



תביעה להטבות על פי הסכם הניידות

חובה לצרף לטופס זה

- ✍ מסמכים רפואיים שהמצאת לווועדה הרפואית בלשכת הבריאות או לוועדה הרפואית לעררים.
- ✍ סיכומי מחלה - אם לאחר הבדיקה האחרונה בלשכת הבריאות או בוועדה לעררים, אושפזת שוב.
- ✍ אישור רפואי מעודכן - אם חלפה שנה מאז נבדקת בוועדה הרפואית, למעט אם נקבע לך ליקוי לצמיתות ואתה מקבל הטבות בניידות.
- ✍ צילום רישיון הרכב שברשותך שאתה משתמש בו.
- ✍ אם ברשותך רכב בליסינג תפעולי ואתה בעל רישיון נהיגה ועובד, יש לצרף את צילום החוזה שלך עם המעסיק לעניין הליסינג.
- ✍ אם ברשותך רכב שנרכש בליסינג מימוני, יש לצרף צילום מהחוזה שלך עם חברת הליסינג.
- ✍ צילום של רישיון הנהיגה שלך או של מי שאתה מבקש שינהג ברכב.
- ✍ צילום פוליסת ביטוח מקיף, התקפה למועד הגשת תביעה זו.
- ✍ אישור בית ספר/מוסד על לימודים – לבני 3-21, שאינם נוהגים.
- ✍ צילום צו אפטרופסות - לתובע שמונה לו אפטרופוס.
- ✍ אם אתה שוהה בחו"ל כי אתה או בן זוגך או אחד מהוריך עובד בחו"ל בשליחות המדינה או מטעם מעסיק ישראלי, נא צרף אישור מהמעסיק בציון תקופת העבודה בחו"ל.
- ✍ אם אתה שוהה בחו"ל לצורך קבלת טיפול רפואי (למעט טיפולי ספא/מרחצאות), נא צרף אישור מהגורם המטפל בחו"ל בציון סוג הטיפול ותקופת קבלת הטיפול.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתביבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ✍ לשאלות וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

לתשומת ליבך

- ✍ חובה לחתום על כתב ההתחייבות בעמוד 7 או 8 בטופס.
- ✍ רצוי שתבדוק האם אתה עשוי להיות זכאי לקצבת נכות כללית או לגמלה לשירותים מיוחדים או לגמלת ילד נכה.
- ✍ אם בשל סיבה רפואית או מבחינה גופנית או בשל הגבלות בנהיגה אתה זקוק לרכב מיוחד, זכותך לבקש להיבדק לעניין רכב מיוחד. נא מלא נספח בעמוד 5.
- ✍ אין להזמין רכב לפני קבלת האישור בדבר הלוואה עומדת, שכן אתה עלול לגרום לעצמך נזק כספי. אין לראות בהגשת תביעה זו אישור לזכאות.
- ✍ אם תרכוש רכב חדש לפני קבלת האישור הלוואה עומדת – לא תשולם לך הלוואה עומדת בעבורו.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה להטבות על פי
הסכם הניידות

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך דפים

1

פרטי המוגבל בניידות

שם משפחה שם פרטי

תאריך לידה שנה חודש יום

מספר זהות ס"ב

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

| | | | | | |
|----------------|------------|------------------|------|-------|-------|
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
| טלפון קווי | טלפון נייד | דואר אלקטרוני: @ | | | |

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

| | | |
|------------------|-----------------|----------------------|
| שם משפחה איש קשר | שם פרטי איש קשר | מס' זהות איש קשר ס"ב |
|------------------|-----------------|----------------------|

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

| | | | | | |
|----------------|---------|-------|------|-------|-------|
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
|----------------|---------|-------|------|-------|-------|

2

פרטים על שהות בפנימייה/במוסד/במעון/בבית חולים/בהוסטל

האם אתה שוה במוסד (כגון פנימייה או מעון/ או בית חולים או הוסטל)?

לא כן. שם המוסד או בית החולים: _____
מען: _____ שוה מתאריך: _____

האם אתה יוצא מהמוסד ברכב פרטי, שלא על חשבון קופה ציבורית לפחות 6 פעמים בחודש?
 לא כן - נא להמציא טופס הצהרה ודוח ובו פירוט היציאות לשלושה חודשים אחרונים, ממולא וחתום כנדרש (אפשר לקבל אותו מעובד סוציאלי של המוסד שבו אתה שוה, או לפנות למוקד הטלפוני של המוסד לביטוח לאומי או לסניף המטפל).

האם הגשת בקשה להתקבל למוסד או לפנימייה או למעון?

לא כן. שם המוסד/פנימייה/מעון: _____

נא להמציא אישור מתי הגשת את הבקשה ובאיזה שלב נמצא הטיפול בה.

האם אושפזת שוב בבית חולים מאז הבדיקה הרפואית האחרונה בלשכת הבריאות או בוועדת עררים?

לא כן. מתאריך: _____ עד תאריך: _____

סיבת האשפוז: _____ נא להמציא סיכום מחלה

האם עברת ניתוח מאז הבדיקה הרפואית האחרונה בלשכת הבריאות או בוועדת עררים?

לא כן. ציין סוג הניתוח: _____ תאריך ביצועו: _____

נא להמציא סיכום מחלה

האם ערערת או שיש בכוננתך לערער על החלטת הוועדה הרפואית המחזיית?

לא כן

בכל מקרה – נא להמציא את כל החומר הרפואי שהמצאת לוועדה הרפואית בלשכת הבריאות או לוועדה הרפואית לעררים

7

אירועים מיום רכישת הרכב או מיום קבלת רכב בליסינג תפעולי (צדף אישורים מאמתים)

א. האם מאז רכישת הרכב שנרכש עם או בלי הלוואה עומדת, או מיום קבלת רכב בליסינג תפעולי, 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 מבוטח בביטוח מקיף מאז רכישתו | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | רכבי היה מבוטח בביטוח חובה מאז רכישתו | <input type="checkbox"/> |

חתימת התובע _____ חתימת מורשה הנהיגה _____ x

8

פרטים בדבר רישיון נהיגה של המוגבל בניידות

האם אתה 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 ובני זוגם, אחיין/אחיינית, בן/בת ובני זוגם, סבא/סבתא, גיס/ה, נכד/ה, דוד/ה, בן/בת דוד/ה או מטפל שסועד אותך ברוב שעות יממה.)
 - הוא גר עמי בקביעות באותו בניין או במרחק שאינו עולה על 1500 מטר בקו אווירי מביתי.
 - 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

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 | x | x | x | x |

- על הנהגים הנ"ל לחתום על כתב התחייבות בעמוד 9 בחלק ב' או ג' לפי העניין.
- אם אתה מעוניין בנהגים נוספים, יש לצרף פרטיהם במכתב נלווה.

10

פרטים על תביעת פיצויי נזיקין מצד שלישי

- 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:
- האם נמסרה הודעה למשטרה?
 לא כן, לתחנת המשטרה ב: _____ מס' תיק: _____
- האם הגשת או אתה עומד להגיש תביעה לפיצויי נזיקין?
 לא כן, הנתבע הוא: _____ תאריך הגשת התביעה: _____
- עורך הדין המייצג אותך בתביעה:
 שם: _____ טלפון: _____ טלפון נייד: _____
- 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: _____

אני/ו מסכים/ים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יאה עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך _____ חתימה _____

12

הצהרת התובע ו/או מגיש התביעה

אני החתום מטה תובע גמלה 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 בהכנסותי מעבודה, ממשלח יד, מפנסיה או מגמלה 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 וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

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

לתובע קטין - נדרשות חתימות ההורים:

תאריך _____ שם ההורה _____ חתימת ההורה * _____
 תאריך _____ שם ההורה _____ חתימת ההורה * _____

נספח

להלן הרכבים הקובעים על פי הסכם הניידות למתן הטבות:

☞ **1300 סמ"ק** - למוגבל בניידות חסר רישיון נהיגה או בעל רישיון נהיגה ששיעור מוגבלותו בניידות עד - 79%.

☞ **1800 סמ"ק** - למוגבל בניידות בעל רישיון נהיגה ששיעור מוגבלותו הוא 80% ומעלה.

☞ **2000 סמ"ק** - למוגבל בניידות ששיעור מוגבלותו בניידות הינו 100%, והוא בעל רישיון נהיגה, מרותק לכיסא גלגלים או מרכיב שני מכשירים ארוכים על שתי רגליו, עובד ומשתכר והיה כזה במשך 21 חודשים מתוך 24 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

אם **מסיבה רפואית או מבחינה גופנית או בשל הגבלות בנהיגה** (להלן "צרכים מיוחדים"), 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 שונה מהאמור לעיל.

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.

נא לנמק מהם הצרכים המיוחדים שבגינם אתה זקוק לרכב מיוחד:

האם הנך נמצא בתהליך של החלפת כסא גלגלים במשרד הבריאות: כן לא

_____ x _____

תאריך שם מלא של המוגבל בניידות / אפטרופוס חתימה של המוגבל בניידות / אפטרופוס

חלק א': המשך

סעיפים 5-19 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 ייהרס בטרם עת, לא אהיה זכאי לקבל מאת המוסד הלוואה עומדת להחלפת רכב בטרם עת, ואהיה חייב בהחזר ההלוואות שניתנו לי לרכישת הרכב.
- לבטח את האבזרים המיוחדים בהתאם לעלותם הכוללת כפי שחושבה לצורך מתן ההלוואה שקבלתי לצורך רכישתם מאת המוסד, מיד עם רישומם ברישיון הרכב שלי, וכל עוד הם בבעלותי.
- ידוע לי כי אם לא אבטח את האבזרים המיוחדים בביטוח מקיף והאבזרים יגנבו או ייהרסו בטרם עת, לא אהיה זכאי לקבל מאת המוסד הלוואה לרכישת אבזרים מיוחדים בטרם עת, ואהיה חייב בהחזר ההלוואה שניתנה לי לרכישת האבזרים המיוחדים וכן להפחתת הקצבה.
8. לשעבד את פוליסת הביטוח המקיף לטובת המוסד, אם המוסד דרש זאת ממני.
9. 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.
10. לא להוציא את הרכב, בעבורו קיבלתי הלוואה עומדת, את גבולות הארץ, ללא אישור מראש ובכתב מאת המוסד לביטוח לאומי.
11. לרכוש רכב שניתן להיכנס לתוכו בישיבה בכיסא גלגלים, או שניתן לנהוג בו תוך ישיבה בכיסא גלגלים, אם ניתנה לי הלוואה עומדת לרכישת רכב כזה, ולהתקין ברכב את האבזרים המיוחדים אשר המכון הרפואי לבטיחות בדרכים קבע שאני זקוק להם.
12. להשתמש בהלוואה לאבזרים מיוחדים ששולמה לי ע"י המוסד, למימון הרכישה וההתקנה של האבזרים המיוחדים ולא לכל מטרה אחרת.
13. לרשום את האבזרים המיוחדים ברישיון הרכב, מיד עם סיום התקנתם, ולהמציא למוסד צילום מרישיון הרכב מיד עם קבלתו.
14. 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.
15. להחזיר למוסד את הלוואה העומדת ו/או את הלוואה לרכישת אבזרים מיוחדים ו/או את הלוואה לרכישת מיתקן הרמה/רובוט, במועדים ובתנאים המפורטים בהסכם. ידוע לי כי במקרה של פטירה, חובת החזר תחול על היורשים שלי.
16. 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 המזכים בהלוואה.
17. להחזיר למוסד את הלוואה 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.

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

*** לגבי קטין – נדרשת חתימה של שני ההורים.**

חלק ב': לחתימת "מורשה הנהיגה" של מוגבל בניידות חסר רישיון נהיגה

הואיל: ואושרתי ע"י המוסד לשמש כ"מורשה נהיגה" של המוגבל בניידות, וקיבלתי על עצמי להסיעו ברכב;

והואיל: והנני גר בקביעות באותו בניין בו גר המוגבל בניידות, או במרחק שאינו עולה על 1500 מטר בקו אווירי מביתו, או בבניינים הקרובים ביותר זה לזה בתחום אותו יישוב.

לפיכך ולאור האמור לעיל הנני מתחייב בזה כדלקמן:

1. להסיע את המוגבל בניידות באורח קבע למען צרכיו היום יומיים, ולא להשתמש ברכב באופן בלעדי למען צרכי.
2. להודיע למחלקת ניידות אם ארע לי אחד מן המקרים המפורטים בחלק א' לעיל בסעיפים 1 ד', י', יא', יג', וכן, אם אינני "קרוב משפחה" ומונית "מורשה נהיגה" מטפל – להודיע למחלקת ניידות על כל שינוי בתנאי העסקתי.
3. ידוע לי כי במקרה של פטירה של המוגבל בניידות, חובת ההחזר של ההלוואות שניתנו לו לצורך רכישת הרכב ו/או האבזרים המיוחדים ו/או מיתקן ההרמה/רובוט תחול על היורשים.
4. 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 | ת.ז. | חתימה | X |
| תאריך | שם "מורשה הנהיגה" 2 | ת.ז. | חתימה | X |
| תאריך | שם "מורשה הנהיגה" 3 | ת.ז. | חתימה | X |
| תאריך | שם "מורשה הנהיגה" 4 | ת.ז. | חתימה | X |

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

הואיל: והמוסד התיר לי לנהוג ברכבו של המוגבל בניידות;

והואיל: והנני גר בקביעות באותו בניין בו גר המוגבל בניידות, או במרחק שאינו עולה על 1500 מטר בקו אווירי מביתו, או בבניינים הקרובים ביותר זה לזה בתחום אותו יישוב;

לפיכך ולאור האמור לעיל, הנני מתחייב בזה כדלקמן:

להודיע למחלקת ניידות על:

1. כל שינוי במקום המגורים שלי.
2. שלילה, התלייה או אי חידוש של רישיון הנהיגה שלי.
3. ידוע לי כי במקרה של פטירה של המוגבל בניידות, חובת ההחזר של ההלוואות שניתנו לו לצורך רכישת הרכב ו/או האבזרים המיוחדים ו/או מיתקן ההרמה/רובוט תחול על היורשים.

| | | | | |
|-------|---------------------|------|-------|---|
| תאריך | שם "מורשה הנהיגה" 1 | ת.ז. | חתימה | X |
| תאריך | שם "מורשה הנהיגה" 2 | ת.ז. | חתימה | X |
| תאריך | שם "מורשה הנהיגה" 3 | ת.ז. | חתימה | X |
| תאריך | שם "מורשה הנהיגה" 4 | ת.ז. | חתימה | X |

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ניידות



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: ניידות

פרטים אישיים

| | | | |
|---|---|--|---------------------------|
| | תאריך תביעה  שנה חודש יום | מספר זהות/דרכון  | קוד גמלה 15 |
| שם פרטי | | שם משפחה | |
| חבר בקופת חולים | | | |
| <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר | | | |

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי 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, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____