



תביעה להכרה / תגמולים לאסיר ציון/ עציר ציון

חובה לצרף לטופס זה

- שתי תמונות עדכניות
- מסמכים הקשורים למאסר/ מעצר
- אישורים על טיפול רפואי בחו"ל ובארץ

כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- את טופס התביעה יש לשלוח אל:
הרשות לקביעת זכאות לתגמולים לאסירי ציון ובני משפחותיהם,
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.

חובה לחתום על טופס התביעה

עמוד 1 מתוך 5



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה להכרה לקבלת
תגמולים לאסיר ציון/ עזיר ציון

<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>חותמת קבלה</p>	<p>מספר זהות / דרכון ס"ב</p> <p>תאריך עלייה שנה חודש יום</p> <p>שם פרטי (בשפת ארץ המוצא) שם פרטי (בעברית)</p> <p>שם משפחה (בשפת ארץ המוצא)</p> <p>מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה</p> <p>מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה בציבור</p> <p>שונה במוסד סיעודי: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם המוסד _____</p> <p style="text-align: center;">כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>רחוב / תא דואר</td> <td>מס' בית</td> <td>כניסה</td> <td>דירה</td> <td>יישוב</td> <td>מיקוד</td> </tr> <tr> <td>טלפון קווי</td> <td>טלפון נייד</td> <td colspan="4">דואר אלקטרוני</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS </td> <td colspan="4"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>רחוב / תא דואר</td> <td>מס' בית</td> <td>כניסה</td> <td>דירה</td> <td>יישוב</td> <td>מיקוד</td> </tr> </table>	רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני				<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS						רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד																					
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני																								
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS																										
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד																					

1 פרטי התובע

1

מספר זהות ס"ב	שם פרטי (בשפת ארץ המוצא)	שם פרטי (בעברית)	שם משפחה (בשפת ארץ המוצא)	שם משפחה (בעברית)
תאריך עלייה שנה חודש יום	תאריך לידה שנה חודש יום	ארץ המאסר	ארץ לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה בציבור				
שונה במוסד סיעודי: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם המוסד _____				
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני		
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS				
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב

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

2

תקופה א'	תקופה ב'	
		תאריך התחלה
		תאריך סיום
		שם הארגון / המסגרת
		מקום הפעילות (ארץ, עיר)
		1. סוגי הפעילות
		2.
		1. פרטי העדים
		שם העד כתובת
		שם העד כתובת
		2.
אסמכתא (פרט מסמכים שצרפת בענין פעילות ציונית)		
1.	2.	
3.	4.	
5.	6.	

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
			לפי פסק דין מיום
			לפי סעיף (לחוק)
			פרטי האשמה
			נסיבות המאסר/מעצר ותנאיו (סוגי עבודה, תנאי חיים)
			פרטי העדים
		שם העד	
		כתובת	1.
		שם העד	2.
		כתובת	

פרטי הנכות									
יש למלא סעיף זה אם מתקיים אחד מהתנאים הבאים:									
1. אם חלית/נחבלת בעת המאסר/מעצר ואבדת את הכושר לבצע פעולה גופנית ו/או שכלית.									
2. אם במהלך המאסר/מעצר החמירה מחלתך/פציעתך.									
התאריך המדוייק שבו חלית/נחבלת	פרט נסיבות גרימת המחלה/ חבלה וגורמיה	פרט המחלות והחבלות שנגרמו לך בתקופת המאסר/מעצר							
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום						1.
שנה	חודש	יום							
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום						2.
שנה	חודש	יום							
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום						3.
שנה	חודש	יום							
פרט מהן המגבלות שיש לך כיום כתוצאה ממחלה/חבלה שנגרמו לך במאסר/מעצר:									
			1.						
			2.						
			3.						

שמות האנשים המעידים כי המחלה/ות או החבלה/ות אירעו בתקופת מאסרך/ מעצרך																							
טלפון קווי/נייד	כתובת	שם העד																					
<table border="1"> <tr> <td>0</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>	0																						1.
0																							
<table border="1"> <tr> <td>0</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>	0																						2.
0																							

6

אשפוז/ טיפול רפואי בתקופת המאסר ו/או לאחר המאסר בהיותך בחו"ל

האם נזקקת לאשפוז/ טיפול רפואי בתקופת המאסר, ו/או לאחר המאסר בהיותך בחו"ל, כתוצאה מאחת המחלות/החבלות:
 לא כן, פרט בטבלה שלהלן:

שם המוסד הרפואי באמצעותו קיבלת טיפול (ביה"ח, מרפאה) או שם רופא פרטי	סוג הטיפול (בדיקות, טיפול בתרופות, פיזיותרפיה, יומי/שבועי, וכד')	פרטי המחלה	תקופת האשפוז/ טיפול רפואי		
			עד תאריך	מתאריך	
					1.
					2.
					3.

7

פרטים על טיפול רפואי בארץ, לאחר המאסר

האם נזקקת לאשפוז/ טיפול רפואי בארץ, לאחר המאסר, כתוצאה מאחת המחלות/החבלות:
 לא כן, פרט בטבלה שלהלן:

כתובת המוסד או הרופא הפרטי	שם המוסד הרפואי באמצעותו קיבלת טיפול (ביה"ח, מרפאה) או שם רופא פרטי	סוג הטיפול (בדיקות, טיפול בתרופות, פיזיותרפיה, יומי/שבועי, וכד')	פרטי המחלה	תאריך הטיפול	
					1.
					2.
					3.

8

פרטים נוספים

האם הנך חבר קופת חולים?

לא, אינני חבר קופת חולים.

כן, פרט: שם הקופה _____

כתובת סניף מטפל _____

האם הנך מקבל תגמולים?

לא, אינני מקבל תגמולים.

כן, פרט בטבלה שלהלן:

אחר (ציין)	משרד האוצר	משרד הביטחון	
			סכום לחודש
			סוג הגמלה

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

מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

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

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. שם _____ 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 להחתימים 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
_____ תאריך

הצהרה

10

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 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.

_____ תאריך
_____ x 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 x

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 ✕ _____

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 ✕ _____

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 ✕ _____

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 ✕ _____