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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט.www.btl.gov.il .

<u>חובה לחתום על טופס התביעה</u>

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)

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
	מס' זהות / דרכון
	סוג המסמך / דפים

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

❑ רווק/ה ❑ אלמן/ה ❑ נשוי/אה ❑ פרוד/ה ❑ גרוש/ה ❑ ידוע/ה בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

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 (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

3 פרטי ילדים עד גיל 21

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

4 פרטים על הכנסות התובע ובן/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 וחשסכונות.

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

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 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 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.
ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו 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 אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג׳ הרלוונטיים לצורך זה.
ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי 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 www.btl.gov.il > יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.
אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

❑ **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

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

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 ✖ _____