



תביעה לתשלום גמלה לתלויים של אסיר ציון שנפטר

חובה לצרף טופס זה

אם אין אלמן זכאי ויש ילד, יש לצרף אישורים על לימודים/ שירות בצה"ל/ שירות לאומי.

כיצד יש להגיש את התביעה

עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.

את טופס התביעה יש לשלוח אל:

המוסד לביטוח לאומי

תחום אסירי ציון

שד' וייצמן 13

ירושלים מיקוד 91909

לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.

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

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה ממסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

**תביעה לתשלום גמלה לתלויים
של אסיר ציון שנפטר**

עמוד 1 מתוך 2

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

1 פרטים על אסיר ציון המנוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	תאריך לידה	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום	
מצב משפחתי אחרון: <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה בציבור החל מתאריך _____				
כתובת המנוח (הרשומה במשרד הפנים)				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
				מיקוד

2 פרטי האלמן – אם מגיש התביעה אינו אלמן, עבור לסעיף 4

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	תאריך לידה	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
				מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני		
שנה חודש יום	שנה חודש יום	_____@_____		
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל				
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
				מיקוד
אני מתגורר בכתובת זו החל מתאריך _____				

3 פרטים נוספים על האלמן

1. הייתי בן/בת הזוג של המנוח	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	עד תאריך	מתאריך
		שנה חודש יום	שנה חודש יום
2. חייתי בנפרד מן המנוח	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	עד תאריך	מתאריך
		שנה חודש יום	שנה חודש יום
		עד תאריך	שולמו לי מזונות מתאריך
		שנה חודש יום	שנה חודש יום
3. אני שוהה במוסד	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	שם המוסד: _____	
		הוצאות החזקתי ממונות על ידי: _____	

4

פרטי מגיש התביעה – ילד או אפוטרופוס

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב		יחס קירבה	
סיבת הגשת הבקשה על ידו							
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)							
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה	
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							
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)							
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה	
מיקוד		יישוב		מיקוד			

5

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: <input type="checkbox"/> לחשבון הקיבוץ / המושב <input type="checkbox"/> 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 להחתימם 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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.							
תאריך		חתימת מקבל התשלום		חתימת/חתימות השותפים לחשבון			
_____		_____		_____			

6

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.

תאריך _____ חתימת התובע _____