**המוסד לביטוח לאומי**
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה

**בל/377**

# 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 ברשות מוסמכת לנישואין (רבנות, בית דין השרעי, בתי דין כנסיתיים).

**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.

**חובה לחתום על טופס התביעה**

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

**המוסד לביטוח לאומי**
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה

# תביעה לתגמולים לארוס/ה של חלל פעולות איבה

| חותמת קבלה | לשימוש פנימי בלבד (סריקה) |
|---|---|
| | מס' זהות / דרכון<br>דפים<br>סוג המסמך |

## 1 פרטים אישיים של הנספה

| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות ס"ב |
|---|---|---|
| מין ❑ זכר ❑ נקבה | תאריך לידה | תאריך אירוסין |

## 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 |
|---|---|---|---|---|
| ארוס/ה | | | | |

**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 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: _____

## 5 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 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 × _____

## 6 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.

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.

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 ×_____