



תביעה לתגמולים למשפחות הנספים בפעולות איבה

חובה לצרף לטופס זה

תעודה רפואית המעידה על ילד מעל גיל 21 שאינו מסוגל לכלכל עצמו, וכן הצהרה על הכנסותיו. ↵

לידיעתך

- ↵ על פי חוק, לא ישולם התגמול לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשת התביעה.
- ↵ באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.

כיצד יש להגיש את התביעה

↵ תביעה זו הינה אישית, לכן על כל תובע להגיש טופס תביעה בנפרד, מלבד במקרים הבאים:

- **הורים שכולים** ימלאו בטופס את פרטי ילדיהם בסעיף 6.
 - **הורים שכולים הנשואים זה לזו** ימלאו רק טופס תביעה אחד עם פרטי שניהם.
 - **אלמן** ימלא בטופס גם את פרטי הילדים בסעיף 8.
- ↵ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וביירוטים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ↵ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

**תביעה לתגמולים למשפחות
הנספים בפעולות איבה**

עמוד 1 מתוך 4

<p>מס' זהות / דרכון</p>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
<p>סוג המסמך</p>	<p>דפים</p>

חותמת קבלה

1 פרטים אישיים של הנספה

1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
מין	תאריך לידה	תאריך נישואין
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	שנה חודש יום	שנה חודש יום

2 תאור הפגיעה

2

תאריך הפגיעה	תאריך הפטירה
שנה חודש יום	שנה חודש יום
תחנת המשטרה שחקרה את הארוע	שם בית החולים בו טופל אחרי הפגיעה
תאר בקצרה את הפגיעה	

3 פרטי התובע

3

תאריך לידה	מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	הקרבה לנספה
שנה חודש יום	ס"ב			אלמן
שנה חודש יום	ס"ב			אב
שנה חודש יום	ס"ב			אם
שנה חודש יום	ס"ב			יתום (שעומד ברשות עצמו)
שנה חודש יום	ס"ב			יתום (שאינו עומד ברשות עצמו)
שנה חודש יום	ס"ב			אחר (ידוע בציבור, אפטרופוס וכו')

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 מכתבים בדואר 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 בן/בת זוג לא שכולה (למילוי ע"י הורה שכול/שכן/בת זוג אינו/ה הורה של הנספה)

4

שם משפחה	שם משפחה קודם	שם פרטי
מספר זהות ס"ב	תאריך לידה	תאריך נישואין
יום חודש שנה	יום חודש שנה	יום חודש שנה

פרטים נוספים (למילוי במקרה של הורים שהתגרשו)

5

א. האם שילם האב הטבעי מזונות בעבור הנספה: כן לא

ב. על שולחן מי היה סמוך הנספה, החל מתאריך נישואי הורה בשנית, ציין את כל התקופות

ג. יש לצרף הסכם גירושין

פרטי אחיו ואחיותיו של הנספה (למילוי ע"י ההורים השכולים)

6

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	שם האב	שם האם
	שם האב	שם האם
יום חודש שנה	שם האב	שם האם
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	שם האב	שם האם
	שם האב	שם האם
יום חודש שנה	שם האב	שם האם
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	שם האב	שם האם
	שם האב	שם האם
יום חודש שנה	שם האב	שם האם
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	שם האב	שם האם
	שם האב	שם האם
יום חודש שנה	שם האב	שם האם

פרטים על נישואין קודמים

7

שם בעל/אישה	תקופת הנישואין	סיבת סיום נישואין (גירושין, מוות וכו')	במקרה של גירושין
א. של הנספה			האם קבלת מזונות? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
ב. של מגיש התביעה			

פרטי הילדים (למילוי ע"י האלמן)

8

ילדי הנספה מנישואין עם מגיש התביעה

שם הילד	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מספר זהות ס"ב	1
תאריך לידה	מצב משפחתי	כתובת	
שם הילד	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מספר זהות ס"ב	2
תאריך לידה	מצב משפחתי	כתובת	
שם הילד	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מספר זהות ס"ב	3
תאריך לידה	מצב משפחתי	כתובת	
שם הילד	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מספר זהות ס"ב	4
תאריך לידה	מצב משפחתי	כתובת	

ילדי הנספה מנישואין קודמים

שם הילד	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מספר זהות ס"ב	1
תאריך לידה	מצב משפחתי	כתובת	
שם הילד	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מספר זהות ס"ב	2
תאריך לידה	מצב משפחתי	כתובת	

ילדי הנספה מנישואין קודמים - המשך

<p>מספר זהות ס"ב</p> <p>_____</p>	<p>מין</p> <p>זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/></p>	<p>שם הילד</p> <p>_____</p>	3
<p>כתובת</p> <p>_____</p>	<p>מצב משפחתי</p> <p>_____</p>	<p>תאריך לידה</p> <p>שנה _____ חודש _____ יום _____</p>	
<p>מספר זהות ס"ב</p> <p>_____</p>	<p>מין</p> <p>זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/></p>	<p>שם הילד</p> <p>_____</p>	4
<p>כתובת</p> <p>_____</p>	<p>מצב משפחתי</p> <p>_____</p>	<p>תאריך לידה</p> <p>שנה _____ חודש _____ יום _____</p>	

9 תשלומים ופיצויים מכח חוקים אחרים (למילוי ע"י מגיש התביעה)

9

האם אתה מקבל או קיבלת תשלום או תגמול:

ממשרד הביטחון? לא כן, פרט: _____

ממשרד האוצר? לא כן, פרט: _____

10 פרטי חשבון הבנק של התובע (הורים שכולים חייבים בחשבון משותף)

10

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מספר הסניף	מספר חשבון

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין אחריה.

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: _____ שם השותף: _____ מספר ת.ז. _____ חתימה **x** _____

11 הצהרה

11

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך: _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה **x** _____