



## תביעה לתגמולים למשפחות הנספים בפעולות איבה

### חובה לצרף לטופס זה

תעודה רפואית המעידה על ילד/ה מעל גיל 21 שאינו/ה מסוגלת לכלכל עצמו/ה, וכן הצהרה על הכנסותיו/ה.

### לידיעתך

על פי חוק, לא ישולם התגמול לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (אחורה) מיום הגשת התביעה.

### כיצד יש להגיש את התביעה

תביעה זו הינה אישית, לכן על כל תובע/ת 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/ה** – יש למלא בטופס גם את פרטי הילדים בסעיף 8.

את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 12226050.

לפרטים נוספים ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

**תביעה לתגמולים למשפחות  
הנספים בפעולות איבה**

עמוד 1 מתוך 4

 מס' זהות / דרכון	 סוג המסמך	 דפים	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	<b>חותמת קבלה</b>
----------------------	---------------	----------	---------------------------	-------------------

**1 פרטים אישיים של הנספה**

1

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

**2 תאור הפגיעה**

2

תאריך הפגיעה 	תאריך הפטירה 
תחנת המשטרה שחקרה את הארוע _____	שם בית החולים בו טופל אחרי הפגיעה _____
תארי' בקצרה את הפגיעה _____ _____ _____	

**3 פרטי מגיש/ת התביעה**

3

הקרבה לנספה	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	תאריך לידה
אלמן/ה				
אב				
אם				
יתום/ה (שעומד ברשות עצמו)				
יתום/ה (שאינו עומד ברשות עצמו)				
אחר (ידועה/בציבור, אפטרופוס וכו')				
<b>כתובת</b>				
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני		
<input type="checkbox"/> אני מאשר/ת קבלת הודעות SMS				



**7 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 מגישת/התביעה			

**8 פרטי הילדים (למילוי ע"י האלמן/ה)**

8

**ילדי הנספה מנישואין עם המגישה**

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

**ילדי הנספה מנישואין קודמים**

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

**תשלומים ופיצויים מכח חוקים אחרים - המשך**

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

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

האם את/ה מקבל/ת או קיבלת תשלום או תגמול:

ממשרד הביטחון? לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_  
 ממשרד האוצר? לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

**10 פרטי חשבון הבנק התובע/ת (הורים שכולים חייבים בחשבון משותף)**

מס' בנק	שמות בעלי החשבון		
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

אני השותף/ה לחשבון הבנק של ת.ז. \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב/ת להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, עבור מקבלת/ת הגמלה. אני מתחייב/ת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים/ה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין אחריה. אני מסכים/ה שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם השותף: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_

**11 הצהרה**

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה 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 זכותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב/ת להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע/ת / מקבלת/ת הגמלה ✕ \_\_\_\_\_