



## תביעה להכרה / תגמולים לבני משפחה של אסירי ציון / 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.

את טופס התביעה יש לשלוח ל:

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

ת.ד. 13061 ירושלים

לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.

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

### חובה לחתום על טופס התביעה



4 פרטים על תקופות מאסר / מעצר (אם נאסרת / נעצרת מספר תקופות נא פרט בעמודות המתאימות)				
תקופה ג'	תקופה ב'	תקופה א'		
			תאריך התחלה	
			תאריך סיום	
			מקום המאסר/ מעצר/ פטירה	
			לפי פסק דין מיום	
			לפי סעיף (לחוק)	
			פרטי האשמה	
			נסיבות המאסר/מעצר ותנאיו (סוגי עבודה, תנאי חיים)	
			פרטי העדים	
		שם העד		1.
		כתובת		
		שם העד		2.
		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	תאריך עלייה
_____	שנה חודש יום	_____	שנה חודש יום	שנה חודש יום
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
_____	_____	_____	_____	_____
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני		
_____	_____	_____		
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS				

**פרטים על הכנסות בן/ בת הזוג**

**7**

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

מקור הכנסה	סמן X בטור המתאים		סכום הכנסה חודשי
	אין	יש	
1. פנסיה			
2. פנסיה או רנטה מחו"ל			
3. תגמולים ממשרד הביטחון			
4. תגמולים ממשרד 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: _____			

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

**8**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	תאריך לידה	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

**9**

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 לחשבון 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 לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון החשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי 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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

\_\_\_\_\_ x חתימת מקבל התשלום  
 \_\_\_\_\_ x חתימת/חתימות השותפים לחשבון  
 \_\_\_\_\_ x תאריך

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 ביוזעין 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.

חתימת התובע ✕

תאריך

(סעיף זה לשימוש הרשות המאשרת)

פרטי התביעה המסומנים ב-X אומתו ע"י:

לפי המסמכים המפורטים להלן:

.1

.2

.3

.4

חתימת הפקיד המאמת ✕

תאריך:

**נספח א'**

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_