



מספר התיק (ימולא ע"י המשרד):	
תאריך	

משרד הביטחון
אגף משפחות הנצחה ומורשת
היחידה להכרה וקביעת זכאות

בקשה להכרה בזכויות (של "בן משפחה")
לפי חוק משפחות החיילים שנספו במערכה (תגמולים ושיקום) תש"י-1950

1. פרטים אישיים של המנוח:

שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה קודם	מספר זהות	מין	מצב משפחתי
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן
שם ההורה	שם ההורה	מספר אישי בצה"ל	מספר שוטר/סוהר	תאריך לידה	ארץ לידה

2. פרטים של מגיש/ה הבקשה:

הקרבה	שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה
אלמן/ה				
ידוע/ה בציבור				
אב				
אם				
יתום (שעומד ברשות עצמו)				
אח/ות				
אחר				

במידה ומדובר בזוג הורים נא לציין תאריך נישואין: _____

3. כתובת המגיש/ה:

רחוב	מספר	שם הישוב	מיקוד	מס' טלפון
כתובת דואר אלקטרוני				מס' נייד

4. פרטי בן/ת זוג של השכול שאינו שכול :

שם משפחה קודם	שם פרטי	תאריך לידה	מס' זהות	תאריך נישואין

5. פרטים על נישואין קודמים :

שם בעל/אישה	תקופת הנישואין	סיבת פקיעתם	במקרה של גירושין האם מקבלת מזונות
א. של המנוח:			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ב. של המגיש/ה:			כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

6. פרטים נוספים (למילוי במקרה של הורים שכולים שהתגרשו) :

- א. האם שילם האב מזונות עבור הנספה: כן לא
- ב. על שולחן מי היה סמוך המנוח במהלך השנים ועד ליום מותו. נא לפרט את התקופות:

ג. לצרף הסכם גירושין.

7. פרטים על הילדים* : (ימולא ע"י אלמן/ה / אפוטרופוס)

פירוט	שם הילד	מין ז/נ	תאריך לידה			מס' זהות	מצב משפחתי	כתובת	תאריך נישואין
			שנה	חודש	יום				
ילדי הנספה מנישואין עם המגיש/ה									
ילדי הנספה מנישואין קודמים									

*במידה ונדרש פירוט נוסף, נא לצרף מכתב לפנייה זו

8. שמות אחיו ואחיותיו של הנספה* (ימולא ע"י ההורים/ האפוטרופוס) :

שם משפחה	שם פרטי	שם ההורה	שם ההורה	תאריך לידה			מס' זהות	כתובת
				שנה	חודש	יום		

*במידה ונדרש פירוט נוסף, נא לצרף מכתב לפנייה זו

9. תאור נסיבות הפטירה של המנוח (חבלה/מחלה/אחר)

--

מי שמצא מותו כתוצאה מחבלה, ממחלה או החמרת מחלה שאירעו בתקופת שירותו ועקב שירותו הצבאי, בשרות חובה, מילואים, קבע, משטרה, שירות בתי הסוהר, או שירות ביטחוני אחר** רשאי להגיש בקשה להכרת זכותו זו לפי חוק משפחות חיילים שנספו במערכה (תגמולים ושיקום) תש"י-1950.

** אנשי קבע, משטרה, שירות בתי הסוהר, או שרות בטחוני אחר:

"חבלה" - היא נזק אנטומי לגוף שנגרם במישרין מגורם פיזי חיצוני באירוע מסוים, לרבות מכת חום, מכת קור ואו מוות פתאומי על רקע אירוע לבבי תוך כדי האירוע, וכן הפרעות בתר חבלתיות שנגרמו בפעילות מבצעית או באימון לפעילות כאמור, או באירוע אחר שאופיו, מהותו ונסיבותיו ייחודיים לשירות הצבאי.

"מחלה" - הינה כל מחלה, ליקוי, מוגבלות, תסמונת או הפרעה, גופנית, נפשית או שכלית, לרבות קוגניטיבית ובלבד שנגרמה עקב אירוע שאופיו, מהותו ונסיבותיו ייחודיים לשירות הצבאי, או עקב תנאי שירות שאופיים ומהותם ייחודיים לשירות הצבאי ובלבד שהמחלה היא אחת מאלה:

1) מחלה כתוצאה מחשיפה לחומר מסוכן, לקרינה מייננת או לקרינה אינפרה-אדומה.

2) הידבקות במחלה כתוצאה מחשיפה למוצרי דם ונוזלי גוף במסגרת טיפול רפואי בתנאי שדה.

10. האם נערכה / לא נערכה חקירה של נסיבות הפטירה של המנוח, אם כן- על ידי מי והיכן:

--

11. מוסדות ורופאים שטיפלו במנוח:

תאריכי אשפוז/ טיפול		סוג הטיפול		שם המוסד, רופא
עד תאריך	מתאריך	מרפאה	אשפוז	

12. פרטים על קופת חולים בה היה מבוטח הנספה:

שם קופ"ח	סניף וכתובת	מס' חבר

גמלאות ופיצויים מכוח חוקים אחרים :

בהתאם להוראות החוק קיימת מניעה לקבל כפל גמלאות או חלק מהן מכוח מספר חוקים בעת ובעונה אחת.

בחירה בזכויות לפי חוק הביטוח הלאומי או חוק הנזיקין האזרחיים או חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, לא יזכו בגימלה לפי חוק משפחות חיילים שנספו במערכה .

החלטת הבחירה	החלטתי לבחור קבלת קיצבה לפי :
	<input type="checkbox"/> חוק שירות המדינה (גימלאות) <input type="checkbox"/> חוק שירות הקבע בצה"ל <input type="checkbox"/> חוק הביטוח הלאומי <input type="checkbox"/> חוק הנזיקין האזרחיים <input type="checkbox"/> הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים
	<input type="checkbox"/> לא קיבלתי ואיני מתכוון לבקש תגמול לפי חוק אחר, ואני מבקש לבחור לפי חוק משפחות חיילים

14. ידוע לי כי בשל בחירתי לקבלת זכויות לפי חוק משפחות חיילים שנספו במערכה, עלי לסייע למשרד הביטחון (ולכל הפועלים בשמו ומטעמו) למיציא זכויותיו על-פי דין לקבלת שיפוי מחברת הביטוח/המזיק האזרחי והנני מתחייב לשתף פעולה ולהמציא למשרד הביטחון תעודת פטירה וצו-ירושה כדין, וכן לחתום על טופס ויתור סודיות רפואית בגין המנוח, עבור חברת הביטוח/המזיק האזרחי, ככל שאדרש. ידוע לי כי אי סיוע/שיתוף פעולה מצדי עם משרד הביטחון וכל הבאים מכוחו בעניין זה עלול לפגוע בקבלת זכויות והטבות הניתנות לי ע"י משרד הביטחון.

15. פרטי חשבון בנק – נא למלא את הפרטים הנדרשים בנספח א' לבקשה, המהווה חלק בלתי נפרד ממנה, ניתן לצרף המחאה/העתק המחאה מבוטלת.

16. הנני מאשר/ת עדכון הגוף בו שרת/ה המנוח/ה על ההחלטה בדבר הכרה/ אי הכרה בזכויות.

17. הצהרה

הנני מצהיר בזה כי הפרטים שמסרתי לעיל הם לפי דעתי נכונים ומלאים וכי המצאתי את כל המסמכים אשר ברשותי בקשר למידע אותו נתבקשתי למסור לעיל.

תאריך _____ השם המלא של החותם _____ חתימה _____

תאריך _____ השם המלא של החותם _____ חתימה _____

18. פרטי עובד סוציאלי / קצין נפגעים / שנוכח בעת מילוי הטופס.

שם ושם משפחה	תפקיד	תאריך	טלפון
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



**מדינת ישראל
משרד הביטחון**

הנדון: כתב ויתור על סודיות רפואית (פטירה)

ע"ש _____ ז"ל _____

מס' זהות המנוח: _____ מס' אישי בצה"ל: _____

אני/ו החתום/ים מטה הוריו ו/או אביו ו/או אימו ו/או אלמנתו ו/או ילדיו ו/או יורשיו החוקיים של המנוח נותן/ים בזאת רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן, ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור **למשרד הביטחון ולכל מוסד החייב בהוצאותיי לרבות חברות ביטוח** (להלן "המבקשים") או מי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבו בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחלה בה המנוח בעבר. אני/ו משחרר/ים בזאת את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבו בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמו של המנוח אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים ששילם לו המוסד לביטוח לאומי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי/לנו אל כל המוסדות המפורטים לעיל כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע כאמור. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות.

שם קופת חולים: _____ סניף: _____

שם הרופא המטפל: _____

חתימות היורשים:

תאריך	שם מלא	מס' זהות	קירבה למנוח (דרגה ראשונה)	חתימה
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

במקרה של יורשים קטינים יחתום האפוטרופוס החוקי בשם כל קטין

נחתם בנוכחות:

(של העד לחתימה)

שם מלא _____ מס' זהות _____ חתימה _____