



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
זקנה ושאירים

תביעה אישית לדמי קבורה

עמוד 1 מתוך 2

<table border="1"> <tr> <td colspan="10">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td colspan="2">סוג המסמך</td> <td colspan="2">דפים</td> </tr> </table>	מס' זהות / דרכון										סוג המסמך		דפים		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
מס' זהות / דרכון																
סוג המסמך		דפים														

סניף _____	מס' טופס _____	לשימוש משרדי
תאריך הגשה שנה _____ חודש _____ יום _____	_____	_____

1	זיהוי הנפטר בעל מספר זהות ס"ב _____ מספר זהות _____	ללא מספר זהות מס' רישיון קבורה _____
שים לב: אם הנפטר הוא תינוק או בעל דרכון יש למלא גם את סעיף 7 להלן.		

2	פרטי הנפטר שם משפחה _____ שם פרטי _____	תאריך לידה שנה _____ חודש _____ יום _____	ישוב מגורי הנפטר
חובה לצרף רישיון קבורה מקורי.			

3	פרטי הקבורה תאריך הקבורה _____ שנה _____ חודש _____ יום _____	שם יישוב הקבורה _____
----------	--	-----------------------

4	פרטי התובע שם משפחה _____ שם פרטי _____	מספר זהות ס"ב _____
מספר דרכון (רק במידה שאין מספר זהות) _____	יחס קירבה לנפטר	תאריך לידה שנה _____ חודש _____ יום _____
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב / תא דואר _____	מס' בית _____	כניסה _____
דירה _____	יישוב _____	מיקוד _____
טלפון קווי _____	טלפון נייד _____	דואר אלקטרוני _____
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)		
רחוב / תא דואר _____	מס' בית _____	כניסה _____
דירה _____	יישוב _____	מיקוד _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

5

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

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.
 אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.
 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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.
 תאריך _____ חתימת מקבל התשלום ✕ _____ חתימת השותפים לחשבון ✕ _____

עבור נפטר ללא מספר זהות

6

עבור נפטר תינוק:

מספר דרכון הורה (במידה ואין מספר זהות)	מספר זהות הורה
	
שם הורה	שם משפחה

עבור נפטר בעל דרכון:

	מספר דרכון נפטר
---	-----------------

פטירה או קבורה בחו"ל

7

סוג מטבע	הסכום ששולם עבור הקבורה בחו"ל	האם קבורה התרחשה בחו"ל? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם פטירה התרחשה בחו"ל? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
----------	-------------------------------	---	---

שים לב: אם הנפטר נקבר בחו"ל, יש לצרף קבלה על התשלום

הצהרה

8

אני הח"מ מצהיר בזאת כי אני ובני משפחתי עסקנו בקבורתו של המנוח הנ"ל.
 לא תבענו ולא קיבלנו כל תשלום מאדם או מגוף אחר בעד הקבורה ובעד השירותים המקובלים בקשר לקבורה.
 אני מתחייב להחזיר את תשלום דמי הקבורה למוסד לביטוח לאומי בצרוף ההצמדה אשר נקבעה בחוק, אם בעתיד יתברר כי אינני זכאי לכך.
 أنا الموقع أدناه أصرح بأني أنا وأبناء عائلتي قمنا بالاعتناء بمراسم دفن المرحوم المذكور أعلاه.
 لم نطلب ولم نتلقى أي مبلغ مقابل عملية الدفن أو مقابل الخدمات المتبعية بخصوص الدفن من أي شخص أو هيئة أخرى.
 أتعهد بإعادة رسوم الدفن لمؤسسة التأمين الوطني مضافاً إليها غلاء المعيشة المحددة بموجب القانون في حال تبيّن عدم استحقاقها لاحقاً.

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____

לשימוש משרדי

המנוח היה / היתה תושב/ת ישראל: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
תאריך הזנה	המזין
חתימה ראשונה	חתימה שנייה