



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

חובה לצרף לטופס זה

- יש למלא הצהרה על הכנסות (סעיף 4), ולצרף אישורים משלושת החודשים האחרונים על הכנסה מכל מקור.
- יש לצרף לתביעה תדפיסי חשבונות עו"ש של התובע ובן/בת הזוג, כולל אישור מהבנק על פקדונות וחסכונות.
- במקרה של תביעה לתגמול נצרך/תגמ 6, 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.
- יתכן ותידרש להציג מסמכים נוספים לצורך בדיקת זכאות.

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 וביירוים 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

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
---	---------------------------

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

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

1

תביעה לתגמול

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

2

פרטי התובע

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"/> פרודה/ה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <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	
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	
<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
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	

3

פרטי ילדים עד גיל 21

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות
		שנה חודש יום	ס"ב
		שנה חודש יום	ס"ב
		שנה חודש יום	ס"ב
		שנה חודש יום	ס"ב

פרטים על הכנסות התובע ו/בן/בת הזוג. (יש לצרף מסמכים ואישורים משלושת החודשים האחרונים).

על מנת שנוכל לבדוק את זכאותך לגמלה, יש להמציא לנו **תדפיסי חשבונות עו"ש שלך** ושל / בן בת הזוג לתקופה של החצי השנה האחרונה ואישור מהבנק על פקדונות וחשכונות.

סכום הכנסה חודשי בש"ח		מקור הכנסה	
הכנסות בן / בת זוג התובע	הכנסות התובע		
		הכנסה משכר ואו מעסק (לצרף תלושי שכר ושומה)	1.
		פנסיה מהארץ או מחו"ל	2.
		פיצויים/תשלומים מחברת הביטוח	3.
		רנטה מחו"ל	4.
		גמלה מהאוצר	5.
		גמלה ממשרד הביטחון	6.
		גמלה משירות קבע בצה"ל	7.
		קיצבה מגורם אחר פרט:	8.
		מזונות	9.
		הכנסה מריבית או ניירות ערך או תשלום מחסכון וקופת גמל	10.
		הכנסה משכר דירה, מבנה, מגרש, משק	11.
		הכנסה מרכב מושכר (כולל מונית)	12.
		הכנסה המופקדת מחוץ לישראל או הכנסה מכח הסכם או הסדר אחר פרט:	13.
		הכנסה מכל מקור אחר. פרט: _____	14.

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: 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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

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

6

נימוקי המבוטח לתביעה

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.

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.

_____ x _____
 חתימת התובע תאריך

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



פגיעה בעבודה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נפגעי פעולות איבה

פרטים אישיים

<p style="text-align: center;">תאריך אירוע</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">יום</td> </tr> </table>				שנה	חודש	יום	<p style="text-align: center;">תאריך תביעה</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">יום</td> </tr> </table>				שנה	חודש	יום	<p style="text-align: center;">מספר זהות/דרכון</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>				<p style="text-align: center;">קוד גמלה</p> <p style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"> </p>
שנה	חודש	יום																
שנה	חודש	יום																
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 x _____