

תביעה לתגמולים למשפחות הנספים בפעולות איבה **(על פי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה תש"ל - 1970)**

הוראות למילוי הטופס

כללי

- התנאי המוקדם לתביעה לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, הוא אישור הרשות המאשרת כי הפגיעה היא פגיעת איבה כהגדרת החוק.
- אדם שנפגע בפעולת איבה בעת שעסק בעבודתו, רשאי לבחור בין קבלת תגמול לפי חוק פעולות איבה לבין קבלת גימלה לפי חוק הביטוח הלאומי. על פי החוק יש לבחור בתוך ששה חודשים מהיום בו ניתן האישור ע"י הרשות המאשרת, בסוג התגמול הנבחר.
- על כל תובע להודיע למוסד על השינויים שיחולו במצבו המשפחתי או בכתובתו. הורים שכולים יודיעו על שינויים בגובה הכנסותיהם.

א. אופן הגשת התביעה

1. את התביעה לתגמולים יש להגיש בסניף המוסד הקרוב למקום מגורידך.
2. תביעה זו הינה אישית, ולכן על כל תובע להגיש טופס תביעה בנפרד, מלבד במקרים הבאים:
 - אלמנה - ימלא בטופס גם את פרטי ילדיו/ה בסעיף 8.
 - הורים שכולים - א) ימלאו בטופס גם את פרטי ילדיהם בסעיף 9.
 ב) הורים שכולים הנשואים זה לזו ימלאו רק טופס תביעה אחד עם פרטי שניהם.
 ג) הורים שכולים חייבים למלא גם את ההצהרה על הכנסותיהם בעמ' 4 לצורך חישוב התגמול.

ב. תעודות ומסמכים שיש להציג בעת הגשת התביעה

1. תעודת זהות של מגיש התביעה.
2. תעודת פטירה של הנספה.
3. הורים שכולים יציגו מסמכים על הכנסותיהם (ראה פירוט בעמ' 4)
4. אישור מהמטרה על סוג הארוע בו נפגע הנספה (חבלני, פלילי, וכו')
5. תעודה רפואית המעידה על ילד מעל גיל 21 שאינו מסוגל לכלכל עצמו וכן הצהרה על הכנסותיו.
6. אם נתמנה אפוטרופוס - צו אפוטרופוסות.
7. יש לצרף המחאה מבוטלת או אישור מהבנק על פרטי בעלי חשבון הבנק.
 בהעדר אחד המסמכים הנ"ל, לא תתקבל בקשתך.



חותמת הסניף ותאריך קבלה

--

תביעה לתגמולים למשפחות הנספים בפעולות איבה

(על פי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה תש"ל - 1970)

לתשומת לבך: יש לקרוא בעיון דף ההוראות למלוי הטופס טרם מלוי הפרטים. הורים שכולים חייבים למלא גם הצהרה על הכנסותיהם, ראה עמ' 1.
אני החתום/ה על טופס זה תובעת/תשלום תגמול לפי הפרטים הבאים:

1. פרטים אישיים של הנספה:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
שם האב	תאריך לידה	תאריך נישואין	

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
------	----------	-------	------	-------	-------

2. תאור הפגיעה:

תאריך הפגיעה	תאריך הפטירה	תחנת המשטרה שחקרה בנושא	שם בית החולים בו טופל אחרי הפגיעה
תאר בקצרה את הפגיעה:			

3. פרטי מגיש התביעה:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	ת. לידה	הקרבה לנספה אלמנה
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	ת. לידה	אב
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	ת. לידה	אם
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	ת. לידה	יתום (שעומד ברשות עצמו)
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	ת. לידה	אחר (ידועה/בציבור אפטרופוס וכו')

4. כתובת מגיש התביעה:

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	05	0		

עמוד 3 מתוך 5

5. פרטי בן / בת זוג לא שכול/ה (למילוי ע"י הורה שכול שבן / בת זוג אינו ההורה של הנספה)

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

6. פרטים על נישואין קודמים:

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

7. פרטים נוספים (למילוי במקרה של הורים שהתגרשו):

- א. האם שילם האב הטבעי מזונות עבור הנספה: כן לא
 ב. על שולחן מי היה סמוך הנספה מתאריך נישואי ההורה בשנית, ציין כל התקופות
 ג. לצרף הסכם גירושין.

8. פרטים על הילדים (למילוי ע"י אלמן/ה):

פירוט	שם הילד	מין ז/נ	תאריך לידה	מס' זהות	מצב משפחתי	כתובת
ילדי הנספה מנישואין עם המגיש/ה						
ילדי הנספה מנישואין קודמים						
הערות						

9. שמות אחיו ואחיותיו של הנספה (למילוי ע"י הורים שכולים):

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	שם האם	תאריך לידה	מס' זהות	כתובת

10. גימלאות ופיצויים מכח חוקים אחרים (למילוי ע"י מגיש התביעה)

האם את/ה זכאית או מקבל/ת או קיבלת תשלום או תגמול:	
ממשרד הביטחון	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:
ממשרד האוצר	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:
מהמוסד לביטוח לאומי	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:

11. פרטי חשבון הבנק אליו יועברו התגמולים:

אני מבקש שהתגמול ישולם לחשבון הבנק שלי המפורט להלן בלבד. זוג הורים שכולים חייבים בחשבון משותף.

שם בעלי החשבון	מס' בנק	שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מספר החשבון	מספר הסניף
----------------	---------	---------	-----------------	-------------	------------

12. הצהרה

אני מצהיר/ה בזה כי הפרטים שנמסרו ע"י בתביעתי הם נכונים והנני תובע/ת תשלום תגמול כחוק.

אנו מתחייבים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון החשבון. אנו מסכימים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה. אנו מסכימים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך החשבון, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום כלשהו בטעות, או שלא כדין, וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור. אנו השותפים לחשבון, מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, עבור מקבל הגמלה.

תאריך _____ חתימת הגמלה חתימת התובע/ת
 חתימת השותפים לחשבון חתימות השותפים לחשבון

לשימוש המוסד

הפרטים אומתו ע"י פקיד התביעות	נתקבל בסניף ביום
לפי _____	מספר תיק משהבי"ט
פרטי עובד השיקום / פקיד התביעות שנוכח בעת מילוי הטופס:	
שם משפחה ושם פרטי	תפקיד
_____	_____
טלפון	תאריך
_____	_____

הצהרת הורים שכולים על הכנסותיהם

הסבר למילוי ההצהרה

חלק זה ימלא על - ידי הורים שכולים ובני / בנות זוגם בלבד.

לאימות ההכנסות המוצהרות יש לצרף:

א. לגבי שכר / משכורת / קיצבה - אישורים משלשת החודשים האחרונים.

ב. לגבי עסק / עצמאי / רכוש וכי' - אישור פקיד שומה על ההכנסות.

מילוי נכון ומלא של הטופס יאפשר לנו לזרז את הטיפול בתביעה וימנע התכתבויות וביירוים.

אם שכולה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
רחוב	מספר בית	כניסה
	דירה	יישוב
	מיקוד	
מקום העבודה של האם השכולה		

אב שכול

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
רחוב	מספר בית	כניסה
	דירה	יישוב
	מיקוד	
מקום העבודה של האב השכול		

בן / בת זוג שאינו שכול

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
רחוב	מספר בית	כניסה
	דירה	יישוב
	מיקוד	
מקום העבודה של ההורה השכול		

אני הח"מ מצהיר/ה בזה שהכנסותי ו/או הכנסות בן / בת זוגי ברוטו לחודש הם:

מקור ההכנסה	הכנסות בש"ח		מקור ההכנסה	הכנסות בש"ח	
	לבעל	לאישה		לבעל	לאישה
1. ממשכורת / מעסק (שומה)			7. מרכז תשלומים צה"ל - מת"ש		
2. פנסיה ממקור כלשהו			8. קיצבת נפגעי עבודה		
3. פנסיה ממדינות חוץ			9. הכנסה ממקור אחר		
4. עסק					
5. דמי אבטלה מהביטוח הלאומי					
6. השכרת מונית			סה"כ (בשני הטורים)		

מצ"ב אישורים 1.

2.

הנני מצהיר /ה כי הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים והמצאתי את כל המסמכים ואני מתחייב/ת בזה להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי שיחול **במצבי המשפחתי ובהכנסותי.**

חתימת האם השכולה	חתימת האב השכול	חתימת בן / בת הזוג שאינו שכול	תאריך
------------------	-----------------	-------------------------------	-------