



## 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 מגוריך. 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. ↵

### חובה לחתום על טופס התביעה ועל דף ההסבר

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

תביעה להיוון לנפגע עבודה

עמוד 1 מתוך 5

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin-bottom: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>מס' זהות / דרכון</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>סוג המסמך</span> <span>דפים</span> </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
--	---------------------------

### חותמת קבלה

1

**פרטי התובע**

מספר זהות ס"ב <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	שם פרטי <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	שם משפחה <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידה <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%;"></div> </div> שנה   חודש   יום

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות**

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
דואר אלקטרוני: _____ @ _____		טלפון נייד <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		טלפון קווי <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	

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

מס' זהות איש קשר ס"ב <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	שם פרטי איש קשר <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	שם משפחה איש קשר <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
--	---	--

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)**

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

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

**3 פרוט הכנסות**

**הכנסות**

(יש לצרף אישורים ו-3 תלושי שכר עדכניים)

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

**4 הצהרה**

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 ביודעין 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. 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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מקבל הגמלה **x** \_\_\_\_\_

**לשימוש המוסד**

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

תיאור הפגיעה \_\_\_\_\_

פירוט היוונים קודמים שאושרו: (יש להקפיד שסך כל ההיוונים 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

קצבתו החודשית האחרונה \_\_\_\_\_ ש' 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 \_\_\_\_\_ ש', 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 \_\_\_\_\_ ש', למטרת \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**דיון והנמקה:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

החלטת המשרד הראשי

\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם ותפקיד \_\_\_\_\_ חתימה **X** \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם ותפקיד \_\_\_\_\_ חתימה **X** \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם ותפקיד \_\_\_\_\_ חתימה **X** \_\_\_\_\_

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

הננו להביא לידיעתך מספר פרטים הנוגעים לתביעתך להיוון קצבתך, הינך מתבקש לעיין ביסודיות באמור ולחתום ע"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 אותן 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 זוג או ילדו של מבוטח נפגע עבודה, מותנית בכך שהשתלמה לו קצבה בגובה 50% נכות לפחות, ובתנאים נוספים.
- ☞ במידה והינך נמצא בהליך פשיטת רגל או כינוס נכסים, עליך להמציא אישור מהכונס שהוא מאשר את ההיוון, מטרתו והסכום המאושר.

#### 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 היוון:**

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

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

- ☞ גיל הנפגע במועד ההיוון ( חלפו 6 חודשים או יותר מיום ההולדת האחרון, ייקבע הגיל לפי יום ההולדת הבא).
- ☞ קצבת הנכות במועד ההיוון.
- ☞ 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 היוון תקופתי), והיא תחודש במלואה במועד גיל הפרישה או עם סיום מועד ההיוון 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 \_\_\_\_\_