחתום על ההצהרה בסעיף זה.
יש לצרף המחאה מבוטלת או אישור מהבנק על היות החשבון על שמך ועל שם השותפים הנוספים, אם ישנם.

5. אם התביעה לגמלת שאירים מוגשת לאחר יותר מ- 12 חודשים מיום פטירת המבוטח, יש לפרט **בסעיף 11** שבטופס התביעה את הסיבה להגשת התביעה רק כיום.
6. **בסעיף 12** שבטופס "פרטים על עבודה והתעסקות של המנוח/ה" יש לרשום פרטים על עבודה ועל התעסקות שנמשכו למעלה משנה, מאפריל 1954. אם הקצבה נתבעת מכוח גבר שנפטר, יש לפרט את ההתעסקות מאפריל 1987. אם הקצבה נתבעת מכוח אישה שנפטרה, יש לפרט את ההתעסקות מאפריל 1954 או מיום העלייה לישראל או מיום שמלאו לה 18, אם עלתה לישראל או שמלאו לה 18 שנה לאחר ה- 1.4.54.
- פרטים אלה דרושים כדי שהמוסד יוכל למצות את זכותם של השאירים לקצבה ולמלא תוספת הותק.**
7. **סעיף 16** ימולא רק כאשר מגיש התביעה לגמלת שאירים אינו האלמן/אלמנה וזאת במקרה שהאלמן/ה אינו מסוגלת/ל לגבות את הקצבה עקב מצב בריאותו/ה. במקרה כזה, יש לצרף אישור רפואי על מצב האלמן/ה, ולרשום את יחס הקרבה לאלמן/ה, כגון: אח, בן, בת.

תעודות או אישורים שיש לצרף לתביעה

1. אישור מאת המעבידים על תקופת עבודת המנוח/ה כשכיר/ה (ב- 5 השנים האחרונות, לפחות).
2. אם אלמן שאין עמו ילד תובע קצבה בעד עצמו, עליו להמציא אישור על הכנסותיו.
3. אישור על ילד (לימודים, צבא, וכדו') כאמור לעיל.

כיצד להגיש את התביעה?

את טופס התביעה יש לשלוח אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לפרטים בנושא קבלת קהל ניתן להתקשר למוקדים הטלפונים. הטלפונים כדלקמן:

טלפון מסי 08-6509999.

טלפון מסי 08-9369696.

לידיעתך -
מדינת ישראל חתומה על אמנות לביטחון סוציאלי עם המדינות: גרמניה, אוסטריה, שוויץ, שוודיה, הולנד, דנמרק, צרפת, בלגיה, פינלנד, אנגליה, אורוגוואי וצ'כיה.
אם היית מבוטח בביטוח הסוציאלי באחת מן המדינות הנ"ל ואתה מבקש שתיבחן זכותך לגמלה עפ"י האמנה, הואל נא לפנות **בכתב** ללשכת הקשר לאמנות בינלאומיות, המוסד לביטוח לאומי המשרד הראשי, שדרות וייצמן 13, ירושלים 91909, ותודיע באיזו מדינה היית מבוטח.



מס' זהות											
סוג המסמך		דפים									

תביעה לגמלת שאירים

1. פרטי המנוח/ה

שם פרטי		שם משפחה		שם האב		מספר זהות ס"ב	
תאריך לידה		ארץ לידה		תאריך עלייה		ארץ עלייה	
מצב משפחתי אחרון		מתאריך		מיין <input type="checkbox"/>		נ <input type="checkbox"/>	

2. כתובת המנוח/ה

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
------	----------	-------	------	-------	-------

3. שינויים במצב משפחתי של המנוחה - ימולא רק ע"י אלמן

מצב משפחתי ראשון	עד תאריך	מצב משפחתי שני	מתאריך	מצב משפחתי שלישי	מתאריך
רווקה					

4. פרטי הפטירה

תאריך פטירה _____ נסיבות הפטירה _____

אם המנוח/ה היה/הייתה חולה או נכה תקופה ממושכת: תקופת המחלה/הנכות _____

אם הפטירה נגרמה כתוצאה מתאונה נא למלא הפרטים שלהלן ולסמן x במשבצות המתאימות

- סוג התאונה (תאונת דרכים, פגיעה ע"י אדם אחר וכד') _____
- תאריך התאונה _____ 3. מקום התאונה _____
- נמסרה הודעה למשטרה? לא כן לתחנה ב _____ מס' התיק _____
- הגשתי או אגיש תביעה לפיצויי נזיקין? לא כן נגד מי _____
- שם העו"ד המייצג אותי בתביעה _____ כתובתו _____
- קבלתי פיצויים בסך _____ שקל חדש ביום _____ מאת _____

5. פרטים על שהות בחו"ל של המנוח/ה

ציין תקופות העולות על 12 חודשים מיום 1.4.1954 או מגיל 18 או מיום העלייה, המאוחר מביניהם.

סיבת השהות בחו"ל	תקופה		סיבת השהות בחו"ל	תקופה	
	מ-	עד		מ-	עד

6. פרטי האלמנה/ה

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	שם האב
תאריך לידה	ארץ לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	תאריך עלייה
ארץ עלייה	תאריך עלייה		

7. כתובת מגורים

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
------	----------	-------	------	-------	-------

אני מתגוררת/ת בכתובת זו החל מ- _____

8. מען למכתבים

ימולא רק אם כתובת המגורים אינה זהה למען למכתבים

רחוב/תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	טלפון	טלפון נייד
--------------	----------	-------	------	-------	-------	-------	------------

9. פרטי ילדים עד גיל 22 אם הילד מעל גיל 18 והוא לומד או בשירות צבאי*, יש לרשום את שם המוסד או סוג השירות. אם יש ילדים נוספים, נא להוסיף את הפרטים בדף נפרד. ראה הסבר בדף ההנחיות. אני תובעת/ת תוספת בעד ילדים כן לא

מספר זהות	שם הילד		שם האב	תאריך לידה	מין	הילד גר איתו	הילד - לומד או בשירות*
	שם פרטי	שם משפחה					
						<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
						<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
						<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
						<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	

* כולל שירות בצה"ל / קדי"ץ / עתודה / שירות לאומי / שירות בהתנדבות

10. מקום תשלום - נא לצרף המחאה מבוטלת או אישור מהבנק על היות החשבון על שמך ועל שם השותפים לחשבון, אם ישנם. אני מבקש/ת שהקצבה תשולם לי בחשבון:

שמות בעלי החשבון	סוג החשבון <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו
	מספר הסניף, מספר החשבון

החשבון מתנהל על שמי בלבד או על שמי ועל שם בן/בת הזוג.

החשבון מתנהל על שמי ועל שם _____ סוג הקרבה _____

בן/בת, אח, וכי'

החשבון מתנהל על שם הקיבוץ / המשק השיתופי

הצהרת מקבלת/ת הגמלה והשותפים לחשבון:

אנו מתחייבים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון החשבון. אנו מסכימים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה. אנו מסכימים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך החשבון, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום כלשהו בטעות, או שלא כדין, וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור. אנו השותפים לחשבון, מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, עבור מקבל הגמלה.

חתימת

מקבל הגמלה

חתימות

השותפים לחשבון

X

X

11. הסבר על איחור בהגשת התביעה

הנני מגישה/ה תביעה זו לאחר יותר מ- 12 חודשים מיום פטירת המבוטח כיוון ש: _____

12. פרטים על עבודה והתעסקות של המנוח/ה

אם המנוח/ה קיבל/ה קצבת זקנה, אין צורך למלא טבלה זו.
אם המנוח/ה לא קיבל/ה קצבת זקנה, יש לרשום פרטים על תעסוקה כדלקמן: נפטרה אישה - יירשמו פרטים על התעסקותה מגיל 18; נפטר גבר - יירשמו פרטים על התעסקותו מ-1.4.87.

מקורות מחיה (למחוסרי עבודה)	תשלום דמי ביטוח (מי שאינו שכיר יציין את סניף המוסד בו שילם את דמי הביטוח)	מקום עבודה (שכיר יציין שם המעביד וכתובתו; עצמאי ירשום שם העסק)	סוג התעסקות (שכיר, עצמאי, מובטל, וכו')	התקופה	
				עד תאריך	מתאריך

13. פרטים אחרים על המנוח/ה - חובה למלא את כל חלקי הסעיף.

מס' תיק או מס' אישי	סוג הקצבה או התגמול	סמן X בטור המתאים		המנוח/ה קיבל/ה קצבה מביטוח לאומי
		כן	לא	
				המנוח/ה קיבל/ה קצבה מביטוח לאומי
				המנוח/ה קיבל/ה תגמולים ממשד הבטחון
				המנוח היה בעת הפטירה שוטר או סוהר או בשירות צבאי, כולל שירות מילואים.

14. פרטים נוספים על האלמן/האלמנה - חובה למלא את כל חלקי הסעיף.

	סמן X		
	כן	לא	
מ- _____ עד _____			הייתי בן/בת זוגו של המנוח/ה
שולמו לי מזונות: מ- _____ עד _____			חייתי בנפרד מן המנוח/ה
סוג הקצבה: _____			משתלמת לי קצבה מהביטוח הלאומי
בתאריך: _____			הגשתי תביעה לגמלת תלויים בנפגעי עבודה
מספר התיק _____ סוג התגמול _____			משתלם/ישתלם לי תגמול ממשד הביטחון
על ידי: _____			קצבת המנוח/ה נגבתה לאחר פטירתו
שם המוסד: _____ הוצאות החזקתי ממומנות ע"י: _____			אני שוהה במוסד
תאריך הנישואין _____ שם בן/בת הזוג _____ ת.ז. _____			מאז התאלמנתי נישאתי מחדש

15. פרטים על הכנסות של האלמן / האלמנה

נא לציין את ההכנסה החודשית ברוטו ואת סוג המטבע כגון: שקל חדש, דולר, יורו וכד'. אם אין הכנסות, נא לרשום - "אין"
 כאשר התביעה מוגשת ע"י אלמן, יש לצרף אישורים על ההכנסות ב- 12 חודשים שקדמו לפטירת האישה.

הכנסה אחרת (נא לציין מקור)	ריבית	שכר דירה / הכנסה מרכוש	פנסיה או רנטה מחוייל	פנסיה בישראל	עבודה	
						הסכום
						במועד (חודש ושנה)

16. פרטי החותם/ת על התביעה שאינו האלמן או האלמנה של המנוח/ה

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	יחס קירבה
---------	----------	-----------	-----------

כתובת מגיש/ת התביעה

סיבת הגשת התביעה על ידו/ידיה: _____

שם היישוב	שם הרחוב	מספר בית/אות	דירה/כניסה	מיקוד
-----------	----------	--------------	------------	-------

17. הצהרת מגיש/ת התביעה

אני מצהיר/ה כי כל הפרטים בתביעה הם נכונים ומלאים.
 ידוע לי כי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת פרטים, מהווה עבירה על החוק.
 המוסד לביטוח לאומי רשאי לתבוע כל סכום ששולם שלא כדין, בצירוף תוספת לפי שיעור עליית המדד.
 אם יחול שינוי בפרטים שמסרתי, כגון: במצב משפחתי, בהכנסה, בכתובתי, אודיע מיד למוסד לביטוח לאומי.
 כמו כן אני מתחייב/ת להודיע על כל יציאה לחו"ל לתקופה העולה על שישה חודשים.

העדר חתימה ע"ג הטופס יגרום לעיכוב בטיפול

תאריך _____ שם החותם _____ חתימה _____

אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע:

שם העד לחתימה _____ מספר זהות _____ חתימת העד _____

לשימוש המשרד		
_____	_____	_____
חתימת וחותמת המקבל	שם מקבל התביעה	תאריך קבלת התביעה
_____	_____	_____
חתימת וחותמת המזין	שם מזין התביעה	תאריך הזנת התביעה