

תביעה לקצבת זקנה על פי חוק הביטוח הלאומי

כולל תביעה להשלמת הכנסה על פי חוק הבטחת הכנסה

חובה לצרף לטופס זה

- במקרה של הפסקה או צמצום בהיקף עבודה - יש לצרף על כך אישור מעביד.
- אישורים על הכנסה מהשכרת נכס (חוזה שכירות) ועל הכנסות מריבית או דיווידנד (אם יש).
- אם הינך שכיר/ה: אישורים על הכנסות מעבודה (תלושי שכר) או אישורי מעביד מכל תקופת עיסוק ובפרט מהשנתיים האחרונות.

כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 12226050.
- לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (אחורה) מיום הגשתה.

ניתן להיעזר באתר המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

ביטוח במדינות אחרות

אם היית מבוטח/ת בביטוח סוציאלי באחת המדינות הבאות: גרמניה, אוסטריה, שווייץ, שוודיה, הולנד, דנמרק, צרפת, בלגיה, פינלנד, אנגליה, אורוגוואי וצ'כיה, באפשרותך לבקש בחינת זכותך לגימלה על פי אמנות לביטחון סוציאלי, עליהן חתמה מדינת ישראל. לשם כך נא לפנות בכתב לאגף קשרי חוץ, המוסד לביטוח לאומי, המשרד הראשי, שדרות ויצמן, ירושלים 91909, בציון המדינה בה היית מבוטח/ת.

חובה לחתום על טופס התביעה



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

תביעה לקצבת זקנה

פרטים אישיים 1						
מספר זהות ב"ב		מין		תאריך לידה		
[]		[]		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
שם פרטי		שם משפחה		תאריך עלייה		
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
נא מלאו (רווק/ה, נשוי/אה, אלמן/ה, גרוש/ה, פרוד/ה, ידוע/ה בציבור, עגונה), החל מגיל 18 או מתאריך העלייה						
מצב משפחתי ראשון	מצב משפחתי שני	מצב משפחתי שלישי	מצב משפחתי אחרון	מתאריך	מתאריך	מתאריך
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
רווק/ה						

סניף הביטוח הלאומי, בו תטופל פנייתך, ייקבע על פי הכתובת אשר פרטיה ימסרו בסעיף זה

כתובת מגורים 2					
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
טלפון קווי	טלפון סלולרי	דואר אלקטרוני			
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []			

מען למכתבים (אם שונה מכתובת מגורים) 3					
רחוב / ת.ד.	מספר בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []

פרטי ילדים עד גיל 22 4				
מספר זהות	שם הילד/ה		תאריך לידה	שם האב
	שם פרטי	שם משפחה		
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
<p>פרטים על ילדים נוספים רשומי/י בדף נפרד</p> <p>יש לצרף אישורים רק אם לומד/ת או בשירות לאומי</p> <p>אי מילוי סעיף זה ימנע בחינת זכאותך לתוספת לקצבה עבור ילדיך</p>				

פרטי הכנסותיך לאחר גיל פרישה (הגיל שבו הינך זכאי לקצבת זיקנה)

5

יש למלא את הפרטים על כל הכנסותיך מהמקורות המפורטים, נכון למועד הגשת התביעה

מקור הכנסה	אין X	יש X	סכום הכנסה חודשי
עבודה (שכר, תמלוגים...)			
הכנסה מהשכרת נכס			
ריבית מחסכונות* או דיווידנד ממניות			

* יש למלא אם הסכום הכולל של הכנסות מהשכרת נכס ריבית או דיווידנט עולה על 8000 ש"ח (ברוטו) לחודש
יש לצרף אישורים על עבודה והכנסה מהשכרת נכס (חוזה שכירות), ריבית או דיווידנד.

אי מילוי סעיף זה במלואו יביא לעיכוב בטיפול ואף לדחיית התביעה

תקופות עבודה ועיסוק

6

נשים מתבקשות למלא תקופות עבודה ועיסוק החל מגיל 18 ועד למועד הגשת התביעה ובפרט מהשנתיים האחרונות.
גברים מתבקשים למלא תקופות עבודה ועיסוק רק מהשנתיים האחרונות.
כל תקופת עיסוק עשויה להגדיל את קצבתך

קרבה למעביד (בן/בת הזוג, אח/ות, בן/בת, הורה)	מקום עבודה (על שכירה/ לציין את שם המעביד/ה והעסק, עצמאית/ רק את שם העסק)	סוג עיסוק (שכירה, עצמאית)	התקופה		
			עד תאריך	מתאריך	
					1.
					2.
					3.
					4.
					5.
					6.

אם אין מספיק מקום, נא לרשום את הפרטים על דף נפרד
על שכירה/ לצרף אישורי מעביד או תלושי שכר על כל תקופה שדווחה על ידו/ה

עבודה ועיסוק לאחר גיל פרישה

7

אני ממשיך/ה לעבוד בהיקף מלא
 * הפסקתי / אפסיק לעבוד מתאריך _____
 * אצמצם את היקף עבודתי מתאריך _____ והכנסתי (ברוטו) תהיה _____ ש"ח לחודש
 * יש לצרף אישור מעביד במקרה של הפסקה או צימצום היקף העבודה.

פרטים על שהות בחו"ל

8

יש לציין רק תקופות העולות על 5 שנים מיום 1.4.1954 או מיום העלייה

מתאריך	עד תאריך	מטרת השהות (יש לציין באיזו מדינה)
1.		
2.		

פרטי בן/בת הזוג

9

מספר זהות ס"ב	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידה שנה _____ חודש _____ יום _____	גרה/איתי <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
שם פרטי	שם משפחה	שם האב	תאריך עלייה שנה _____ חודש _____
כתובת בן/בת הזוג - יש למלא רק אם הכתובת שונה מכתובתך			
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה
			ישוב
			מיקוד / ת.ד.

הכנסות בן/בת הזוג

יש למלא רק אם בן הזוג צעיר מגיל 70 או אם בת הזוג צעירה מגיל 67

אי מילוי סעיף זה לא יאפשר בחינת מתן תוספת קצבה בעד בן/בת הזוג

מקור הכנסה	אין X	יש X	סכום הכנסה חודשי
עבודה (שכר, תגמולים)			
פנסיה בישראל			
פנסיה ו/או רנטה מחו"ל			
הכנסה מהשכרת נכס			
ריבית מחסכונות או דיווידנד ממניות			

יש לצרף אישורים על כל מקור הכנסה

חבר קיבוץ או מושב שיתופי

10

שם החברה/ _____ חברת/ קיבוץ החל מתאריך _____

צמצם/ את עבודתו/ה בתאריך _____ ל- _____ שעות עבודה שבועיות

חותמת הקיבוץ / המושב השיתופי X _____

יש לצרף אישורים בדברי סידורי העבודה של הקיבוץ מהחודשיים האחרונים

אני מבקש/ת שהקצבה תשלום לי בחשבון:

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מספר הסניף	מספר החשבון

החשבון מתנהל על שמי ועל שם _____ סוג הקרבה _____
 בן/בת הזוג, הורה, בן/בת, אח/אחות

החשבון מתנהל על שם הקיבוץ / המושב השיתופי

הצהרת מקבל/ת הקיצבה והשותפים לחשבון:

אנו מתחייבים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון החשבון.
 אנו מסכימים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכח 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 כדיון, וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור.
 אנו השותפים לחשבון, מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה, שיופקדו לחשבון, עבור מקבל הגמלה.

הצהרת מגיש 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 כדיון, 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.

היעדר חתימות על גבי הטופס יגרום להחזר התביעה לתובע

תאריך _____ שם החותם _____ חתימה X _____

אם החותם/ת על התביעה אינו/ה תובע/ת הגמלה

פרטי החותם על התביעה עבור אדם אחר

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב
כתובת	כניסה	טלפון
סולרי	0	0

* יחס קרבה * _____ ** סיבת הגשת התביעה על ידו/ה ** _____

* אם יחס הקרבה אינו מדרגה ראשונה, יש לצרף כתב מינוי מביטוח לאומי *
 ** יש לצרף אישור רפואי או צו בית משפט **

תביעה להשלמת הכנסה - שם פרטי ומשפחה: _____ **ת.ז.:** _____

(אין חובה למלא דף זה)

אם הכנסותיך נמוכות והנך מעוניין/ת שנבחן את זכאותך להשלמת הכנסה כתוספת לקצבת הזקנה, נא מלא/י טופס זה.

חובה לצרף לנספח זה דפי חשבון עובר ושב עבור שלושת החודשים האחרונים ואישור על ריכוז תיק השקעות מכל הבנקים בהם מנוהלים חשבונותיך.

I פרטים על הון של התובע/ת ו/או בן/בת הזוג

אם יש - נא למלא סכום בשקלים. אם אין - נא לסמן X

התובע/ת	בן/בת הזוג	
		פקדונות ותוכניות חסכון
		אגרות חוב וניירות חוב
		גמלה ממשד הקליטה / הסוכנות
		פנסיה / רנטה מחו"ל
		תגמולים ממשד הבטחון / האוצר

II פרטים על נכסי התובע/ת ו/או בן/בת הזוג

יש לפרט רכוש והון שהיו ברשות המבקש/ת ו/או בן/בת הזוג ב- 5 השנים האחרונות. אם אין רכוש או הון נא לסמן X

סוג הרכוש או ההון	פרטים על הרכוש	אם נמכר ללא תמורה ציין מועד המסירה	אם נמכר, ציין מועד המכירה
בתים ודירות (פרט לדירת מגורים ולדירור מוגן)	כתובת: גוש/חלקה: בבעלות: כן / לא שאני שוכר/ת: כן / לא		
קרקע עירונית, קרקע חקלאית ומשק חקלאי (משק חי, פרדס, פלחה וכו')	מקום: גוש/חלקה:		
עסק ושותפות בעסק (בית חרושת, בית מלאכה, חנות וכו')	יש / אין		
רכב	בבעלותי או בשימושי: כן / לא רכב ניידות: כן / לא לצורך טיפול רפואי: כן / לא		

III פרטים אחרים

אני חייב בתשלום דמי מזונות על פי פסק דין, בסכום חודשי של _____ ש"ח

נפסקו לזכותי דמי מזונות, בסכום חודשי של _____ ש"ח

IV אמצעי קיום

אם אין לך הכנסות, ציין את מקורות הקיום שלך: _____
