



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

הנחיות לפניית ידועה בציבור לקבלת זכויות

מכוח חוק משפחות חיילים שנספו במערכה (תגמולים ושיקום) תש"י-1950

סעיף 1 לחוק משפחות חיילים שנספו במערכה (תגמולים ושיקום) תש"י-1950, במסגרת הגדרת בן משפחה, מגדיר – "מי שהיה נשוי לנספה ביום מותו, ובכלל זה מי שהוא והנספה התגוררו יחד לפני יום המוות ובאותו מועד הם היו ידועים בציבור כבני זוג- אף אם הוא נישא אחרי מות הנספה לאדם אחר (להלן – אלמן או אלמנה, לפי העניין);"

לצורך ההכרה בבן זוג או בבת זוג כידוע/ה בציבור של הנספה מכוח הגדרה זו יש להוכיח התקיימותם של שני תנאים מצטברים, כאשר נטל ההוכחה לצורך הכרה בבני זוג כ"ידועים בציבור" מוטל על הטוען לכך:

1. הוכחת מגורים משותפים עם הנספה לפני מותו- נדרשת הוכחה על ידי הטוען לכך כי התגוררו בסמוך למועד פטירתו תחת קורת גג אחת (חוצה שכירות על שם שני בני הזוג).
 2. הוכחת קיומה של מערכת יחסים כידועים בציבור ביום מותו של הנספה – ובכלל זה קיום חיי אישות וניהול משק בית משותף (חשבון בנק משותף, תשלומים והוצאות עבור המחיה המשותפת ותצהירים של בני משפחה וחברים המעידים על הקשר כבעל ואישה).
- היסוד הראשון מורכב מחיים אינטימיים כמו בין בעל ואשתו המשותפת על אותו יחס של חיבה ואהבה, מסירות ונאמנות, המראה שהם קשרו את גורלם זה בזה. היסוד השני הוא ניהול משק בית משותף. לא סתם משק בית משותף מתוך צורך אישי, נוחות, כדאיות כספית או סידור עניני, אלא כפועל יוצא טבעי מחיי המשפחה המשותפים, כנהוג וכמקובל בין בעל ואשה הדבקים אחד בשני בקשר של גורל חיים, כלשון הפסיקה.

לצורך הגשת הבקשה יש למלא את הטופס המצורף ואת שני נספחיו בכתב ברור וקריא ולצרף את המסמכים כפי שמתואר מעלה.

היחידה להכרה וקביעת זכאות
אגף משפחות הנצחה ומורשת
דרך רב אלוף יעקב דורי ת.ד. 976
קריית אונו . 5510802
טלפון לברורים: 03-7776700
פקס: 073-3232256
דוא"ל: mishpahot_tvivot@mod.gov.il

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

חובה למלא את השדות המסומנים ב *	
תאריך	
מספר תיק	
מחוז מטפל	

אל: משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת
היחידה להכרה וקביעת זכאות

בקשה להכרה בזכויות לפי חוק משפחות חיילים שנספו במערכה (תגמולים ושיקום) תש"י-1950

1. פרטים אישיים של המנוח/ה

שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה קודם
מספר תעודת זהות	מין ☐ זכר ☐ נקבה	מצב משפחתי ☐ רווק ☐ נשוי ☐ גרוש ☐ אלמן
שם ההורה	שם ההורה	מספר אישי בצה"ל
מספר שוטר / סוהר	תאריך לידה	ארץ לידה

2. פרטים אישיים של מגיש/ת הבקשה

שם משפחה	הקרבה ☐ ידוע/ה בציבור * ☐ ארוס/ה **
שם פרטי	מספר תעודת זהות
	תאריך לידה

הערות

*ידוע/ה בציבור - "מי שהוא והנספה התגוררו יחד לפני יום המוות ובאותו מועד הם היו ידועים בציבור כבני זוג." (סעיף 1(א) לחוק משפחות).
**ארוס/ה - "מי שביום מותו של הנספה הייתה מיועדת להינשא לו אף אם לא גרה עימו, והוכיחה כי הייתה בכוונתם להינשא..." (סעיף 35 לחוק משפחות).



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

3. כתובת המגיש/ה

רחוב	מספר	ישוב
מיקוד	מספר טלפון	טלפון נייד
דואר אלקטרוני		

4. פרטי ילדי הנספה מנישואין עם המגיש/ה*

שם הילד/ה	מין	תאריך לידה	מס' זהות	מצב משפחתי	כתובת	תאריך נישואין

פרטי ילדי הנספה מנישואין קודמים*

שם הילד/ה	מין	תאריך לידה	מס' זהות	מצב משפחתי	כתובת	תאריך נישואין

*במידה ונדרש פירוט נוסף, נא לצרף מכתב לפנייה זו

תיאור נסיבות הפטירה של המנוח/ה

משרד הביטחון, אגף משפחות, הנצחה ומורשת

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



משרד הבריאות
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

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) תשי"ז-1950.

** אנשי קבע, משטרה, שירות בתי הסוהר, או שירות ביטחוני 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.

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

6. מוסדות ורופאים שטיפלו במנוח/ה

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

7. פרטים על קופת חולים בה היה מבוטח הנספה

שם קופת החולים	סניף וכתובת	מספר חבר



משרד הבריאות
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

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

הערות

9. 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 .
10. פרטי חשבון בנק – נא למלא את הפרטים הנדרשים בנספח א' לבקשה, המהווה חלק בלתי נפרד ממנה , ניתן לצרף המחאה/העתק המחאה מבוטלת.
11. הנני מאשר/ת עדכון הגוף בו שרת/ה המנוח/ה על ההחלטה בדבר הכרה/ אי הכרה בזכויות

12. הצהרה

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

תאריך	שם מלא	חתימה

13. 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



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

נספח א' להוראה 10.11

אל: משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת

חובה למלא את השדות המסומנים ב *.	
תאריך	
מספר תיק	
מחוז מטפל	

הנדון: בקשה לרישום פרטי חשבון בנק

שם מגיש/ת הבקשה			
שם משפחה *	שם פרטי *		מספר תעודת זהות *
שם משפחה	שם פרטי		מספר תעודת זהות
תאריך לידה *	טלפון *		טלפון נוסף
רחוב *	מספר בית *	ישוב *	מיקוד
אבקשכם להעביר את התגמולים/תשלומים המגיעים לי לחשבון הבנק שפרטיו רשומים להלן:			
מספר חשבון *	בנק *	מספר 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 (יש לסמן בהתאם)			
מספר תעודת זהות *		חתימה *	
מספר תעודת זהות		חתימה	

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

אל: משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת

חובה למלא את השדות המסומנים ב *	
תאריך	
מספר תיק	
מחוז מטפל	

מאת: *

בנק		סניף	
הרינו מאשרים בזאת, כי על פי הרישומים בספרי הבנק, מר/גב':		מספר תעודת זהות	
☐ הינו/ה הבעלים היחיד/ה של החשבון הנ"ל המתנהל בסניפנו.			
☐ הינו/ה הבעלים של החשבון במשותף עם: מר/גב': _____ תעודת זהות _____			
מספר חשבון	קוד סניף	קוד בנק	שם הבנק

חתימת מורשה החתימה: * _____ חותמת הבנק: * _____

שם מורשה/י החתימה: * _____ תאריך חתימת הבנק: * _____



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

אל: משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת

חובה למלא את השדות המסומנים ב *.	
תאריך	
מספר תיק	
מחוז מטפל	

הנדון: כתב ויתור על סודיות והרשאה לקבלת ומסירת מידע

טופס הסכמה למסירת מידע רפואי או מידע אחר נוסף הדרוש לצורך בירור וטיפול בבקשתי להכרה מכוח חוק משפחות חיילים שנספו במערכה (תגמולים ושיקום) תש"י-1950

אני הח"מ מסכים/ה ונותן בזאת רשות לכל העובדים בצוות רפואי ו/או במוסד רפואי לרבות קופות חולים, רופאים, עובדיהן, ו/או מי מטעמן ו/או לכל העובדים של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשטרת ישראל ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לחברת ביטוח ו/או למשרדי ממשלה ו/או לעיריות ולמוסדות מוניציפליים ו/או לכל העובדים בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לגורמים מטפלים לרבות פסיכולוגים ו/או למוסדות שיקומיים למסור למשרד הביטחון – אגף משפחות, הנצחה ומורשת - קצין התגמולים (להלן "מבקש המידע") כל מידע מכל סוג שיבקש אודותיי והמצוי ברשותכם לצורך בירור פנייתי להכרה מכוח חוק משפחות חיילים שנספו במערכה (תגמולים ושיקום) תש"י-1950.

הנני מוותר/ת על סודיות כלפי המבקשים ולא תהא לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע כאמור על ידי המוסדות המפורטים לעיל.

הצהרה

הנני _____ ת.ז. _____ הבנתי את הכתוב ומקובל עלי לותר על הסודיות וקבלת

המידע מול גופים אלו, במסגרת טיפולכם בתיק.

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות

תאריך _____ ☐ הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי

חתימת המבקש

(במקרים בהם הטופס מוגש ידני)

משרד הביטחון, אגף משפחות, הנצחה ומורשת

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