



## 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](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



**פרטים על נישואין קודמים**

**4**

שם בעל/אישה	תקופת הנישואין	סיבת סיום נישואין (גירושין, מוות וכו')	במקרה של גירושין
א. של הנספה			האם קבלת מזונות? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
ב. של מגיש התביעה			

**5**

**פרטי הילדים (למילוי ע"י האלמן)**

**ילדי הנספה מנישואין עם מגיש התביעה**

שם הילד	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מספר זהות ס"ב	1
תאריך לידה שנה   חודש   יום	מצב משפחתי	כתובת	
שם הילד	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מספר זהות ס"ב	2
תאריך לידה שנה   חודש   יום	מצב משפחתי	כתובת	
שם הילד	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מספר זהות ס"ב	3
תאריך לידה שנה   חודש   יום	מצב משפחתי	כתובת	
שם הילד	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מספר זהות ס"ב	4
תאריך לידה שנה   חודש   יום	מצב משפחתי	כתובת	
<b>ילדי הנספה מנישואין קודמים</b>			
שם הילד	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מספר זהות ס"ב	1
תאריך לידה שנה   חודש   יום	מצב משפחתי	כתובת	
שם הילד	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מספר זהות ס"ב	2
תאריך לידה שנה   חודש   יום	מצב משפחתי	כתובת	

**פרטי בן/בת זוג לא שכולה (למילוי ע"י הורה שכול שבן/בת זוג אינו/ה הורה של הנספה)**

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

**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 שיפוקו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתיים 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 ממוחשבת, 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 בידועין 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.

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע / מקבל הגמלה \* \_\_\_\_\_