



## תביעה לתגמולים לארוס/ה של חלל פעולות איבה

### לידיעתך

- ☞ תחולת החוק הינה למי שבן/בת זוגו נספו החל מה-7 באוקטובר 2023.
- ☞ על פי חוק, לא ישולם התגמול לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשת התביעה.
- ☞ ארוס/ה יהיו זכאים לתגמול חודשי בגובה התגמול המגיע לאלמנה ללא ילדים, וזאת במשך 5 שנים וכן למענק בגובה מענק התאלמנות, לטיפול נפשי ולשיקום תעסוקתי.

### כיצד יש להגיש את התביעה

☞ לתביעה זו יש לצרף את המסמכים הבאים:

- אישור רישום ברבנות כמי שבקשו להינשא.
- או-הוכחות על כך שהתקיימו לפחות שניים מתוך ארבע התנאים הבאים טרם מות החלל:
  - עדות שנעשתה הצעת נישואים או מסיבת אירוסין שפורסמו וידועים לבני משפחה וקרובי משפחה
  - לרבות הצעת נישואין בהסכמת הנספה והארוס/ה מול שני עדים, המתועדת בכתב.
  - יש לצרף פרסומים כגון – תמונות, סרטונים, משלוח דיגיטאלי של פרסום האירוע ברשתות החברתיות.
  - הזוג קבע מועד ומקום לחתונה ובא בהתקשרות עם מקום לעריכת החתונה או עם ספק למתן שירותי הסעדה
  - אחד מבני הזוג רכשו טבעת לצורך הצעת הנישואין או העניקו טבעת בתקופת בהצעה/בתקופת האירוסין
  - הזוג התקשר עם צד שלישי בהסכם לרכישת/ שכירת דירה

☞ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**

- למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
- לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.

☞ לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד בטלפון 02-6269999, בימים ראשון עד חמישי בין השעות 8:00 – 17:00. או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



**פרטי חשבון הבנק של התובע**

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. אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/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: \_\_\_\_\_ שם השותף: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_

**הצהרה**

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 בידועין 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. ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה. לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך, עליך לסמן את ההצהרה הבאה:

אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע / מקבל הגמלה \* \_\_\_\_\_