



## תביעה להכרה / תגמולים לאסיר ציון/ עציר ציון

### חובה לצרף לטופס זה

- שתי תמונות מעודכנות ↵
- מסמכים הקשורים למאסר/ מעצר ↵
- אישורים על טיפול רפואי בחו"ל ובארץ ↵

### כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים נוספים לפי הנדרש בטופס התביעה. ↵
  - יש להגיש את התביעה לרשות לאסירי ציון והרוגי מלכות במשרד ההעלייה והקליטה. ↵
  - אפשרויות ההתקשרות: ↵
- הרשות לקביעת זכאות לתגמולים לאסירי ציון, בני משפחותיהם ובני משפחות הרוגי מלכות  
משרד העלייה והקליטה  
רח' קפלן 2  
ירושלים

דואר אלקטרוני: [galitc@moia.gov.il](mailto:galitc@moia.gov.il)

טלפון: 073 – 3972112 פקס: 073 - 3972302

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
אסירי ציון

**תביעה להכרה לקבלת  
תגמולים לאסיר ציון/ עזיר ציון**

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">סוג המסמך דפים</p>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p><b>חותמת קבלה</b></p>
---	----------------------------------	--------------------------

1 פרטי התובע

מספר זהות ס"ב	שם פרטי (בשפת ארץ המוצא)	שם פרטי (בעברית)	שם משפחה (בשפת ארץ המוצא)	שם משפחה (בעברית)
תאריך עלייה	תאריך לידה	ארץ המאסר	ארץ לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מס' אישי בצה"ל <input type="checkbox"/> מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/>				
שוהה במוסד סיעודי: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם המוסד _____				
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות				
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית
דואר אלקטרוני		טלפון נייד		טלפון קווי
@ _____		_____		_____
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:				
מס' זהות איש קשר ס"ב	שם פרטי איש קשר		שם משפחה איש קשר	
_____	_____		_____	
<input type="checkbox"/> 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 הרשומה למעלה)				
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית
רחוב / תא דואר				

2 פרטים על פעילות ציונית (פרט ע"פ תקופות ותאריכים)

תקופה א'	תקופה ב'	
		תאריך התחלה
		תאריך סיום
		שם הארגון / המסגרת
		מקום הפעילות (ארץ, עיר)
		סוגי הפעילות
		.1
		.2
		שם העד
		כתובת
		שם העד
		כתובת
פרטי העדים: .1 שם העד כתובת .2 שם העד כתובת		
אסמכתא (פרט מהם המסכמים שצירפת בעניין הפעילות הציונית)		
.1	.2	
.3	.4	
.5	.6	

פרטים על תקופות מאסר / מעצר (אם נאסרת / נעצרת מספר תקופות נא פרט בעמודות המתאימות)				3
תקופה ג'	תקופה ב'	תקופה א'		
				תאריך התחלה
				תאריך סיום
				מקום המאסר/מעצר
				לפי פסק דין מיום
				לפי סעיף (לחוק)
				פרטי האשמה
				נסיבות המאסר/מעצר ותנאיו (סוגי עבודה, תנאי חיים)
			שם העד	פרטי העדים
			כתובת	
			שם העד	
			כתובת	

פרטי הנכות				4						
יש למלא סעיף זה אם מתקיים אחד מהתנאים האלה:										
1. אם חלית או נחבלת בעת המאסר/מעצר ואיבדת את הכושר לבצע פעולה גופנית או שכלית.										
2. אם במהלך המאסר/מעצר החמירה מחלתך או פציעתך.										
התאריך המדוייק שבו חלית/נחבלת	פרט את נסיבות המחלה או החבלה ואת גורמיה	פרט המחלות והחבלות שנגרמו לך בתקופת המאסר/מעצר								
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>         </td> <td>         </td> <td>         </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום							1.
שנה	חודש	יום								
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>         </td> <td>         </td> <td>         </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום							2.
שנה	חודש	יום								
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>         </td> <td>         </td> <td>         </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום							3.
שנה	חודש	יום								
פרט מהן המגבלות שיש לך כיום כתוצאה מהמחלה או מהחבלה שנגרמו לך במאסר/מעצר:										
				1.						
				2.						
				3.						

שמות האנשים המעידים כי המחלה/ות או החבלה/ות אירעו בתקופת מאסרך/ מעצרך			5		
טלפון קווי/נייד	כתובת	שם העד			
<table border="1"> <tr> <td>טלפון קווי/נייד</td> </tr> <tr> <td>   </td> </tr> </table>	טלפון קווי/נייד				1.
טלפון קווי/נייד					
<table border="1"> <tr> <td>טלפון קווי/נייד</td> </tr> <tr> <td>   </td> </tr> </table>	טלפון קווי/נייד				2.
טלפון קווי/נייד					

6

**אשפוז/ טיפול רפואי בתקופת המאסר או לאחר המאסר בהיותך בחו"ל**

האם נזקקת לאשפוז או לטיפול רפואי בתקופת המאסר, או לאחר המאסר בהיותך בחו"ל, כתוצאה מאחת המחלות אוהחבלות:  
 לא  כן, פרט בטבלה שלהלן:

שם המוסד הרפואי שבו קיבלת טיפול (ביה"ח, מרפאה) או שם רופא פרטי	סוג הטיפול (בדיקות, טיפול בתרופות, פיזיותרפיה, יומי/שבועי, וכד')	פרטי המחלה	תקופת האשפוז/ טיפול רפואי		
			עד תאריך	מתאריך	
					1.
					2.
					3.

7

**פרטים על טיפול רפואי בארץ, לאחר המאסר**

האם נזקקת לאשפוז או לטיפול רפואי בארץ, לאחר המאסר, כתוצאה מאחת המחלות או החבלות:  
 לא  כן, פרט בטבלה שלהלן

כתובת המוסד או הרופא הפרטי	שם המוסד הרפואי שבו קיבלת טיפול (ביה"ח, מרפאה) או שם רופא פרטי	סוג הטיפול (בדיקות, טיפול בתרופות, פיזיותרפיה, יומי/שבועי, וכד')	פרטי המחלה	תאריך הטיפול	
					1.
					2.
					3.

8

**פרטים נוספים**

האם אתה חבר בקופת חולים?

לא, אינני חבר בקופת חולים.

כן, פרט: שם הקופה \_\_\_\_\_

כתובת סניף מטפל \_\_\_\_\_

האם אתה מקבל תגמולים?

לא, אינני מקבל תגמולים.

כן, פרט בטבלה שלהלן:

אחר (ציין)	משרד האוצר	משרד הביטחון	
			סכום לחודש
			סוג הגמלה

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

9

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום:  לחשבון הקיבוץ / המושב  לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים בחשבון או מיופי הכוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון החשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים בחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, במהלך תקופת הזכאות לגמלה ואחריה.

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 פרטיהם של מושכי התשלומים.

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 תאריך חתימת מקבל התשלום חתימת/חתימות השותפים לחשבון

**הצהרה**

10

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים שאינם נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בודיעין 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.

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.

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

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 תאריך חתימת התובע

**(סעיף זה לשימוש הרשות המאשרת)**

פרטי התביעה המסומנים ב-X אומתו ע"י:

לפי המסמכים המפורטים להלן:

	1.
	2.
	3.
	4.

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 תאריך חתימת הפקיד המאמת

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
אסירי ציון



כתב ויתור על סודיות רפואית

שם הגמלה: אסיר ציון

פרטים אישיים

	<p>תאריך תביעה</p> <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<p>מספר זהות/דרכון</p> <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																					<p>קוד גמלה</p> <p>18</p>
שנה	חודש	יום																											

שם פרטי	שם משפחה
---------	----------

חבר בקופת חולים

כללית  
  מאוחדת  
  מכבי  
  לאומית  
  אחר \_\_\_\_\_

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, למצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שידרשו או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי על אודותיי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח ✕ \_\_\_\_\_