



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: *	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 פרטי כל הורה בנפרד

שם משפחה *	שם פרטי *	מספר תעודת זהות *
תאריך לידה *	טלפון *	טלפון נוסף
רחוב *	מס' בית *	יישוב *
דואר אלקטרוני	תאריך נישואין: *1	מיקוד
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

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



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

פרטי מגיש הבקשה - במידה ומדובר בזוג הורים יש למלא פרטי 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 המגיש/ה	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.mishpachot-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) *

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 אינפרא-אדומה.
2. הידבקות במחלה כתוצאה מחשיפה למוצרי דם ונוזלי גוף במסגרת טיפול רפואי בתנאי שדה.

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 מבטח הנספה

שם קופת חולים	סניף	כתובת	מספר חבר

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

12. 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:

- 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.

13. 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/ת עדכון הגוף בו שרת/ה המנוח/ה 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

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

שם מלא	תפקיד	תאריך	טלפון

משרד הביטחון, אגף משפחות, הנצחה ומורשת

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