



## תביעה להכרה / תגמולים לבני משפחה של אסירי ציון או הרוגי מלכות

### חובה לצרף לטופס זה

מסמכים הקשורים למאסר / הוצאה להורג של אסיר ציון

### כיצד יש להגיש את התביעה

עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.

יש להגיש את התביעה לרשות לאסירי ציון והרוגי מלכות במשרד העלייה והקליטה.

אפשרויות ההתקשרות:

הרשות לקביעת זכאות לתגמולים לאסירי ציון, בני משפחותיהם ובני משפחות הרוגי מלכות

משרד העלייה והקליטה

רח' קפלן 2

ירושלים

דואר אלקטרוני : [galit@moia.gov.il](mailto:galit@moia.gov.il)

טלפון: 073 – 3972112 פקס: 073 - 3972302

מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
אסירי ציון

**תביעה להכרה/תגמולים לבני משפחה של אסירי ציון או הרוגי מלכות**

<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>מס' זהות / דרכון</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>סוג המסמך</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>דפים</p>															לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

**חותמת קבלה**

**1 פרטים על אסיר ציון / הרוג מלכות**

שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה קודם	ארץ לידה																				
מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	ארץ המאסר	מקום הפטירה	תאריך לידה																				
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>תאריך פטירה</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>תאריך לידה</p>																							

אסיר ציון/הרוג המלכות שפרטיו רשומים לעיל הינו:

- אסיר ציון שעודנו במאסר.  אסיר ציון שעקבותיו נעלמו בתאריך \_\_\_\_\_
- אסיר ציון שנפטר במאסר.  הרוג מלכות שהוצא להורג בתאריך \_\_\_\_\_

**2 פרטי מגיש הבקשה**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
----------	---------	---------------

יחס קירבה לאסיר ציון/ הרוג המלכות:

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני: _____ @ _____			

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל לידעתי, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

**מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

**3 פרטים על פעילות ציונית (פרט ע"פ תקופות ותאריכים)**

תקופה א'	תקופה ב'	תאריך התחלה	תאריך סיום	שם הארגון / המסגרת	מקום הפעילות (ארץ, עיר)	סוגי הפעילות	פרטי העדים
						1.	.1 שם העד כתובת .2 שם העד כתובת
						2.	

אסמכתא (פרט מסמכים שצרפת בענין פעילות ציונית)


4

פרטים על תקופות מאסר / מעצר (אם נאסרת) / נעצרת מספר תקופות נא פרט בעמודות המתאימות)

תקופה א'	תקופה ב'	תקופה ג'	
			תאריך התחלה
			תאריך סיום
			מקום המאסר/ מעצר/ פניורה
			לפי פסק דין מיום
			לפי סעיף (לחוק)
			פרטי האשמה
			נסיבות המאסר/מעצר ותנאיו (סוגי עבודה, תנאי חיים)
			פרטי העדים
		שם העד	
		כתובת	
		שם העד	
			כתובת

5

פרטים על נסיבות הפטירה (במקרה של אסיר ציון שנפטר במאסר או הרוג ציון)

תאור מלא של נסיבות הפטירה:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

מסמכים המעידים על נסיבות הפטירה (נא לציין את המסמכים שצורפו):

1.	
2.	
3.	
4.	

עדים לפטירה במאסר/ מעצר או הוצאה להורג:

שם העד	כתובת	טלפון קווי/נייד
1.		
2.		

6

פרטים על בן/בת הזוג, אם אינו/ אינה מגיש/ת הבקשה, שפרנסתם הייתה על אסיר ציון / הרוג מלכות

שם משפחה	שם פרטי	שם פרטי קודם	שם משפחה קודם
מספר זהות ס"ב	תאריך נישואין לאסיר ציון	ארץ לידה	תאריך לידה
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	

7

פרטים על הכנסות בן/ בת הזוג

שים לב: יש להצהיר על הכנסות החל מיום הגשת הבקשה ואילך

מקור הכנסה	סמן X בטור המתאים		מקור הכנסה
	יש	אין	
1. פנסיה			
2. פנסיה או רנטה מחו"ל			
3. תגמולים ממשד הביטחון			
4. תגמולים ממשד האוצר לנכי רדיפות / מלחמה בנאצים			
5. דמי שכירות, תמלוגים, דמי מפתח עבור בית קרקע, בניין תעשייתי או נכסים אחרים			
6. ריבית דיווידנד והפרשי הצמדה			
8. אחר. פרט: _____			

8

פרטים אודות ילד עד גיל 22, של אסיר ציון/ הרוג מלכות

מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	תאריך לידה 	מספר זהות ס"ב 	שם פרטי 	שם משפחה 	.1
	מיקוד 	יישוב 	דירה 	כניסה 	
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	תאריך לידה 	מספר זהות ס"ב 	שם פרטי 	שם משפחה 	.2
	מיקוד 	יישוב 	דירה 	כניסה 	

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

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

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום:  לחשבון הקיבוץ / המושב  לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים בחשבון או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון החשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה 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 פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. **לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.**

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מקבל התשלום ✕ \_\_\_\_\_ חתימת השותפים לחשבון ✕ \_\_\_\_\_

**הצהרה**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע ✕ \_\_\_\_\_

**(סעיף זה לשימוש הרשות המאשרת)**

פרטי התביעה המסומנים ב- X אומתו ע"י:

לפי המסמכים המפורטים להלן:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת הפקיד המאמת ✕ \_\_\_\_\_



### כתב ויתור סודיות רפואית

#### שם הגמלה: אסיר ציון

#### פרטים אישיים

1

	<p>תאריך תביעה</p> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td colspan="10"></td> </tr> </table>																											יום	חודש	שנה											<p>מספר זהות/דרכון</p> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						<p>קוד גמלה</p> <p>18</p>
יום	חודש	שנה																																																													
	<p>שם פרטי</p>	<p>שם משפחה</p>																																																													
<p>חבר בקופת חולים</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית                    <input type="checkbox"/> מאוחדת                    <input type="checkbox"/> מכבי                    <input type="checkbox"/> לאומית                    <input type="checkbox"/> אחר _____             </p>																																																															

#### הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \* \_\_\_\_\_