



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

דף הנחיות לטופס בקשה להכרה בזכויות בני משפחה לפי חוק משפחות החיילים שנספו במערכה (תגמולים ושיקום) תשי"ו - 1950

- יש למלא את הטופס ואת שלושת נספחיו במלואם בכתב ברור וקריא.
- יש לצרף לטופס את המסמכים הבאים:
 - צילום תעודת זהות וספח של מגיש הבקשה (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 ועד 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 (בית עלמין, גוש, אזור, חלקה, קבר).
 - סיכום אשפוז אחרון מבית החולים (במידה והמנוח נפטר בבית החולים).
 - דו"ח מד"א (במידה והמנוח נפטר בבית).
 - דו"ח משטרת ישראל (במידה ונערכה חקירה).
- פירוט מוסדות רפואיים בהם טופל המנוח (סעיפים 10-11) במידה ויש בידי מגיש הבקשה מסמכים רפואיים נוספים, ניתן לצרפם.
- יש להגיש את טופס הבקשה חתום. לא ניתן לטפל בטופס בקשה שאינו חתום על ידי המבקש.
- 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

או באמצעות הדוא"ל לכתובת: mishpahot_tvivot@mod.gov.il



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

חובה למלא את השדות המסומנים ב *.	
תאריך	
מספר תיק (ימולא ע"י המשרד)	

אל: משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת

בקשה להכרה בזכויות (של "בן משפחה")

לפי חוק משפחות החיילים שנספו במערכה (תגמולים ושיקום) תש"י-1950

1. פרטי המנוח

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

2. פרטי מגיש הבקשה - במידה ומדובר בזוג הורים יש למלא פרטים של כל הורה בנפרד

שם משפחה *		שם פרטי *		מספר תעודת זהות *	
תאריך לידה *		טלפון *		טלפון נוסף	
רחוב *		מס' בית *		יישוב *	
דואר אלקטרוני		מיקוד		תאריך נישואין: ¹	
קרבה משפחתית: *		<input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ידוע בציבור <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> יתום שעומד ברשות עצמו <input type="checkbox"/> אחר: _____			

¹ במידה ומדובר בזוג הורים יש לציין תאריך נישואין



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

פרטי מגיש הבקשה – במידה ומדובר בזוג הורים יש למלא פרטים של כל הורה בנפרד

שם משפחה		שם פרטי		מספר תעודת זהות
תאריך לידה		טלפון		טלפון נוסף
רחוב		מס' בית	יישוב	מיקוד
דואר אלקטרוני				
קרבה משפחתית:				
<input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ידוע בציבור <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> יתום שעומד ברשות עצמו <input type="checkbox"/> אחר: _____				

3. פרטי בן/ת זוג של השכול שאינו שכול

שם משפחה קודם		שם פרטי		מספר תעודת זהות
תאריך לידה		טלפון		תאריך נישואין

4. פרטים על נישואין קודמים

שם בעל/אישה של המנוח	תקופת הנישואין	סיבת פקיעתם
שם בעל/אישה של המגישה	תקופת הנישואין	סיבת פקיעתם
במקרה של גירושין – האם מקבלת מזונות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		

5. פרטים נוספים (למילוי במקרה של הורים שכולים שהתגרשו)

1. האם שילם האב מזונות עבור הנספה: כן לא

2. על שולחן מי היה סמוך המנוח במהלך השנים ועד ליום מותו. נא לפרט את התקופות:

3. יש לצרף הסכם גירושין

משרד הביטחון, אגף משפחות, הנצחה ומורשת

מרכז שרות טלפוני: 03-7776700 | www.mishpahot-hantzaha.mod.gov.il



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

6. פרטים על הילדים² (ימולא על ידי אלמנה או אפוטרופוס)

ילדי הנספה מנישואין עם המגישה

שם	מין (ז/נ)	תאריך לידה	מספר זהות	מצב משפחתי	כתובת	תאריך נישואין

ילדי הנספה מנישואין קודמים

שם	מין (ז/נ)	תאריך לידה	מספר זהות	מצב משפחתי	כתובת	תאריך נישואין

7. שמות אחיו ואחיותיו של הנספה³ (ימולא ע"י ההורים / האפוטרופוס)

שם משפחה	שם פרטי	שם ההורה	שם ההורה	תאריך לידה	מספר זהות	כתובת

² במידה ונדרש פירוט נוסף, נא ל צרף מכתב לפנייה זו
³ במידה ונדרש פירוט נוסף, נא לצרף מכתב לפנייה זו



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

8. תיאור נסיבות הפטירה של המנוח (חבלה / מחלה / אחר) *

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

10. מוסדות ורופאים שטיפלו במנוח *

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

11. פרטים על קופת חולים בה היה מבוטח הנספה *

מספר חבר *	כתובת *	סניף *	שם קופת חולים *

12. במקרה של נכה שנפטר

מספר תיק נכה *	תאריך הפטירה *	מקום הקבורה *	מספר חבר *
אזור *	גוש *	חלקה *	מספר קבר *

משרד הביטחון, אגף משפחות, הנצחה ומורשת

מרכז שרות טלפוני: 03-7776700 | www.mishpahot-hantzaha.mod.gov.il



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

13. 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 חיילים שנספו במערכה.

החלטת הבחירה: * החלטתי לבחור קבלת קצבה לפי:

- חוק שירות המדינה (גימלאות) חוק שירות הקבע בצה"ל חוק הביטוח הלאומי
- חוק הנזיקין האזרחיים חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים
- לא קיבלתי ואיני מתכוון לבקש תגמול לפי חוק אחר, ואני מבקש לבחור לפי חוק משפחות חיילים

הערה

יש למלא את פרטי חשבון הבנק הנדרשים בנספח א' לבקשה, המהווה חלק בלתי נפרד ממנה. ניתן לצרף המחאה / העתק המחאה מבוטלת / אישור ניהול חשבון.

14. הצהרה *

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

<input type="checkbox"/> הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי חתימת המבקש _____ (במקרים בהם הטופס מוגש ידני)	שם מלא *	תאריך *
<input type="checkbox"/> הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי חתימת המבקש _____ (במקרים בהם הטופס מוגש ידני)	שם מלא	תאריך

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

שם מלא	תפקיד	תאריך	טלפון