



## תביעה להטבות על פי הסכם הניידות

### חובה לצרף לטופס זה

- ✍ סיכומי מחלה - אם אושפזת לאחר הבדיקה האחרונה בלשכת הבריאות או בוועדה לעררים.
- ✍ אישור רפואי עדכני - אם חלפה שנה מאז נבדקת בוועדה הרפואית, למעט אם נקבע לך ליקוי לצמיתות והינך מקבל הטבות בניידות.
- ✍ צילום רישיון הרכב שברשותך ובשימושך.
- ✍ צילום של רישיון הנהיגה שלך ו/או של מי שאתה מבקש שינהג ברכב.
- ✍ צילום פוליסת ביטוח: מקיף - לרכב שנרכש עם הלוואה עומדת, התקפה למועד הגשת תביעה זו.
- ✍ חובה - לרכב שנרכש ללא הלוואה עומדת, התקפה למועד הגשת תביעה זו.
- ✍ אישור בית ספר/מוסד על לימודים - לגילאי 3-21, שאינם נוהגים.
- ✍ צילום צו אפוטרופסות - לתובע שמונה לו אפוטרופוס.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ את טופס התביעה יש לשלוח בדואר או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וביירוטים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- ✍ ניתן להגיש התביעה רק לאחר שוועדה רפואית בלשכת הבריאות או הוועדה לעררים קבעה לך מוגבלות בניידות.
- ✍ לפני הגשת התביעה – בדוק האם ישנם מסמכים נוספים (לאלה הרשומים לעיל) שעליך לצרף, בהתאם להנחיות בגוף התביעה.
- ✍ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

### לתשומת ליבך

- ✍ חובה לחתום על כתב ההתחייבות בעמוד 7 בטופס.
- ✍ מוצע לך לבדוק האם אתה עשוי להיות זכאי לקצבת נכות כללית/גמלה לשירותים מיוחדים/גמלת ילד נכה.
- ✍ אם מסיבה רפואית או מבחינה גופנית או בשל הגבלות בנהיגה אתה זקוק לרכב מיוחד, זכותך לבקש להיבדק לעניין רכב מיוחד. לבירור פרטים אנא פנה לסניף המטפל, או העזר באתר המוסד, או עיין בחוברת ההסברה.
- ✍ אין לראות בהגשת תביעה זו אישור זכאות.
- ✍ אין להזמין רכב לפני קבלת האישור בדבר הלוואה עומדת, שכן אתה עלול לגרום לעצמך נזק כספי.

### חובה לחתום על טופס התביעה





7

**אירועים מאז רכישת הרכב (צרף אישורים מאמתים)**

א. האם מאז רכישת הרכב שנרכש עם או בלי הלוואה עומדת, ארע אחד מאלה? (ציין ✓ ותאריכים)

למילוי ע"י מורשה הנהיגה		למילוי ע"י המוגבל בניידות		פרטים	
עד תאריך	מתאריך	עד תאריך	מתאריך		
				הייתי מאושפז	<input type="checkbox"/>
				הייתי במאסר	<input type="checkbox"/>
				הרכב ניזוק והושבת	<input type="checkbox"/>
				הרכב לא היה בשימוש מסיבה אחרת	<input type="checkbox"/>
				רישיון הנהיגה שלי נשלל או נפסל או הותלה	<input type="checkbox"/>
				המוגבל בניידות ומורשה הנהיגה חדלו להתגורר יחד	<input type="checkbox"/>
				חברת הביטוח קבעה שהרכב אבד/נהרס	<input type="checkbox"/>
				לא אירע אחד מאלה	<input type="checkbox"/>

ב. פרטים בדבר הביטוח (למילוי ע"י המוגבל בניידות):

		<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	רכבי היה מבטוח בביטוח מקיף מאז רכישתו	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	רכבי היה מבטוח בביטוח חובה מאז רכישתו	<input type="checkbox"/>

חתימת מורשה הנהיגה \* \_\_\_\_\_

חתימת התובע \* \_\_\_\_\_

8

**פרטים בדבר רישיון נהיגה**

האם הינך בעל רישיון נהיגה בר תוקף?  לא  כן. נא המצא צילום רישיון הנהיגה.  
 האם נדרשת לעבור בדיקת כשירות נהיגה ו/או מבחן נהיגה וטרם עברת?  לא  כן

9

**בקשה לאישור נהגים ברכב**

אני החתום מטה מבקש לאשר לרשומים מטה לנהוג ברכב ואני מצהיר שבכל אחד מהם מתקיימים התנאים שלהלן:

- הוא קרוב משפחה. ציין קרבה: \_\_\_\_\_ (ניתן לבקש על פי ההסכם רק קרוב משפחה שהוא אחד מאלה: בן/בת זוג, הורה, אח/אחות, בן/בת או בני זוגם, סבא/סבתא, נכד/ה או מטפל שסועד אותי ברוב שעות היממה).
- הוא גר עמי בקביעות באותו בניין או במרחק שאינו עולה על 500 מטר בקו אווירי מביתי.
- הוא בעל רישיון נהיגה בר תוקף.

אם הינך מבקש לאשר כמורשה נהיגה מטפל בשכר, יש להמציא צילום מחוזה העסקה חתום.

חתימת התובע \* \_\_\_\_\_

**הצהרת הנהגים:**

אני מצהיר שמתקיימים בי התנאים הנ"ל.

פרטי הנהגים	נהג 1	נהג 2	נהג 3	נהג 4
שם משפחה				
שם פרטי				
מספר זהות				
מען מגורים				
טלפון קווי/נייד				
יחס קרבה לתובע				
עיסוק הנוהג				
מען מקום העבודה				
חתימה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- על הנהגים הנ"ל לחתום על כתב התחייבות בעמוד 7 בחלק ב' או ג' לפי העניין.
- אם אתה מעוניין בנהגים נוספים, יש לצרף פרטיהם במכתב נלווה.

10

**פרטים על תביעת פיצויי נזיקין מצד שלישי**

1. האם נכותך נגרמה כתוצאה מתאונה? (תאונה = תאונת דרכים או תאונה אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, תקיפה וכד')

לא. עבור לסעיף 11

כן. סוג התאונה:  תאונת דרכים  אחר: \_\_\_\_\_

תאריך התאונה: \_\_\_\_\_ מקום התאונה: \_\_\_\_\_

נסיבות אירוע התאונה: \_\_\_\_\_

---

2. האם נמסרה הודעה למשטרה?

לא  כן, לתחנת המשטרה ב: \_\_\_\_\_ מס' תיק: \_\_\_\_\_

---

3. האם הגשת או אתה עומד להגיש תביעה לפיצויי נזיקין?

לא  כן, הנתבע הוא: \_\_\_\_\_ תאריך הגשת התביעה: \_\_\_\_\_

---

4. עורך הדין המייצג אותך בתביעה:

שם: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

---

5. האם קיבלת פיצויים בגין התאונה?

טרם קיבלתי פיצויים  קיבלתי פיצויים (נא לצרף צילום מפסק הדין)

הגוף המפצה: \_\_\_\_\_ תאריך הפיצוי: \_\_\_\_\_

11

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

אם יגיעו תשלומים, אבקש לזכות את מספר החשבון המפורט להלן:

שמות השותפים לחשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לתובע שנתמנה לו אפוטרופוס, יש להמציא צו אפוטרופוסות (מקור או צילום), שעליו חותמת עורך דין "נאמן למקור".

החשבון מתנהל על שם:  התובע  אחר, פרט: \_\_\_\_\_

12

**הצהרת התובע ו/או מגיש התביעה**

אני החתום מטה תובע גמלה לפי הסכם הניידות ומצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

אני מתחייב כי אודיע למוסד לביטוח לאומי מייד על כל שינוי שיחול באחד הפרטים בתביעה זו, כולל שינויים בהכנסותיי מעבודה, ממשלח יד, מפנסיה או מגמלה אחרת מביטוח לאומי.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים ו/או מסירת פרטים כוזבים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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

חתימת התובע x \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, בעל מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_  
הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, בעל מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_  
הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_



ג. כוונה למכור או למסור לאחר את הרכב, ו/או את האבזרים המיוחדים ו/או את מתקן ההרמה.  
 ד. כל מקרה בו אפסיק להשתמש ברכב לתקופה העולה על שלושה חודשים.

ה. הפסקת שימוש בקביעות ברכב לצורך נסיעה למקום עבודתי - **חל רק על מוגבל בניידות המקבל תוספת קצבה בגין מרחק.**

- ו. התחלת עבודה, הפסקת עבודה, שינוי במקום העבודה, קבלת תשלומים מקרן השתלמות.
- ז. שינוי במקום המגורים שלי ו/או של "מורשה הנהיגה" שלי.
- ח. אשפוזי בבית חולים או במוסד או מאסרי.
- ט. יציאתי את הארץ לתקופה העולה על שלושה חודשים רצופים.

י. הסדר לפיו בשל היותי נכה אני פטור מתשלום מסים החלים על הרכב, כולם או חלקם, או שאני זכאי לקבל הלוואה לכיסויים שלא על פי הסכם הניידות, או שאני זכאי להחזקת רכב או להשתתפות בהוצאות ניידות שלא על פי הסכם הניידות.

✕		
חתימה של המוגבל בניידות / אפוטרופוס	שם מלא של המוגבל בניידות / אפוטרופוס	תאריך
<b>*לגבי קטין – נדרשת חתימה של שני הורים.</b>		

**חלק ב': לחתימת "מורשה הנהיגה" של מוגבל בניידות שאינו נוהג**

הואיל: ואושרתי ע"י המוסד לשמש כ"מורשה נהיגה" של המוגבל בניידות, וקיבלתי על עצמי להסיעו ברכב;  
 והנני גר בקביעות באותו בניין בו מתגורר המוגבל בניידות או בטווח של עד 500 מטר מביתו, או בבניינים הקרובים ביותר זה לזה בתחום אותו יישוב.  
 לפיכך ולאור האמור לעיל הנני מתחייב בזה כדלקמן:

1. להסיע את המוגבל בניידות על פי צרכיו.
2. להודיע למחלקת ניידות אם ארע אחד מן המקרים המפורטים בחלק א' לעיל בסעיף 10 א', ז', ח', ט', וכן אם אינני "קרוב משפחה" ומוניתי כ"מורשה נהיגה" – להודיע למחלקת ניידות על כל שינוי בתנאי העסקתי ולהחזיר למוסד לביטוח לאומי את ההלוואות, שקיבל המוגבל בניידות, אם ארע אחד המקרים המפורטים לעיל.
3. ידוע לי כי אם אפר התחייבות כלשהי מהתחייבויותיי בכתב התחייבות זה, יהא המוסד רשאי לבטל את האישור שניתן לי לנהוג ברכב.

	✕			
תאריך		שם "מורשה הנהיגה" 1	חתימה	
תאריך		שם "מורשה הנהיגה" 2	חתימה	
תאריך		שם "מורשה הנהיגה" 3	חתימה	
תאריך		שם "מורשה הנהיגה" 4	חתימה	

**חלק ג': לחתימת "מורשה הנהיגה" של מוגבל בניידות בעל רישיון נהיגה**

הואיל: והמוסד התיר לי לנהוג ברכבו של המוגבל בניידות, הנני מתחייב להודיע למחלקת ניידות על:  
 1. כל שינוי במקום המגורים שלי.  
 2. שלילה, התלייה או אי חידוש של רישיון הנהיגה שלי.

	✕			
תאריך		שם "מורשה הנהיגה" 1	חתימה	
תאריך		שם "מורשה הנהיגה" 2	חתימה	
תאריך		שם "מורשה הנהיגה" 3	חתימה	
תאריך		שם "מורשה הנהיגה" 4	חתימה	