



משרד הביטחון
אגף משפחות הנצחה ומורשת
היחידה להכרה וקביעת זכאות

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

1. יש למלא את הטופס ואת שלושת נספחיו במלואם בכתב ברור וקריא .
2. יש לצרף לטופס את המסמכים הבאים :
 - צילום תעודת זהות וספח של מגיש הבקשה .
 - הערה : במידה וילדי המגיש אינם מופיעים בספח תעודת הזהות, יש לצרף צילומים של תעודות הזהות של הילדים.
 - אישור פרטי חשבון בנק חתום ע"י מגיש הבקשה וע"י הבנק (ראה טופס מצורף - נספח א).
 - כתב ויתור סודיות חתום בידי מגיש הבקשה ובידי עד שאינו בן משפחה.
 - **חובה לשלוח טופס מקורי** (ראה טופס מצורף - נספח ב).
 - טופס הצהרה בחירה בזכויות (ראה טופס מצורף - נספח ג).
 - צילום תעודת פטירה של המנוח.
 - אישור פרטי קבורה של המנוח (שם בית העלמין, גוש, אזור, חלקה, קבר).
 - סיכום אשפוז אחרון מבית החולים (במידה שהמנוח נפטר בבית החולים).
 - דו"ח מד"א (במידה שהמנוח נפטר בבית).
 - דו"ח משטרת ישראל (במידה שנערכה חקירה).
3. יש לפרט את המוסדות הרפואיים בהם טופל המנוח (סעיפים - 12 , 11).
- הערה : במידה ויש בידי מגיש הבקשה מסמכים רפואיים נוספים, ניתן לצרפם.
4. יש להגיש את טופס הבקשה חתום (שם מלא, תאריך וחתימה - סעיף 17).
- הערה : **לא ניתן לטפל בטופס פנייה שאינו חתום על ידי הפונה.**
5. יש לשלוח את הטופס והמסמכים הנלווים :
 - באמצעות הדואר לכתובת :
 - היחידה להכרה וקביעת זכאות**
 - אגף משפחות הנצחה ומורשת**
 - בניין משרד הביטחון בתל השומר , קומה 6**
 - רחוב דרך רב אלוף יעקב דורי ת.ד. 976**
 - קריית אונו . 5510802 .**
 - טלפון לברורים : 03-7380277/224**
 - פקס : 073-3232256**

- באמצעות הדוא"ל לכתובת: mishpahot_tviot@mod.gov.il

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				
הורה				
הורה				
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
מס' נייד	כתובת דואר אלקטרוני			

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)

--

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

--

11. מוסדות ורופאים שטיפלו במנוח:

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

12. פרטים על קופת חולים בה היה מבוטח הנספה:

שם קופ"ח	סניף וכתובת	מס' חבר

13. במקרה של נכה שנפטר:

מספר תיק נכה	תאריך הפטירה	מקום הקבורה – שם בית העלמין:
		מס' קבר חלקה גוש אזור

14. בחירה בזכויות:

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 החיילים שנספו במערכה .

החלטת הבחירה	החלטתי לבחור קבלת קצבה 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
	לא קיבלתי ואיני מתכוון לבקש תגמול לפי חוק אחר, ואני מבקש לבחור לפי חוק משפחות חיילים

15. ידוע לי כי בשל בחירתי לקבלת זכויות לפי חוק משפחות חיילים שנספו במערכה, עלי לסייע למשרד הביטחון (ולכל הפועלים בשמו ומטעמו) למיצוי 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.

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

17. הנני מאשר/ת עדכון מדור נכים בצה"ל על ההחלטה בדבר הכרה/ אי הכרה בזכויות.

18. 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

תאריך : / /

מס' תיק : /

אל: משרד הביטחון / אגף משפחות, הנצחה ומורשת

מאת: שם משפחה: שם פרטי:

שם משפחה: שם פרטי:

כתובת: טלפון: טלפון נייד:

הנדון: בקשה לרישום פרטי חשבון בנק

אבקשכם להעביר את התגמולים/ תשלומים המגיעים לי לחשבון הבנק שפרטיו רשומים להלן:

מספר החשבון:

בנק סניף מספר הסניף

כתובת הסניף

הריני לאשר כי כל סכום שישולם לחשבון הר"מ העודף על הסכום המגיע על פי ההוראות הקובעות, יוחזרו על פי דרישה ראשונה של משרד הביטחון.

משרד הביטחון יהיה רשאי לקזז כל סכום עודף מכל סכום אשר מגיע למקבל הסכום העודף, או לבקש מהבנק לחייב את החשבון הח"מ ולהחזיר למשרד הביטחון סכום זה.

הריני/ נו להצהיר בזאת, כי אני/ אנו הבעלים של חשבון זה (מחק המיותר).

מספר תעודת זהות: חתימה: _____

מספר תעודת זהות: חתימה: _____

אל: משרד הביטחון

מאת: בנק סניף

הרינו מאשרים בזאת, כי על פי הרישומים בספרי הבנק, מר/גב' ת.ז.

הינו/ ה הבעלים היחיד/ה * של החשבון הנ"ל המתנהל בסניפנו:

* או: שהינו/ה הבעלים של החשבון במשותף עם: מר/גב' ת.ז. * מחק את המיותר

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
שם הבנק										קוד בנק			קוד סניף			מספר חשבון בנק						

חתימת מורשה החתימה: _____ חותמת הבנק: _____

שם מורשה/י החתימה: _____ תאריך חתימת הבנק:

נספח ב' לטופס בקשה להכרה בזכויות



מדינת ישראל
משרד הביטחון

הנדון: כתב ויתור על סודיות רפואית (פטירה)

ע"ש _____ ז"ל

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

אנו החתום/ים מטה הוריו ו/או אביו ו/או אמו ו/או אלמנתו ו/או ילדיו ו/או יורשיו החוקיים של המנוח נותן/ים בזאת רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי/מוסד שיקומי, ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ולכל לקופת החולים, בית חולים על כל רופאיו ומחלקותיו, לכל פסיכולוג, פסיכיאטר, שלטונות צה"ל, משטרת ישראל, לשכה לשירותי רווחה, מוסדות חינוך, לכל חברות ביטוח, כל מוסד פיננסי לרבות בנקים ו/או כל גוף או אדם אחר כל שהוא, למסור למשרד הביטחון ולכל חברת ביטוח ישראלית ו/או לכל עובדיהם ולמי מטעמם או בשמם (להלן: המבקשים) בהתאם לבקשתם מזמן לזמן, את כל המידע, הפרטים והמסמכים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים, על מצבו הבריאותי ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או הכלכלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או החינוכי של המנוח ו/או על כל מחלה שחלה בה המנוח בעבר וכל מידע לגבי שכרו, הכנסותיו, זכויותיו של המנוח כפי שיידרש.

אנו הח"מ משחררים אתכם וכל רופא מרופאיכם וכל עובד מעובדיכם וכל עובד רפואי ו/או עובד אחר ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים או האחרים, כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים ו/או כל סניף מסניפיכם ו/או כל מוסד חינוכי ו/או כל רשות מס ו/או כל מוסד אחר ו/או מקומות עבודה מחובת שמירה על סודיות רפואית וכללית בכל הנוגע למצבו הבריאותי ו/או מחלותיו ו/או מצבו הנפשי ו/או מצבו הסוציאלי ו/או הכלכלי של המנוח ו/או מצבו בתחום החינוכי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או עבודתו, הכנסותיו וזכויותיו ומתירים לכם בזאת מתן מידע מכל תיק ו/או קובץ שנפתח על שמו של המנוח בכל מוסד ממוסדותיכם, ומוותרים על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיינה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור זה. כתב ויתור זה מחייב אותנו, את עיזבון המנוח ובאי כוחנו החוקיים וכן מי שיבוא במקומו.

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:

(עד חתימה שאינו בן משפחה)

שם מלא _____ מס' זהות _____ חתימה _____

