המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
זקנה ושאירים

לשימוש פנימי (סריקה)

מס' זהות

סוג המסמך | דפים

תביעה לתשלום מענק פטירה ו/או יתרת קצבה

סוג הגמלה _____ מס' תיק _____

פרטי המנוח/ה

שם משפחה של המנוח/ה	שם פרטי של המנוח/ה	תאריך פטירה	מספר זהות ס"ב

כתובת אחרונה של המנוח/ה

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

פרטי התובע/ת

שם התובע/ת	מספר זהות ס"ב	יחס קירבה למנוח/ה

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

מספר טלפון		מספר טלפון נייד
0		

אני החתום/ה מטה מבקש/ת לאשר לי תשלום של: (נא לסמן X במשבצת המתאימה):

☐ מענק פטירה וכן יתרת קצבה (אם הקצבה לא נגבתה ע"י המנוח/ה) כיוון שהייתי בן/בת הזוג של המנוח/ה בעת הפטירה.

☐ יתרת קצבה (אם הקצבה לא נגבתה ע"י המנוח/ה) כיוון ש:

☐ המנוח/ה היה/היתה סמוך על שולחני מ _____ עד _____

☐ ספקתי למנוח/ה מצרכים ו/או שירותים חיוניים מבלי שקבלתי תמורה בעדם,

בתקופה מ _____ עד _____

☐ גביתי את קצבת המנוח/ה ששולמה בטעות לאחר הפטירה (לא כולל את חודש הפטירה) ☐ כן ☐ לא

נא להעביר את התשלום ל:

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מספר הסניף	מספר החשבון

הנני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. אני מסכים/ה שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או בחלקו שולם שלא כדין. אני מצרף/ת המחאה מבוטלת או אישור מהבנק המעיד שאני בעל/ת החשבון.

תאריך _____ חתימה _____

לשימוש משרדי

החלטת פקיד תביעות _____

_____

_____

תאריך _____ שם החותם _____ חתימה _____