



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף גמלאות נכות
טלפון 02-6709502
פקס 02-6521663

| | |
|--|-------------------------------------|
| חוזר מס': ניידות 2035 | תאריך: 01/11/2015 י"ט חשון תשע"ו |
| נושא: תביעה להטבות בניידות שם החוזר: טופס תביעה חדש להטבות בניידות למחליפי רכב עם הלוואה עומדת | |
| מטרת החוזר ליידע את פקידי התביעות על השקה של טופס תביעה אישי למחליף רכב עם הלוואה עומדת הכולל את כל הנתונים הידועים לנו על המוגבל בניידות. הטופס ישלח באופן אוטומטי כארבעה חודשים לפני מועד הזכאות להחלפת הרכב. | |
| <u>פתח דבר</u> | |
| תהליך עבודה  | |
| <u>חשוב לדעת</u> | |
| <u>מידע לנציגי שירות</u> | |
| <u>נספחים</u> 1. <u>נספח 1- טופס תביעה להטבות בניידות למחליף רכב (ב"ל 8201)</u> | |
| <u>רשימת תפוצה</u> | |

אני מודה לגב' טליה ליאור על הרעיון, היוזמה וגיבוש התהליך.
תודות גם לגב' דיני גרינבאום מצוות תמ"מ על הפיתוח

בברכה,
מנהלת אגף א' נכויות

ליאור אוריאל



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף גמלאות נכות
טלפון 02-6709502
פקס 02-6521663

פתח דבר

- על מנת לקבל הטבות בניידות נדרשים מוגבלים בניידות למלא טופס תביעה.
- עד להוצאת חוזר זה, נעשה שימוש בטופס תביעה אחיד (ב"ל 8200) אותו נדרשו למלא מוגבלים בניידות המבקשים לקבל הטבות לראשונה וכן מוגבלים בניידות שנדרשו למלא טופס תביעה זה בכל החלפת רכב עם הלוואה עומדת.
- על מנת לשפר את השירות הניתן למוגבלים בניידות, הוכן טופס תביעה חדש (ב"ל 8201) המיועד למחליפי רכב עם הלוואה עומדת.
- טופס התביעה החדש פותח כך שנתוניהם האישיים של המוגבלים בניידות המבקשים להחליף רכב יישאבו אוטומטית בהתאם לנתונים הקיימים במערכות המוסד, דבר שיקל על מילוי הטופס.
- שיפור נוסף שבוצע על מנת להקל על המוגבלים בניידות, הוא שליחת התביעות להחלפת רכב בצורה אוטומטית לכל המוגבלים בניידות שיש להם רכב עם הלוואה עומדת וכעת קמה זכאות עקרונית להלוואה עומדת חדשה.
- התביעות ישלחו ארבעה חודשים טרם מועד הזכאות להחלפת הרכב.

הגשת והזנת התביעה

1. התביעה תשלח אוטומטית למוגבלים בניידות באמצעות מערכת מכתבים, ארבעה חודשים לפני מועד הזכאות העקרונית להלוואה העומדת.
2. בתביעה יופיעו כל הפרטים הידועים לנו על המוגבל בניידות כגון: כתובת, חשבון בנק, מקום עבודה ומורשי נהיגה (אם יש), וכל שיידרש מהמוגבלים בניידות הוא לאמת המידע ולהשלים המידע החסר.
- לתשומת ❤️ - עם קבלת התביעה יש לשים לב אם מולאו פרטים השונים מאלה הקיימים אצלנו ולעדכןם בהתאם לצורך.
3. מסמכים רפואיים - בדברי ההסבר בטופס התביעה ישנה התייחסות פרטנית להמצאת מסמכים רפואיים.



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף גמלאות נכות
טלפון 02-6709502
פקס 02-6521663

במקרים בהם ליקוי המוגבל בניידות הוצמת ע"י רופא מייעץ או שהוצמת ע"י ועדת ערר, לא יידרש המוגבל בניידות להמציא מסמכים רפואיים עדכניים, למעט במקרים בהם עבר ניתוח מאז החלפת הרכב הקודמת.

4. הזנת התביעה-

- ✓ יש להזין את התביעה עם קבלתה בהתאם לתאריך חותמת הקבלה
- ✓ יש להזין תאריך תום עיכוב מחוייב ליום בו תקום הזכאות לקבלת הלוואה עומדת חדשה זאת על מנת שלא תהיה תביעה פתוחה עד שתקום הזכאות להחלפה.

[חזרה](#)

קריטריונים לזכאות

התביעות ישלחו למוגבלים בניידות שעונים על כל התנאים הבאים:

1. ישנה זכאות להלוואה עומדת והמוגבל בניידות מקבל קצבת ניידות כבעל רכב
2. אין תביעה פתוחה להלוואה עומדת
3. אין מועד קובע להחזר הלוואה עומדת

[חזרה](#)

חשוב לדעת

- ניתן יהיה לאחזר את טופס התביעה שנשלח אוטומטית, במסך 998.

[חזרה](#)

מידע לנציגי שירות

- ניתן למצוא את תביעה להחלפת רכב (ב"ל 8201) במערכת מסמכים בפורטל, בני"ל ובאתר האינטרנט.
- תביעה מותאמת אישית עם פרטי המוגבל בניידות ניתן לאחזר באמצעות מערכת מכתבים.

[חזרה](#)



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף גמלאות נכות
טלפון 02-6709502
פקס 02-6521663

רשימת תפוצה

מנהלי הסניפים
מנהלים - סניפי משנה
מנהלי תחום - מנהל הגמלאות
סגני מנהלים - מנהל הגמלאות
ממונים, מרכזים, פקידי תביעות ניידות
פקידי דלפק קדמי

חזרה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף גמלאות נכות
טלפון 02-6709502
פקס 02-6521663

נספח 1

| | | | |
|--|----------------------|--|--|
| <p>טל: 04-8812345 או 6050 פקס: 04-8134939 שעות מענה: א-ה 08:00-17:00 קבלת קהל: א,ג,ה 08:00-12:30</p> | <p>ניידות</p> | <p>www.btl.gov.il המוסד לביטוח לאומי</p> <p>סניף: חיפה 8 פל ים 8 חיפה 3309511</p> | |
| <p>תיק: 0 דף 1 מתוך 9</p> | | <p>303-007-080</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> | |
| <p>תיק: 0 י"ב בחשוון, תשע"ו 25 באוקטובר 2015</p> | | | |
| <p>בל / 8201</p> | | | |
| <p><u>בקשה להחלפת רכב</u></p> | | | |
| <p>הריני להודיעך כי החל מתאריך 26/02/2016 באפשרותך להחליף את רכבך ולרכוש רכב חדש במקומו. אם ברצונך להחליף את רכבך, אנא מלא את הפרטים בתביעה זו על מנת שנוכל לטפל בבקשתך.</p> <p>במידה והגשת בחודשים האחרונים תביעה להטבות בניידות, אין צורך למלא טופס תביעה נוסף.</p> | | | |
| <p>חובה לצרף לטופס זה</p> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> * מסמכים רפואיים עדכניים. * סיכומי אישפוז - אם אושפזת לאחר הבדיקה האחרונה בלכשכת הבריאות או בוועדה לעררים. * מסמכים רפואיים עדכניים רק אם עברת ניתוח מאז החלפת הרכב הקודמת. * צילום של רישיון הנהיגה שלך או של מי שאתה מבקש שינהג ברכב. * צילום רישיון הרכב שברשותך שאתה משתמש בו. * צילום פוליסת ביטוח מקיף, התקפה למועד הגשת תביעה זו. * צילום צו אפוטרופוסות - לתובע שמונה לו אפוטרופוס. | | | |
| <p>כיצד יש להגיש את התביעה</p> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> * לשלוח בפקס למספר הרשום מעלה. * לשלוח בדואר לכתובת הרשומה מעלה. * להכניס לתיבת השרות הניצבת מחוץ לסניף. * למסור לפקיד קבלת קהל בימים ובמועדים הרשומים מעלה. | | | |
| <p>חובה לחתום על הטופס במקומות המיועדים לכך</p> <p>טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד</p> | | | |
| | | | <p>בכבוד רב</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>מנהלת מחלקת ניידות</p> |



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף גמלאות נכות
טלפון 02-6709502
פקס 02-6521663

טל: 04-8812345 או 6050 * פקס: 04-8134939
 שעות מענה: א-ה 17:00-8:00, א,ג,ה 12:30-8:00
 ניידות www.btl.gov.il המוסד לביטוח לאומי
 סניף: חיפה, פל ים 8, חיפה 3309511

תיק: 0

דף 2 מתוך 9

בל / 8201

| | | |
|---|----------------------------------|-------------------|
| <p>מס' זהות/דרכון</p> <p>סוג דפים המסמך</p> | <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> | <p>חותמת קבלה</p> |
|---|----------------------------------|-------------------|

תביעה להטבות בניידות למחליף רכב

1. פרטי המוגבל בניידות

| שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מספר זהות |
|----------|---------|------------|-----------|
| ישראלי | ישראל | 01/01/1999 | 111111111 |

אם הפרטים הרשומים מעלה אינם מעודכנים, נא רשום את הפרטים הנכונים

| שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מספר זהות |
|----------|---------|------------|-----------|
| | | | |

כתובת

| מיקוד | רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | דואר אלקטרוני |
|-------|----------------|-------------|-------|------|-------|--------------------------|
| 12345 | שדרות ויצמן | 13 | ד | 9 | | |
| | טלפון קווי | טלפון נייד | | | | MOC.LIAMG@ILEARSI.LEARSI |
| | 02-5222222 | 052-2222222 | | | | |

מען למכתבים

| מיקוד | רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב |
|---------|----------------|---------|-------|------|-------|
| 1234567 | שדרות ויצמן | 13 | ד | 9 | |

אם המען למכתבים הרשום למעלה אינו מעודכן, נא רשום את הכתובת הנכונה

| מיקוד | רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב |
|-------|----------------|--|-------|------|---------------|
| | | | | | |
| | טלפון קווי | טלפון נייד | | | דואר אלקטרוני |
| | | <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעת sms | | | |

2. פרטים על שהות בפנימיה/במוסד/במעון/בבית חולים/בהוסטל

האם הגשת בקשה לשהות במוסד או האם הנך שוהה במוסד (כגון פנימיה, מעון, בית חולים או הוסטל) לא כן שם המוסד או בית החולים: _____ שוהה מתאריך: _____ מען: _____

במידה והנך שוהה במוסד, אתה יוצא ממנו ברכב, לפחות 6 פעמים בחודש נא צרף טופס הצהרה ודוח פירוט היציאות לשלושת חודשים אחרונים (אפשר לקבל את הטופס מהעובד הסוציאלי של המוסד בו הנך שוהה, באתר האינטרנט או במוקד הטלפוני של המוסד לביטוח לאומי או בסניף המטפל)



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף גמלאות נכות
טלפון 02-6709502
פקס 02-6521663

ניידות www.btl.gov.il המוסד לביטוח לאומי

טל: 04-8812345 או *6050
פקס: 04-8134939
שעות מוענה: א-ה 08:00-17:00
קבלת קהל: א,ג,ה 08:00-12:30

סניף: חיפה
פליים 8
חיפה 3309511

תיק: 0

דף 3 מתוך 9

3. פרטים על קרוב משפחה שהוא מוגבל בניידות

| | | | |
|--|---------|----------|-----------|
| האם מתגורר איתך בדירה קרוב משפחה שהוא מוגבל בניידות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן | | | |
| האם מתגורר איתך בבנין קרוב משפחה שהוא מוגבל בניידות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן | | | |
| אם ציינת "כן", נא ציין את פרטי קרוב המשפחה שלך להלן | | | |
| שם משפחה | שם פרטי | יחס קרבה | מספר זהות |
| | | | |
| האם רצונך לרכוש רכב משותף עמו? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן | | | |
| בבקשה לרכב משותף חייב השותף בהגשת תביעה נפרדת. | | | |

4. פרטים תעסוקתיים

| | |
|--|--------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> עובד <input type="checkbox"/> לא עובד | |
| פרטי מקום העבודה | |
| שם מקום העבודה: | תאריך תחילת עבודה: |
| המוסד לביטוח לאומי | |
| שם מקום העבודה אם שונה מהרשום מעלה: _____ | |
| כתובת מקום העבודה: _____ | |
| רחוב | מס' בית |
| כניסה | דירה |
| ישוב | מיקוד |
| האם אתה נוסע בקביעות ברכבך אל מקום העבודה וממנו? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | |
| האם המרחק ממקום מגוריך למקום עבודתך הקבוע תלוג ושוב הוא 40 ק"מ ויותר? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | |
| האם קיימת הסעה מאורגנת למקום העבודה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | |

5. אירועים מיום רכישת הרכב הקודם או מיום קבלת רכב בליסינג (צורף אישורים מתאימים)

| למילוי ע"י המוגבל בניידות | | פרטים | |
|---------------------------|----------|---|--------------------------|
| מתאריך | עד תאריך | | |
| | | הרכב ניזוק והושבת | <input type="checkbox"/> |
| | | חדלתי לגור עם מורשה הנהיגה שלי | <input type="checkbox"/> |
| | | עברתי תאונה (תאונת דרכים או תאונה שנגרמה עקב רשלנות הזולת וכד') | <input type="checkbox"/> |
| | | בתאריך _____ | |



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף גמלאות נכות
טלפון 02-6709502
פקס 02-6521663

www.bit.gov.il
המוסד לביטוח לאומי

סניף: חיפה
 פל 8
 חיפה 3309511

ניידות

טל: 6050 או 04-8812345
 פקס: 04-8134939
 שעות מענה: א-ה 8:00-17:00
 קבלת קהל: א,ג,ה 8:00-12:30

תיק: 0

דף 4 מתוך 9

6. בקשה לאישור נהיגים ברכב

באפשרותך לבקש מורשה נהיגה שהוא קרוב משפחה שהוא אחד מאלה: בן/בת זוג, הורה, אח/אחות ובני זוגם, בן/בת ובני זוגם, גיס/ה, סבא/סבתא, נכד/ה או מטפל שסועד אותך ברוב שעות היממה.

2. הוא גר עמי בקביעות באותו בניין או במרחק שאינו עולה על 1500 מטר בקו אווירי מביתי.

3. הוא בעל רישיון נהיגה בר תוקף – נא לצרף רישיון נהיגה.

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

חתימת התובע X _____

מורשי נהיגה
 אם פרטי הנהגים המצוינים אינם מדויקים - אנא רשום את הפרטים הנכונים:

| נהג 3 | נהג 2 | נהג 1 | פרטי הנהגים |
|-------|-----------------------|----------------------|------------------------------------|
| | ישראלי | ישראלי | שם משפחה |
| | יעקב | מליה | שם פרטי |
| | 888888888 | 999999999 | מספר זהות |
| | שדרות הרצל 29 ירושלים | בית הדפוס 11 ירושלים | מען מגורים |
| | | | כתובת מגורים אם שונה מהרשומה למעלה |
| | 052-2222222 | 054-4444444 | טלפון נייד |
| | אה | אהות | יחס קרבה לתובע |
| | | | מען מקום העבודה |
| x | x | x | חתימת הנהג |

הצהרת הנהגים

הואיל: והמוסד התיר לי לנהוג ברכבו של המוגבל בניידות:
 והואיל: והנני גר בקביעות באותו בניין בו גר המוגבל בניידות או במרחק שאינו עולה על 1,500 מטר בקו אווירי מביתו או בבניינים הקרובים ביותר זה לזה בתחום אותו יישב.

1. לפיכך ולאור האמור לעיל, הנני מתחייב בזה להודיע למחלקת ניידות על:
 א. כל שינוי במקום המגורים שלי.
 ב. שליחה, התליה או אי חידוש של רישיון הנהיגה שלי.

2. אם אושרתי על ידי המוסד לביטוח לאומי לנהוג עבור מוגבל בניידות חסר רישיון נהיגה אני מתחייב להסיע את המוגבל בניידות באורח קבע למען צרכיו היום יומיים ולא להשתמש ברכב באופן בלעדי למען צרכיי.

3. ידוע לי כי במקרה של פטירה של המוגבל בניידות, חובת ההחזר של ההלוואות שניתנו לו לצורך רכישת הרכב או האביזרים המיוחדים או מיתקן ההרמה/רובוט תחול על היורשים.



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף גמלאות נכות
טלפון 02-6709502
פקס 02-6521663

ניידות www.bit.gov.il המוסד לביטוח לאומי

טל: 6050 או 04-8812345
 פקס: 04-8134939
 שעות מענה: א-ה 8:00-17:00
 קבלת קהל: א,ג,ה 8:00-12:30

סניף: חיפה
 פל ים 8
 חיפה 3309511



תיק: 0

דף 5 מתוך 9

7. פרטי חשבון הבנק של התובע

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

| | | | |
|---------------------|-------------------|----------|------------|
| שמות השותפים לחשבון | | | |
| ישראל ישראלי | | | |
| שם הבנק | שם הסניף \ כתובתו | מס' סניף | מספר חשבון |
| בנק דיסקונט | בנק דיסקונט | 64 | 1234567 |

אם הפרטים הרשומים מעלה אינם מעודכנים, נא רשום את הפרטים הנכונים

| | | | |
|---------------------|-------------------|----------|------------|
| שמות השותפים לחשבון | | | |
| | | | |
| שם הבנק | שם הסניף \ כתובתו | מס' סניף | מספר חשבון |
| | | | |

לתובע שנתמנה לו אפוטרופוס, יש להמציא צו אפוטרופסות מקורי, או צילום שעליו חותמת עורך דין "נאמן למקור".

חשבון מתנהל על שם: התובע אחר, פרט: _____

8. הצהרת התובע ו/או מגיש התביעה

אני החתום מטה תובע נמלה לפי הסכם הניידות ומצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. אני מתחייב כי אודיע למוסד לביטוח לאומי מיד על כל שינוי שיחול באחד הפרטים בתביעה זו, כולל שינויים בהכנסותיי מעבודה, במשלה יד, מפנסיה או מגמילה אחרת מביטוח לאומי.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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.

תאריך _____ שם המוגבל בניידות/אפוטרופוס _____ חתימת המוגבל בניידות/אפוטרופוס X

לתובע קטין - נדרשות חתימות ההורים:

תאריך _____ שם ההורה _____ חתימת ההורה X

תאריך _____ שם ההורה _____ חתימת ההורה X

הרשאה למסירת מידע לצורך קבלת הטבות

על פי התקנות והחוק ובהתאם לזכאותך, אתה עשוי להיות זכאי להטבות מגורמים שונים. למימוש ההטבות דרושה הסכמתך להעברת מידע בדבר זכאותך. אני הח"מ, נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי למסור לרשויות או למוסדות ציבוריים מידע בדבר זכאותי לצורך קבלת הטבות נלוות הקבועות בחוק ובתקנות.

לא מאשר

תאריך _____ חתימת התובע X

לדיעבד: אי חתימה על אישור זה, תהווה הסכמה להעברת המידע האמור



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף גמלאות נכות
טלפון 02-6709502
פקס 02-6521663

www.btl.gov.il
המוסד לביטוח לאומי

סניף: חיפה
 פל ים 8
 חיפה 3309511

ניידות

טל: 6050 או 04-8812345
 פקס: 04-8134939
 שעות מענה: א-ה 08:00-17:00
 קבלת קהל: א,ג,ה 08:30-12:00

תיק: 0

דף 6 מתוך 9

9. בקשה לבדיקה בוועדה גודל רכב

אם מסיבה רפואית, גופנית או בשל הגבלות בנהיגה, אתה זקוק לרכב שונה מהרכב הקובע לגביך על פי ההסכם, זכותך לבקש להיבדק במכון לקביעת רכב אחר.

נא סמן X במשבצת המתאימה:

- אני לא מעוניין להיבדק במכון הרפואי לבטיחות בדרכים.
- נבדקתי בעבר בוועדה לגודל רכב ואני מעוניין לקבל הטבות לפי דגם הרכב, אשר אושר לי בבדיקה האחרונה.
- אני מעוניין להיבדק במכון הרפואי לבטיחות בדרכים לשם בדיקת זכאותי לרכב קובע גדול שמתאים לצרכיי.
- אני מעוניין להיבדק במכון הרפואי לבטיחות בדרכים לקביעת רכב עם מעלית או עם מושב נשלף.

לידיעתך: אם נבדקת בעבר בוועדה לגודל רכב, הוועדה רשאית להמליץ על רכב שנפח מנועו קטן או מחירו זול יותר מהרכב שאושר לך בבדיקה הקודמת, וכן לשנות את החלטתה לעניין הצורך ברכב עם מעלית או עם מושב נשלף. במידה והינך מעוניין להיבדק במכון הרפואי, אנא נמק מהם הצרכים המיוחדים שבגינם אתה זקוק לרכב מיוחד:

X

תאריך _____ שם מלא של המוגבל בניידות / אפוסטרופוס _____
 חתימה של המוגבל בניידות / אפוסטרופוס _____



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף גמלאות נכות
טלפון 02-6709502
פקס 02-6521663

טל: 04-8812345 או 6050
 פקס: 04-8134939
 שעות מענה: א-ה 8:00-17:00
 קבלת קהל: א,ג,ה 8:00-12:30

ניידות

www.btl.gov.il
 המוסד לביטוח לאומי



סניף: חיפה
 פל ים 8
 חיפה 3309511

תיק: 0

דף 7 מתוך 9

כתב התחייבות

חלק א': לחתימת המוגבל בניידות

דברי המבוא מהווים חלק בלתי נפרד מהסכם הניידות ומכתב התחייבות.
 הואיל: והנני מוגבל בניידות לפי ההסכם בדבר גמלת ניידות מיום 1.6.1977 שבין המוסד לביטוח לאומי (להלן המוסד) לבין ממשלת ישראל, אשר תוקן מעת לעת (להלן ההסכם).
 והואיל: והנני עומד לקבל הטבות מכוח ההסכם הניידות, או הלוואה לרכישת רכב מכוח ההסכם בדבר מתן הלוואות לרכישת רכב למוגבלים בניידות, שנחתם בין המוסד לבין משרד האוצר ביום 10.5.1981 ואשר תוקן מעת לעת (להלן ההסכם בדבר מתן הלוואות).
 והואיל: וידוע לי שעלי להודיע למוסד על כל שינוי שעשוי להשפיע על זכאותי להטבות על פי ההסכם.
 לפיכך ולאור האמור לעיל הנני מתחייב בזה כדלקמן:
 1. להודיע למחלקת ניידות בכתב ומיד על:
 א. כל שינוי במצבי הרפואי ו/או הגופני ו/או מגבולתי ו/או ביכולת הניידות שלי.
 ב. היותי שוהה במוסד (כגון: פנימייה/מעון/הוסטל), או אם הגשתי בקשה להתקבל למוסד כאמור.
 ג. אשפוזי בבית חולים ו/או אם עברתי ניתוח לאחר הבדיקה הרפואית האחרונה בלשכת הבריאות או בועדת עררים, ולהמציא למוסד סיכום מחלה.
 ד. שלילה, התלייה, אי-חידוש, אי-נהיגה בפועל, או כל שינוי אחר בתנאי רישיון הנהיגה שלי ו/או של "מורשה הנהיגה" שלי.
 ה. גניבה, הרס שגרמו לרכב ו/או לאבזרים המיוחדים ו/או למיתקן ההרמה/רובוט, או נזק בתאונה שנגרם לרכב ו/או לאבזרים המיוחדים, ועל כל סכום שאקבל מחברת הביטוח בגין אחד מהאירועים הללו.
 ו. כוונה למכור או למסור לאחר את הרכב ו/או את האבזרים המיוחדים ו/או את מיתקן ההרמה/רובוט.
 ז. כל מקרה בו אפסיק להשתמש ברכב (לרבות שימוש כדף), או שרישיון הרכב לא חודש לתקופה העולה על שלושה חודשים.
 ח. הפסקת שימוש בקביעות ברכב לצורך נסיעה למקום עבודתי - חל רק על מוגבל בניידות המקבל תוספת קצבה בגין מרחק.
 ט. התחלת עבודה, הפסקת עבודה, שינוי במקום העבודה, קבלת תשלומים מקרן השתלמות.
 י. שינוי במקום המגורים שלי ו/או של "מורשה הנהיגה" שלי.
 יא. יציאתי את הארץ לתקופה העולה על שלושה חודשים רצופים.
 יב. הסדר לפיו בשל היותי נכה אני:
 פטור מתשלום מסים החלים על הרכב, כולם או חלקם, או שאני זכאי לקבל הלוואה לכסויים שלא על פי ההסכם הניידות.
 זכאי לתשלום עבור החזקת רכב או עבור השתתפות בהוצאות ניידות שלא על פי ההסכם הניידות.
 זכאי לקבל מיתקן הרמה/רובוט או מענק לרכישתם שלא על פי ההסכם הניידות.
 זכאי לקבל אבזרים מיוחדים או מענק לרכישתם שלא על פי ההסכם הניידות.
 זכאי לקבל אבזרים לרכב פרטי או מענק לרכישתם שלא על פי ההסכם הניידות.
 ג. מעצרי או מאשרי.
 יד. החזרת רכב שהועמד לרשותי ולשימושי על ידי המעסיק בשיטת ליסינג תפעולי - לחברה.
 טו. החזרת רכב שנרכש על ידי בשיטת ליסינג מימוני לחברת הליסינג.
 2. להמציא למוסד לפי דרישתו צילום רישיון נהיגה בר תוקף שלי ו/או של "מורשה הנהיגה" שלי.
 3. להמציא למוסד לפי דרישתו צילום רישיון רכב בר תוקף.
 4. אם תשולם לי קצבת ניידות כחסר רכב שוהה במוסד, אני מתחייב להמציא למחלקת ניידות, דו"ח פירוט חודשי של יציאותי את חצרי המוסד ברכב מנועי, חתום על ידי ועל ידי מנהל המעון/עו"ש של המעון, בהתאם לדרישות המוסד.



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף גמלאות נכות
טלפון 02-6709502
פקס 02-6521663

טל: 04-8812345 או 6050-
 פקס: 04-8134939
 שעות מענה: א-ה 00:00-17:00
 קבלת קהל: א,ג,ה 00:00-12:30

ניידות
www.btl.gov.il
המוסד לביטוח לאומי
 סניף: חיפה
 פל 8
 חיפה 3309511

תיק: 0
 דף 8 מתוך 9

חלק א': המשך

- סעיפים 19-5 להלן חלים רק על מי שקיבל הלוואה עומדת לרכישת רכב ו/או הלוואה לרכישת רכב מכח ההסכם בדבר מתן הלוואות ו/או הלוואה לרכישת אבזרים מיוחדים ו/או הלוואה לרכישת מיתקן הרמה/רובוט:**
5. לא להתיר לאיש, זולת "מורשה הנהיגה" שאושר ע"י המוסד, לנהוג ברכב, למעט אם אמצא ברכב כל זמן נהיגתו של נהג אחר שהוא בעל רישיון נהיגה בר-תוקף. (חל רק על מי שקיבל הלוואה עומדת)
 6. לבצע מבחן רישוי ולחדש את תוקף רישיון הרכב במועד.
 7. לבטח את הרכב במלוא ערכו, מיד עם רכישתו וכל עוד הרכב בבעלותי - בביטוח מקיף, לקיים את כל הדרישות הקיימות בפוליסת הביטוח ולהמציא למוסד לפי דרישתו העתק מהפוליסה. ידוע לי כי אם לא אבטח את הרכב בביטוח מקיף, והרכב ייגנב או יהרס בטרם עת, לא אהיה זכאי לקבל מאת המוסד הלוואה עומדת להחלפת רכב בטרם עת, ואהיה חייב בהחזר ההלוואות שניתנו לי לרכישת הרכב.
 8. לשעבד את הרכב לטובת המוסד ו/או לטובת הבנק בהתאם לחוק המשכון תשכ"ז - 1967, ולפי תקנות המשכון סדרי רישום ועיון התשנ"ד - 1994, וכן לרשום את דבר השעבוד במשרד הרישוי וברישיין הרכב, אם אדרש לעשות זאת ע"י המוסד.
 9. לשעבד את פוליסת הביטוח המקיף לטובת המוסד, אם המוסד דרש זאת ממני.
 10. ידוע לי כי אין לשעבד, למשכן, להטיל עיקול או להשתמש ברכב ו/או באבזרים המיוחדים ו/או במיתקן ההרמה/רובוט, כערובה לכל חוב, אלא לאחר קבלת אישור מהמוסד. ללא אישור מראש מאת המוסד, יחשב הדבר כהפרת התחייבות.
 11. לא להוציא את הרכב, בעבורו קיבלתי הלוואה עומדת, את גבולות הארץ, ללא אישור מראש ובכתב מאת המוסד לביטוח לאומי.
 12. לרכוש רכב שניתן להיכנס לתוכו בישיבה בכיסא גלגלים, או שניתן לנהוג בו תוך ישיבה בכיסא גלגלים, אם ניתנה לי הלוואה עומדת לרכישת רכב כזה, ולהתקיין ברכב את האבזרים המיוחדים אשר המכון הרפואי לבטיחות בדרכים קבע שאני זקוק להם.
 13. להשתמש בהלוואה לאבזרים מיוחדים ששולמה לי ע"י המוסד, למימון הרכישה וההתקנה של האבזרים המיוחדים ולא לכל מטרה אחרת.
 14. לרשום את האבזרים המיוחדים ברישיין הרכב, מיד עם סיום ההתקנתם, ולהמציא למוסד צילום מרישיין הרכב מיד עם קבלתו.
 15. לבטח את האבזרים המיוחדים, בהתאם לעלותם הכוללת כפי שחושבה לצורך מתן ההלוואה שקבלתי לצורך רכישתם מאת המוסד, מיד עם רישומם ברישיין הרכב שלי, וכל עוד הם בבעלותי, ולהמציא למוסד העתק מהפוליסה אחת לשנה.
 16. ידוע לי כי אם לא אבטח את האבזרים המיוחדים בביטוח מקיף והאבזרים ייגנבו או יהרסו בטרם עת, לא אהיה זכאי לקבל מאת המוסד הלוואה לרכישת אבזרים מיוחדים בטרם עת, ואהיה חייב בהחזר ההלוואה שניתנה לי לרכישת האבזרים המיוחדים.
 16. להעביר את האבזרים המיוחדים מרכב לרכב בעת החלפת הרכב בטרם עת, אם המכון הרפואי לבטיחות בדרכים קבע כי הרכב לא מתאים עוד לצרכי, והמוסד אישר שניתן להעביר את האבזרים המיוחדים לרכב הקובע החדש.
 17. להחזיר למוסד את ההלוואה העומדת ו/או את ההלוואה לרכישת אבזרים מיוחדים ו/או את ההלוואה לרכישת מיתקן הרמה/רובוט, במועדים ובתנאים המפורטים בהסכם. ידוע לי כי במקרה של פטירה, חובת החזר תחול על היורשים שלי.
 18. להחזיר למוסד באופן מיידי, את כל סכום המקדמה שניתנה לי לרכישת רכב מכוח ההסכם בדבר מתן הלוואות, אם לא רכשתי רכב עם הלוואה עומדת מכל סיבה שהיא, או אם לפני רכישת הרכב חדל להתקיים בי תנאי מהתנאים המוזכרים בהלוואה.
 19. להחזיר למוסד את ההלוואה שניתנה לי לרכישת רכב מכוח ההסכם בדבר מתן הלוואות, במועדים ובתנאים המפורטים בהסכם בדבר מתן הלוואות. ידוע לי כי במקרה של פטירה, חובת החזר תחול על היורשים שלי.

X

| | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| חתימה של המוגבל בניידות / אפוסטרופוס | שם מלא של המוגבל בניידות / אפוסטרופוס |
|--------------------------------------|---------------------------------------|

* לגבי קטיין – נדרשת חתימה של שני ההורים.



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף גמלאות נכות
טלפון 02-6709502
פקס 02-6521663

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|---|--|--|---|--|--|
| <p>טל: 04-8812345 או 6050- פקס: 04-8134939 שעות מענה: א-ה 08:00-17:00 א,ג,ה 08:00-12:30 קהל:</p> | <p>ניידות</p> | <p>www.bif.gov.il המוסד לביטוח לאומי</p> <p>סניף: חיפה פל 8 חיפה 3309511</p> | | | | | | | | | |
| <p>תיק: 0</p> <p>דף 9 מתוך 9</p> | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; width: 60%; margin: 0 auto; padding: 10px; min-height: 100px;"> <p style="text-align: center;">חותמת קבלה</p> </div> | | | | | | | | | | | |
| <p>כתב ויתור סודיות רפואית</p> <p>שם הגמלה: ניידות</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>פרטים אישיים</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <p>תאריך תביעה</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">שנה חודש יום</p> </td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <p>מספר זהות \ דרכון</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> </td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <p>קוד גמלה</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">15</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p>שם פרטי</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> </td> <td style="padding: 5px;"> <p>שם משפחה</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;"> <p>חבר בקופת חולים</p> <p style="font-size: small;"> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר </p> </td> </tr> </table> | | | <p>תאריך תביעה</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">שנה חודש יום</p> | <p>מספר זהות \ דרכון</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <p>קוד גמלה</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">15</p> | <p>שם פרטי</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | | <p>שם משפחה</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <p>חבר בקופת חולים</p> <p style="font-size: small;"> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר </p> | | |
| <p>תאריך תביעה</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">שנה חודש יום</p> | <p>מספר זהות \ דרכון</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <p>קוד גמלה</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">15</p> | | | | | | | | | |
| <p>שם פרטי</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | | <p>שם משפחה</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | |
| <p>חבר בקופת חולים</p> <p style="font-size: small;"> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר </p> | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: right;">הצהרה</p> <p>אני הח"מ, שפירטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותי, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.</p> <p style="text-align: right;">תאריך _____ חתימת המבוטח X _____</p> </div> | | | | | | | | | | | |