

## طلب للحصول على معاش مُتبقى لمؤمن عليه / عامل متوفي בקשה לתשלום קצבת שארי מבוטח / עובד שנפטר

רדא على طلبك للحصول على معاش مُتبقى لمؤمن عليه / عامل متوفى. مرفق نموذج طلب للحصول على المعاش. مطلوب منك تعبئته وإرساله إلينا.  
בהמשך לפנייתך לקבלת קצבת שארי מבוטח / עובד שנפטר, מצורף טופס בקשה לתשלום הקצבה, נבקשך למלא אותו ולהעבירו אלינו.

### ما الذي يجب إرفاقه بنموذج الطلب؟

- صورة من بطاقة هوية مقدم الطلب تشمل الملحق.
- صورة من بطاقة هوية المتوفى تشمل الملحق.
- شهادة إدارة حساب أصلية موقعة من البنك.
- شهادة الوفاة. تصريح وفاة للتحقق من وفاة المؤمن عليه.
- حصر الإرث أو امر الوصية من المحكمة. مترجمة للعبرية ومصادق عليها بوزارة العدل الفلسطينية والإسرائيلية.
- مستندات مترجمة للعبري تثبت سبب الوفاة.
- قسائم الراتب لأخر 3 أشهر من عمل المتوفى.
- عند التقدم بطلب للحصول على معاش أرمل/ة – يجب إرفاق وثائق تثبت أنهما عاشا معا في العامين الماضيين (مثل الضرائب البلدية وفواتير الكهرباء والماء)
- إذا كان هناك أمر تعيين وصي صالح أو توكيل رسمي دائم، فيرجى إرساله إلينا.

### מה יש לצרף לטופס הבקשה?

- צילום תעודת זהות של מבקש/ת הקצבה כולל ספח.
- צילום ת.ז של המנוח כולל ספח.
- אישור ניהול חשבון מקורי וחתום על ידי הבנק.
- תעודת פטירה הצהרת מוות לאימות פטירת הגמלאי.
- צו ירושה או צוואה וצו קיום צוואה מתורגמים לעברית לאחר אימות משרד המשפטים הפלסטינאי ומשרד המשפטים הישראלי.
- מסמכים מתורגמים לעברית המעידים על סיבת הפטירה.
- תלושי שכר בגין 3 חודשי העבודה האחרונים של המנוח/ה.
- בבקשת קצבה של אלמן/ה - מסמכים המעידים על מגורים משותפים בשנתיים האחרונות (כדוגמת תשלומי ארנונה, תשלומי חשבונות חשמל ומים)
- אם קיים צו מינוי אפוטרופוס בתוקף או ייפוי כוח מתמשך יש להעביר אלינו מתורגם.

### كيف يتم إرسال المستندات إلينا؟

عن طريق البريد الإلكتروني إلى العنوان: mail@ipfund.co.il.  
عن طريق البريد إلى: رقم الصندوق 33532, تل أبيب. الرمز البريدي 6133401.

### איך לשלוח אלינו את המסמכים?

באמצעות הדוא"ל לכתובת המייל: mail@ipfund.co.il.  
באמצעות הדואר לכתובת: ת.ד. 33532 תל אביב מיקוד 6133401.

## ללעם

לן נטמן מן הבעד פי מעלגה זקלכ לא בעד אסטלם זמלע המסטנדט המלוביה ומלע הנמודז באלקמל.  
מדה מעלגה הזקלכ הי 90 יומם מן תארלח אסטלם זמלע המסטנדט الصلحه.

## לידלעתך

אנו נוקל להתחיל את הטיפול בבקשתך רק לאחר קבלת כל המסמכים הנדרשים וכן מילוי הטופס בשלמותו.  
זמן הטיפול בבקשה הוא 90 ימים ממועד קבלת כל המסמכים קריאים ותקינים.

ברגל מלחצה أنه إذا كان الطلب يتعلق باليتيم الذي غير المؤهل لرعاية نفسه أو أحد الوالدين غير مؤهل لرعاية نفسه. فيجب ملء نموذج طلب مخصص.

לתשומת ליבך - אם הבקשה היא ליתום שאינו עומד ברשות עצמו או הורה שאינו עומד ברשות עצמו יש למלא טופס בקשה ייעודי.

## נדעוק ללאלصال בנא

מע פאנק האחרמ.  
ברנאם ברקה

אנו מזמינים אותך לפנות אלינו

בברכה,  
תוכנית באראקה

## מודג طلب للحصول على معاش مُتبقى لمؤمن عليه / عامل متوفى טופס בקשה לתשלום קצבת שארי מבוטח/ עובד שנפטר

### 1. تفاصيل المتوفى / פרטי המנוח/ה

رقم الهوية מספר תעודת זהות	جنس مין זכר / أنثى נקבה	اسم العائلة שם משפחה	الاسم الشخصي שם פרטי	تاريخ الميلاد תאריך לידה

### 2. فاصيل طالب/ة المعاش פרטי מבקש/ת הקצבה

رقم الهوية מספר תעודת זהות	جنس מין זכר / أنثى נקבה	اسم العائلة שם משפחה	الاسم الشخصي שם פרטי	تاريخ الميلاد תאריך לידה

الحالة الاجتماعية מצב משפחתי (يرجى وضع دائرة حولها נא לסמן בעיגול)	اسم الأب שם האב	اسم الجد שם הסב	رقم الخلوي טלפון נייד
<input type="radio"/> أعزب / עזבא רווק/ה <input type="radio"/> متزوج / נשוי/ה <input type="radio"/> مُطلق / גרוש/ה <input type="radio"/> أرمل / אלמן/נה			

عنوان السكن/الشارع כתובת מגורים/רחוב	رقم المنزل מס' הבית	مدينة עיר	البريد الإلكتروني דואר אלקטרוני

• أنا אני \_\_\_\_\_ حامل هوية رقم מספר ת.ז. \_\_\_\_\_

أطلب بالموافقة على طلبي للحصول على معاش مُتبقى מבקש/ת לאשר לי תשלום קצבת שארים.

• يُرجى تحديد القرابة العائلية من المتوفى (ضع علامة X) קרבתי למנוח/ה היא (יש לסמן X)

زوج / زوجة בעל/אישה

الزوج العرفي (يجب إرفاق حكم صادر عن هيئة قضائية مختصة) ידוע/ה בציבור (יש לצרף פסק דין של ערכאה שיפוטית מוסמכת)

طفل المؤمن عليه الذي يقل عمره عن 21 عامًا ילדו של המבוטח מתחת לגיל 21

• إذا كان مقدم طلب الحصول على المعاش هو زوج/ة المتوفى:

أقر بموجب هذا أنه ابتداءً من \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

حتى وفاة المتوفى في يوم \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

כנא נדיר أسرة مشتركة بشكل مستمر في العنوان: \_\_\_\_\_

במידה ומבקש/ת הקצבה הינו בן/בת הזוג של המנוח/ה:

אני מצהיר/ה בזה כי החל מיום \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ועד לפטירת המנוח/ה ביום \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ניהלנו משק בית משותף ברציפות בכתובת: \_\_\_\_\_

• ترك المتوفى وراءه أيتامًا تقل أعمارهم عن 21 عامًا وقت وفاته (يرجى وضع علامة X على الجواب الصحيح):

המנוח/ה השאיר/ה אחריו/ה יתומים שגילם אינו עולה על 21 במועד פטירתו (יש לסמן X):

نعم כן

لا לא

3. إذا أُجبت بنعم ولم يبلغ اليتيم سن 18 عاما بعد – أقر بأنني الوصي الوحيد على ابن/أبناء المتوفى وأنه لم يتم تعيين ولي أمر آخر غيري وألتزم بإبلاغ المؤسسة إذا تم تعيين وصي في المستقبل. مباشرة بعد تعيينه.  
במידה וענית כן והיתום טרם הגיע לגיל 18 – אני מצהירה כי אני האפוטרופוס היחיד/ה על ילדו/יו של המנוח וכי לא מונה אפוטרופוס נוסף זולתי ואני מתחייבת/ת למסור לקרן הודעה אם ימונה אפוטרופוס בעתיד, מיד לאחר מינויו.

3. **أولاد المؤمن عليه حتى سن 21 (بما في ذلك الأطفال من زواج سابق)  
ילדי המבטח/ת עד גיל 21 (כולל ילדים מנישואים קודמים)**

اسم ال ولد שם הילד	رقم الهوية מספר ת.ז.	تاريخ الميلاد תאריך לידה	تاريخ بدء الإعاقة (ينطبق على الأطفال المعوقين فقط) מועד תחילת הנכות (רלוונטי לילדים נכים בלבד)

4. **تفاصيل عمل المتوفى פרטי תעסוקה של המנוח/ה**

اسم آخر صاحب عمل مؤمن في الصندوق שם המעסיק האחרון המבטח בקרן	المهنة מקצוע	الوظيفة תפקיד

מقابل שנהר הוּפָאָה. דפג סחב העמל המטופי (זע עמאע X וארפוק קסאמ הרטב לآخر 3 אשנהר מן העמל):  
בגין חודש הפטירה שילם מעסיקו של המנוח/ה (יש לסמן X ולצרף תלושי שכר בגין 3 חודשי העבודה האחרונים):  
 רטב קמל משכורת מלאה  
 רטב בדואר גזנטי משכורת חלקית  
 המטופי למ עמל המנוח/ה לא עבד/ה

5. **تصريح المتبقي/ة הצהרת השאירה/ה**

1. אלתרם בתזוידכמ באלסטנדט ואלבינת חסב מתלבתכמ. מן אגל חדיד אהליתי מן סנדוק התקעד.  
אני מתחייבת/ת להמציא לכם מסמכים ונתונים בהתאם לדרישתכם, לצורך קביעת זכאותי מתוכנית הפנסיה.
2. אמחכמ אדנא לא רגעה פיה ללאתסל באי געה עמא. כמא הו מחדד פי קانون חמאיה הפרטיות. מן אגל החסול על אי מלומט עני זרוריה לתזויד אהליתי לחסול על מלש מן הסנדוק.  
אני נותנת/ת לכם הרשאה בלתי חוזרת לפנות לכל גוף ציבורי, כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, כדי לקבל כל מידע אודותיי הנחוץ לבירור זכאותי לקצבה מהתוכנית.
3. אפר בן גמיע התפאסיל התי קדמתה אעלה סחיכה. אלתרם באבלגכמ באי תגפיר סיחדת פי וחד או אכטר מן התפאסיל התי קדמתה. במ פי זלכ אי חדת מן שנאנה תגפיר עד המטפיקין למؤمن עליו המטופי.  
אני מצהירה/ה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים. אני מתחייבת/ת להודיע לכם על כל שינוי שיחול באחד או יותר מהפרטים שמסרתי, לרבות כל מאורע שישינה את מספר השאירים של המנוח/ה.
4. אפר באנני על עמל ואואפק על אי אנה אדא תבין אנני לא אסתחק המלש או אנני קדמת ללברנאמ תפאסיל גפיר סחיכה. פקד בלגי הברנאמ אהליתי לחסול על המלש או חדיד מבלג המלש. ואדרק אנה פי מלל הלה חמלה. יחק ללסנדוק אפצא המטלבה בסטרדאד המבלג התי דפעה לי או תעויד מבלג המדפוע לי ען תריק החטא. באלזפאע אל פי רוק הרפט והפאנדה מן דפג רטב סנופי או אי מבלג אפר סיכונ מתאח לי פי הברנאמ.  
אני מצהירה/ה כי ידוע לי ואני מסכים/ה כי אם יתברר שאין לי זכאות לקצבה או כי מסרתי לתוכנית פרטים שאינם נכונים, התוכנית תהיה רשאית לשלול זכאותי לקצבה או לעדכן את סכום הקצבה. ידוע לי כי במקרה כזה התוכנית תהיה זכאית גם לדרוש החזר סכומים ששילמה לי או לקזז את הסכום ששולם לי בטעות, בתוספת הפרשי הצמדה וריבית מתשלום קצבה או מכל סכום אחר שיעמוד לזכותי בתוכנית.

5. תפאסיל חסאב הבנק פרטי חשבון בנק

רפמ החסאב מספר חשבון	רפמ الفرع מספר סניף	אסמ الفرع שם הסניף	אסמ הבנק שם הבנק

החסאב המצרפי באסמי والشركاء هم:  
חשבון הבנק הוא על שמי ושותפים בו:

الاسم שם \_\_\_\_\_ , رقم الهوية ת.א. \_\_\_\_\_ , القرابة العائلية קרבה \_\_\_\_\_  
الاسم שם \_\_\_\_\_ , رقم الهوية ת.א. \_\_\_\_\_ , القرابة العائلية קרבה \_\_\_\_\_

6. الالتزام بتقديم "شهادة حياة" للحصول على المعاش חובת המצאת "אישור חיים" למקבל קצבה

נظرًا لأن الأهلية للحصول على معاش تنتهي عند وفاة الحاصل على المعاش. فمن واجبك تقديم "شهادة حياة" للصندوق مرة كل 6 أشهر. سيؤدي عدم تقديم هذه الشهادة إلى التوقف عن دفع المعاش.  
מאחר זכאות לקבלת קצבה פוקעת עם פטירת מקבל/ת הקצבה, מחובתך להמציא "אישור חיים" לתוכנית אחת ל-6 חודשים. אי המצאת אישור זה תביא להפסקה בתשלומי הקצבות.

المعلومات المقدمة للمؤسسة في إطار هذا المستند. جزئيًا. مطلوبة بموجب القانون ووفقًا للوائح البرنامج واستخدام البرنامج لأغراض تقديم الخدمة (بما في ذلك فحص حقوقك وفقًا للوائح البرنامج). وتحسينها. وتحسينها وتشغيلها. وكذلك لإجراء البحوث الإحصائية. سيتم نقل المعلومات إلى أطراف ثالثة وفقًا للقانون ولوائح البرنامج والإجراءات المتبعة. حسب الاقتضاء.  
המידע הנמסר לתכנית במסגרת מסמך זה, בחלקו מתחייב ע"פ דין וע"פ תקנון התכנית וישמש את התכנית לצרכי מתן השירות (ולרבות בחינת זכויותיך ע"פ תקנון התכנית), שיפורו, ייעולו ותפעולו, וכן לביצוע מחקרים סטטיסטיים. המידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לדין, לתקנון התכנית והרגולציה, לפי העניין.

\_\_\_\_\_ אסמ المؤمن عليه שם המבוטח

\_\_\_\_\_ توقيع المؤمن عليه חתימת המבוטח

\_\_\_\_\_ التاريخ תאריך