



## תביעה למענק במקום קצבה לנפגע עבודה - להלן-"היוון"

### חובה לצרף לטופס זה

✍ מסמכים בהתאם לנדרש בטופס התביעה. לא ניתן לטפל בתביעה ללא המסמכים הנדרשים.

### כיצד יש להגיש את התביעה

✍ את טופס התביעה יש לשלוח או להגיש במחלקת השיקום בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריו. מומלץ להיעזר בפקיד השיקום בסניף להבהרת זכאותך להיוון.

✍ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

✍ לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון 6050\* או 02-6463488 (נתב של אגף השיקום).

### שים לב !

✍ צורף לטופס התביעה דף הסבר על משמעות התביעה להיוון עליו **חובה לחתום** ולצרפו לטופס התביעה.

✍ **ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

### חובה לחתום על טופס התביעה ועל דף ההסבר

טופס זה ממסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

תביעה להיוון לנפגע עבודה

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

|                  |  |       |  |      |  |  |  |  |  |
|------------------|--|-------|--|------|--|--|--|--|--|
| מס' זהות / דרכון |  |       |  |      |  |  |  |  |  |
| סוג              |  | המסמך |  | דפים |  |  |  |  |  |

עמוד 1 מתוך 5

1

פרטי התובע

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות  
ס"ב

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

תאריך לידה

|     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|
|     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| שנה |  |  |  |  |  |  |  |  |  | חודש |  |  |  |  | יום |  |  |  |  |

מין

☐ זכר

☐ נקבה

מצב משפחתי

☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה ☐ נשוי/אה

☐ גרוש/ה ☐ ידוע/ה בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

ישוב

מיקוד

טלפון קווי

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

טלפון נייד

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

☐ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט  
דואר אלקטרוני:

@ \_\_\_\_\_

☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

ישוב

מיקוד

האם כתובת בן/בת הזוג זהה לכתובתך? ☐ כן ☐ לא

2

בקשתי

☐ לאשר לי היוון חלקי (עד 25%) עד גיל פרישה בסך \_\_\_\_\_ ש, למטרת \_\_\_\_\_

☐ לאשר לי היוון מלא עד גיל פרישה למטרת \_\_\_\_\_

\*אפשרי רק במקרים שקצבת הנכות אינה עולה על 10% מהשכר הממוצע במשק

☐ לאשר לי היוון תקופתי חלקי לתקופה של \_\_\_\_\_ שנים (עד 5) בסך \_\_\_\_\_ ש, למטרת \_\_\_\_\_

☐ לאשר לי היוון תקופתי מלא לתקופה של \_\_\_\_\_ שנים (עד 5) למטרת \_\_\_\_\_

☐ לאשר לי היוון חלקי (עד 25%) לאורך חיים בסך \_\_\_\_\_ ש, למטרת \_\_\_\_\_

☐ לאשר לי היוון מלא לאורך חיים, למטרת \_\_\_\_\_

\*\*אפשרי רק במידה וסכום ההיוון לאורך חיים נמוך מסכום 36 קצבאות

הסכום הכולל הנדרש למטרה \_\_\_\_\_ ש. נא לצרף מסמכים (רישיונות, חוזה, אישור בניה, הצעות מחיר, אסמכתאות על תשלום וכד' בהתאם למטרה).

מקורות מימון נוספים: 1. \_\_\_\_\_ הסכום \_\_\_\_\_ ש

2. \_\_\_\_\_ הסכום \_\_\_\_\_ ש

3. \_\_\_\_\_ הסכום \_\_\_\_\_ ש

פרוט הכנסות

3

הכנסות

(יש לצרף אישורים ו-3 תלושי שכר עדכניים)

| הכנסות             | התבוע (ש ברוטו ל.ב.ל. בחודש) | בן/בת הזוג- למילוי רק בהיוון לאורך חיים (ש ברוטו ל.ב.ל. בחודש) |
|--------------------|------------------------------|--|
| עבודה שכירה אצל    |                              |  |
| עבודה עצמאית ב-    |                              |  |
| הכנסה מכל מקור אחר |                              |  |

הצהרה

4

ידוע לי כי כל פעולה או התחייבות שתיעשה על ידי בעניין התביעה בטרם אישורה, הינה על אחריותי בלבד. ידוע לי כי אם תאושר בקשתי, עלי להשתמש בכספים שאקבל, אך ורק למטרה שפורטה.

**ידוע לי שההיוון שיאושר לי ישולם כתשלום אחרון בהתאם למטרה שהוצגה ואושרה בתביעה.**

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

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

חתימת מקבל הגמלה x

תאריך

לשימוש המוסד

תאריך הפגיעה \_\_\_\_\_ אחוזי נכות צמיתה \_\_\_\_\_

תיאור הפגיעה \_\_\_\_\_

פירוט היוונים קודמים שאושרו: (יש להקפיד שסך כל היוונים שבוצעו לאחר 2.10.2011 לא יעלה על 25% מהקצבה)

| תאריך התביעה להיוון | מטרה | סכום ההיוון | אחוז ההיוון החלקי עד גיל פרישה | היוון תקופתי – לכמה שנים |
|---------------------|------|-------------|--------------------------------|--------------------------|
|                     |      |             |                                |                          |
|                     |      |             |                                |                          |
|                     |      |             |                                |                          |
|                     |      |             |                                |                          |

## לשימוש המוסד – המשך

קצבתו החודשית האחרונה \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתאריך \_\_\_\_\_

מטרת התביעה (יש לצרף דו"ח שיקום) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

רצ"ב המסמכים הבאים:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

מומלץ לאשר או לדחות היוון כדלקמן: יש לסמן את הבחירה

☐ לאשר ☐ לדחות היוון חלקי (עד 25%) עד גיל פרישה בסך \_\_\_\_\_ שם, למטרת \_\_\_\_\_

☐ לאשר ☐ לדחות היוון מלא עד גיל פרישה למטרת \_\_\_\_\_

\*אפשרי רק במקרים שקצבת הנכות אינה עולה על 10% מהשכר הממוצע במשק

☐ לאשר ☐ לדחות היוון תקופתי חלקי לתקופה של \_\_\_\_\_ שנים (עד 5) בסך \_\_\_\_\_ שם, למטרת \_\_\_\_\_

☐ לאשר ☐ לדחות היוון תקופתי מלא לתקופה של \_\_\_\_\_ שנים (עד 5) למטרת \_\_\_\_\_

☐ לאשר ☐ לדחות היוון חלקי (עד 25%) לאורך חיים בסך \_\_\_\_\_ שם, למטרת \_\_\_\_\_

☐ לאשר ☐ לדחות היוון מלא לאורך חיים, למטרת \_\_\_\_\_

\*\*אפשרי רק במידה וסכום ההיוון לאורך חיים נמוך מסכום 36 קצבאות

דין והנמקה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם ותפקיד \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם ותפקיד \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם ותפקיד \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_

החלטת המשרד הראשי

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם ותפקיד \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_

## הסבר לתביעה להמרת קצבת נכות מעבודה במענק (היוון)

הננו להביא לידיעתך מספר פרטים הנוגעים לתביעתך להיוון קצבתך, הינך מתבקש לעיין ביסודיות באמור ולחתום על"ג ספח הטופס:

**לתשומת לבך, לאחר חתימתך על טופס התביעה ועל דף הסבר זה, לא תוכל למשוך תביעתך במידה ויוחלט על בדיקת נכותך מחדש.**

- ☞ לשם טפול בתביעתך יתכן ויהיה צורך בבדיקות כלכליות, רפואיות וכו' – חלקן או כולן.
  - ☞ יתכן ויהיה עליך להמציא הסבר כתוב ומפורט על התוכנית לשימוש בכספי ההיוון וכן להמציא אישורים רפואיים המעידים על מצבך הרפואי, אישורים על קביעות וותק ממקום עבודתך, מסמכים על מקורות כספיים נוספים למימוש התוכנית ועוד, הכל על פי בקשת פקיד השיקום.
  - ☞ המוסד יהיה רשאי מכוח תקנה 37, בדבר קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה, להפנותך לוועדה רפואית לשם בדיקה מחודשת של דרגת נכותך כולל זכאותך לקצבה מיוחדת.
  - ☞ המוסד יהיה רשאי מכוח תקנה 17 לבחון מחדש את דרגת נכותך במידה והוגדלה על פי תקנה 15.
  - ☞ במידה והגשת בקשה להחמרת מצב לפני או במקביל להגשת התביעה להיוון, לא ניתן יהיה לדון בתביעה עד שיסתיים הברור בנושא.
  - ☞ במידה ונבדקת תביעה בעילת שיבוב ייתכן ולא ניתן יהיה לטפל בתביעתך עד תום הטיפול בתביעת השיבוב.
  - ☞ בתקופת ההיוון לא תהיה זכאי לתוספות יוקר ותוספות אחרות עקב תנודות שיחולו במשק עבור אותו חלק מקצבתך אשר הוון.
  - ☞ עליך לקחת בחשבון שתהליך הטיפול בתביעת ההיוון יכול להמשך זמן רב, זאת בשל צורך בבדיקות רבות בטרם תתקבל ההחלטה ועליך לדעת כי כל הוצאה שתוציא לפני אישור התוכנית הינה באחריותך ואינה מחייבת את המוסד.
  - ☞ במידה וקיימים לחובתך חובות במוסד לביטוח לאומי, הם ינוכו באופן אוטומטי במערכת כספית טרם ביצוע ההיוון, ולכן סכום ההיוון עשוי להשתנות.
  - ☞ סכום ההיוון יועבר ישירות לחשבון הבנק בו משולמת קצבתך החודשית.
  - ☞ במידה ועקב ההיוון לא תשתלם לך כלל קצבה, גם לתקופה זמנית, יופסקו גם הניכויים האוטומטיים של דמי ארגון נפגעי עבודה וביטוח הדדי, ויהיה עליך להסדירם באופן עצמאי מול ארגון נפגעי עבודה.
  - ☞ במקרה של פטירה שלא כתוצאה מהפגיעה בעבודה – הזכאות למענק פטירה לבן זוגו או ילדו של מבוטח נפגע עבודה, מותנית בכך שהשתלמה לו קצבה בגובה 50% נכות לפחות, ובתנאים נוספים.
- לאחר ביצוע ההיוון:**
- ☞ אם הנך מהוון קצבתך באופן תקופתי/חלקי ובתקופת ההיוון תחול החמרה במצבך הרפואי, וועדה רפואית מטעם המוסד תעלה את אחוזי נכותך, תהיה זכאי להגדלת הקצבה באופן יחסי לאחוזים החדשים שנקבעו לך.
  - ☞ אם הינך מהוון קצבתך באופן מלא, פוקעות זכויותיך כנפגע עבודה, ורק במידה ותחול החמרה משמעותית במצבך, תוכל להגיש בקשה להחמרת מצב.
  - ☞ אם בתקופה שלאחר ביצוע ההיוון, תימצא כמי שאיבד כושרו להשתכר בהתאם לחוק נכות כללית, עלול להיווצר מצב, שבו לא תהיה זכאי לקצבת נכות כללית.
  - ☞ לא ניתן לבטל היוון שאושר ולהחזיר את הכסף למוסד, דהיינו, לא ניתן לחדש תשלום קצבת הנכות לפני סיום התקופה שבעדה בוצע ההיוון. חידוש הקצבה במלואה יעשה רק עם הגיעך לגיל פרישה או בהגיע מועד סיום ההיוון התקופתי.

#### כללים לחישוב הייון:

הייון הקצבה נערך על ידי אקטואר המוסד ונעשה על פי תקנות הבטוח הלאומי (הייון), תשל"ח – 1978 (קובץ תקנות מס' 6466 מיום 01.03.06).

בהתאם לתקנות הנ"ל הגורמים הקובעים את סכום ההייון הם:

- גיל הנפגע במועד ההייון ( חלפו 6 חודשים או יותר מיום ההולדת האחרון, ייקבע הגיל לפי יום ההולדת הבא).
- קצבת הנכות במועד ההייון.
- תוחלת החיים המשוערת אשר נקבעה בהתאם לתקנות, על פי גילו ומינו של הנפגע.
- שיעור הריבית הינו 2%.

#### לידיעתך

המרת הקצבה החודשית במענק חד פעמי, מלא או חלקי, נעשית עד גיל פרישה או לתקופה מוגבלת (במקרה של הייון תקופתי), והיא תחודש במלואה במועד גיל הפרישה או עם סיום מועד ההייון התקופתי.

המרת הקצבה החודשית במענק חד פעמי מלא או חלקי למי שהגיע לגיל פרישה, נעשית ל"אורך חיים".

המרת קצבה חודשית לעובדים זרים/תושבי הרשות הפלסטינית נעשית ל"אורך חיים".

הנני מאשר בזה שקראתי והבנתי את ההסברים המצוינים לעיל:

תאריך \_\_\_\_\_ שם מלא \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_