



תביעה לתשלום מענק לבן משפחה של אדם שנפטר בעת שפעל להצלת חיים

תנאי הזכאות למענק

הטופס מיועד לבני משפחה של מי שלא הוגשה תביעת תלויים בנפגעי עבודה (אלמנה וילדים) בגין הפטירה. במידה וכבר אושרה תביעה, אין צורך למלא כל הטופס, אלא יש למלא **טופס להשלמת פרטים** הנדרשים לתשלום המענק (בל/208).

המענק מיועד לבן משפחה של אדם שנפטר עקב הושטת עזרה לאדם אחר שהיה בסכנה חמורה ומידית. בן משפחה הוא אחד מאלה:

1. הורה של המנוח.
2. כל אחד מילדיו של המנוח – כאשר הילד מגיע לגיל 24 שנים.
3. בן זוגה של המנוחה - שאינו זכאי לקצבת תלויים על פי החוק.

הזכאות למענק רק כאשר הפטירה אירעה מה-1/1/2018 ואילך.

כיצד יש להגיש את התביעה

לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים הבאים: סיכום אשפוז / דו"ח מד"א / דו"ח מיון / תעודת פטירה (בהם מצוינת סיבת הפטירה).
אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס.

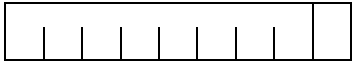


את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן לשלוח באופן הבא:

- 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 לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, עליו לשלוח אלינו: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות" (בל/73 בצירוף טופס התביעה).

חובה לחתום על טופס התביעה

 מס' זהות / דרכון	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
 סוג המסמך	 דפים

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות
 נפגעי עבודה
תביעה לתשלום מענק לבן
משפחה של מתנדב שנפטר

1

מספר זהות ס"ב 	שם פרטי	שם משפחה
	תאריך לידה 	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>



2

פרטי הפגיעה

הכתובת בה ארעה הפגיעה _____

מקום הפגיעה: _____

תיאור מלא של הפגיעה, נסיבותיה וגורמיה (אם המקום אינו מספיק נא לצרף גיליון נוסף ובו פרטי התביעה המפורטים והמלאים): _____

שעת הפגיעה	יום בשבוע	תאריך הפגיעה  שנה חודש יום
	שעת הפטירה	תאריך הפטירה  שנה חודש יום

האם נמסרה הודעה על התאונה או האירוע למשטרה? לא כן, נא לצרף דו"ח משטרה _____

התאונה טופלה בתחנת משטרה ב- _____ מס' תיק במשטרה _____

האם ברשותך תמונות של מקום המפגע? לא כן, נא לצרף לטופס התביעה _____

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? לא כן
 הגוף המייצג או המסייע: עורך דין חברת מימוש זכויות יד מכוננת בית חולים עמותה אחר _____

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות
 באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, עליו לשלוח אלינו: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות" (בל/73) בצירוף טופס התביעה.

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
---------------	-------	-------

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידה שנה חודש יום	קרבה למנוח: <input type="checkbox"/> אב <input type="checkbox"/> אם <input type="checkbox"/> ילד <input type="checkbox"/> בן זוג

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

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

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב
------------------	-----------------	-------------------------

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.
 לידיעתך, 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	ישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	------	-------

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

מספר חשבון		שם הבנק	
מס' סניף	שם הסניף / כתובתו		

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 התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

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 ממחושבת, 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 _____ חתימת מקבל התשלום ✕ חתימת/חתימות השותפים לחשבון _____

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 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.

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.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת www.btl.gov.il. יצירת קשר < פנייה בנושא הגנת הפרטיות.

אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

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

תאריך _____ חתימת התובע ✕ חתימת/חתימות השותפים לחשבון _____