תביעה לתגמולים למשפחות החללים בפעולות איבה

לידיעתך

- על פי חוק, לא ישולם התגמול לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשת התביעה.
- הורים שאין להם הכנסה מכל מקור שהוא יכולים להגיש גם תביעה "לתוספת להורה שכול מחוסר הכנסה" באמצעות טופס בל/ 586

כיצד יש להגיש את התביעה

- תביעה זו הינה אישית, לכן על כל תובע להגיש טופס תביעה בנפרד, מלבד במקרים הבאים:
  - **הורים שכולים** ימלאו בטופס את פרטי ילדיהם בסעיף 6.
  - **הורים שכולים הנשואים זה לזו** ימלאו רק **טופס תביעה אחד** עם פרטי שניהם.
  - **אלמן** ימלא בטופס גם את פרטי הילדים בסעיף 8.
- **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 לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט.www.btl.gov.il .

<u>חובה לחתום על טופס התביעה</u>

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לתגמולים למשפחות ההחללים בפעולות איבה

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

1 פרטים אישיים של הנספה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
מין ❑ זכר ❑ נקבה	תאריך לידה	תאריך נישואין

2 תיאור הפגיעה

תאריך הפגיעה:	תאריך הפטירה:
תחנת המשטרה שחקרה את האירוע:	שם בית החולים בו טופל אחרי הפגיעה:
תאר בקצרה את פגיעה_____	

3 פרטי התובע

הקרבה לנספה	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	תאריך לידה שנה חודש יום
אלמן				
❑ אב				
❑ אם				
יתום (שעומד ברשות עצמו)				
יתום (שאינו עומד ברשות עצמו)				
אחר (ידוע בציבור, אפוטרופוס וכו')				

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	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

❑ 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	יישוב	מיקוד

4 פרטים על נישואין קודמים

	שם בעל/אישה	תקופת הנישואין	סיבת סיום נישואין (גירושין, מוות וכו')	במקרה של גירושין
א. של הנספה				האם קבלת מזונות? ❑ כן ❑ לא
ב. של מגיש התביעה				

5 פרטי הילדים (למילוי ע"י האלמן)

ילדי הנספה מנישואין עם מגיש התביעה

1	שם הילד	מין ❑ זכר ❑ נקבה	מספר זהות ס"ב
	תאריך לידה (שנה חודש יום)	מצב משפחתי	כתובת
2	שם הילד	מין ❑ זכר ❑ נקבה	מספר זהות ס"ב
	תאריך לידה (שנה חודש יום)	מצב משפחתי	כתובת
3	שם הילד	מין ❑ זכר ❑ נקבה	מספר זהות ס"ב
	תאריך לידה (שנה חודש יום)	מצב משפחתי	כתובת
4	שם הילד	מין ❑ זכר ❑ נקבה	מספר זהות ס"ב
	תאריך לידה (שנה חודש יום)	מצב משפחתי	כתובת

ילדי הנספה מנישואין קודמים

1	שם הילד	מין ❑ זכר ❑ נקבה	מספר זהות ס"ב
	תאריך לידה (שנה חודש יום)	מצב משפחתי	כתובת
2	שם הילד	מין ❑ זכר ❑ נקבה	מספר זהות ס"ב
	תאריך לידה (שנה חודש יום)	מצב משפחתי	כתובת

6 פרטי בן/בת זוג לא שכול/ה (למילוי ע"י הורה שכול שבן/בת זוגו אינו/ה ההורה של הנספה)

שם משפחה	שם משפחה קודם	שם פרטי
מספר זהות ס"ב	תאריך לידה שנה חודש יום	תאריך נישואין שנה חודש יום

7 פרטי אחיו ואחיותיו של הנספה (למילוי ע"י ההורים השכולים)

1	שם משפחה	שם פרטי		מספר זהות ס"ב
	תאריך לידה שנה חודש יום	שם האב	שם האם	כתובת
2	שם משפחה	שם פרטי		מספר זהות ס"ב
	תאריך לידה שנה חודש יום	שם האב	שם האם	כתובת
3	שם משפחה	שם פרטי		מספר זהות ס"ב
	תאריך לידה שנה חודש יום	שם האב	שם האם	כתובת
4	שם משפחה	שם פרטי		מספר זהות ס"ב
	תאריך לידה שנה חודש יום	שם האב	שם האם	כתובת
5	שם משפחה	שם פרטי		מספר זהות ס"ב
	תאריך לידה שנה חודש יום	שם האב	שם האם	כתובת

8 תשלומים ופיצויים מכח חוקים אחרים (למילוי ע"י מגיש התביעה)

האם אתה מקבל או קיבלת תשלום או תגמול:

ממשרד הביטחון? ❑ לא ❑ כן, פרט: _____

ממשרד האוצר? ❑ לא ❑ כן, פרט: _____

9 פרטי חשבון הבנק של התובע (הורים שכולים חייבים בחשבון משותף)

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 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: _____ שם השותף: _____ מספר ת.ז. _____ חתימה × _____

10 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.

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.

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 / מקבל הגמלה ×_____