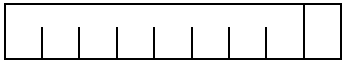

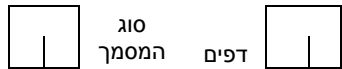



עמוד 1 מתוך 2




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

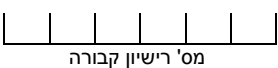

**חותמת קבלה**

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
זקנה ושאיירים

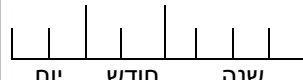
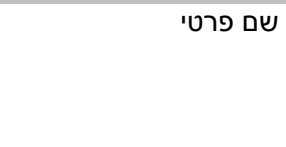
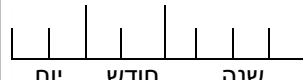



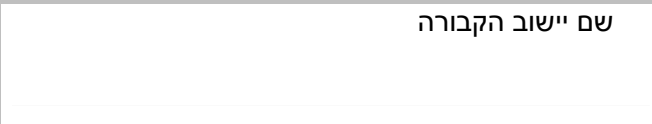
**תביעה אישית לדמי קבורה**





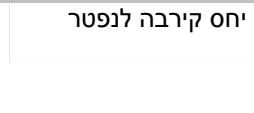

לשימוש משרדי סניף 	תאריך הגשה 	מס' טופס 
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

זיהוי הנפטר זיהוי נפטר ללא מספר זהות 	זיהוי נפטר בעל מספר זהות מספר זהות 
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

שים לב: אם הנפטר הוא תינוק או בעל דרכון יש למלא גם את סעיף 7 להלן.

פרטי הנפטר שם פרטי 	שם משפחה 	תאריך לידה 	ישוב מגורי הנפטר 
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

פרטי הקבורה תאריך הקבורה 	שם יישוב הקבורה 
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

פרטי התובע שם משפחה 	שם פרטי 	מספר דרכון (רק במידה שאין מספר זהות) 
מספר זהות מס' ב"ב 	יחס קירבה לנפטר 	תאריך לידה 

<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/>					
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

**6 פרטי חשבון הבנק של התובע**

6

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

תאריך \_\_\_\_\_

חתימת מקבל התשלום \_\_\_\_\_

חתימת/חתימות השותפים לחשבון \_\_\_\_\_

**7 עבור נפטר ללא מספר זהות**

7

עבור נפטר תינוק:

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

עבור נפטר בעל דרכון:

מספר דרכון נפטר

**8 פטירה או קבורה בחו"ל**

8

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

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

**9 הצהרה**

9

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.

תאריך \_\_\_\_\_

חתימת התובע \_\_\_\_\_

**לשימוש משרדי**

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