



המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הביטוח והגביה
דין וחשבון רב שנתי
 לפי תקנות רישום ותקנות
 בדבר גביית דמי ביטוח

חותמת קבלה

לשימוש
 פנימי
 בלבד
 (סריקה)

מס' זהות / דרכון																			
<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td colspan="2">סוג המסמך</td> <td colspan="2">דפים</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>										0	1	סוג המסמך		דפים					
0	1	סוג המסמך		דפים															

1

פרטים אישיים

פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

מצב משפחתי

<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> ידוע בציבור <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	החל מתאריך				
	<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	שנה	חודש		
שנה	חודש				

פרטי בן/בת הזוג

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

כתובת מגורים ופרטי התקשרות

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

טלפון קווי

טלפון נייד

דואר אלקטרוני:

<table border="1"> <tr> <td>טלפון קווי</td> <td>טלפון נייד</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	טלפון קווי	טלפון נייד			<table border="1"> <tr> <td>דואר אלקטרוני:</td> </tr> <tr> <td>_____@_____</td> </tr> </table>	דואר אלקטרוני:	_____@_____
טלפון קווי	טלפון נייד						
דואר אלקטרוני:							
_____@_____							

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

שם משפחה	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. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

שם הנמען	רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2

פרטי חשבון הבנק של המבוטח

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר החשבון

3

פרטי כרטיס אשראי לתשלום דמי ביטוח בהוראת הבע

מספר כרטיס	תוקף	ת.ז. של בעל הכרטיס

אבקש לחייב את כרטיס האשראי בגין מקדמות דמי ביטוח ו/או חיובים על פי הסדר תשלומים בסכומים ובמועדים שיקבעו מפעם בפעם ע"י המוסד לביטוח לאומי. ידוע לי כי בקשה זו תקפה גם לאחר חידוש תוקף הכרטיס או הנפקת כרטיס שיישא מספר אחר, כל עוד לא התקבלה הודעת ביטול או שינוי באופן תשלום המקדמות ובכפוף לאישור חברת האשראי. שם פרטי ומשפחה של בעל הכרטיס _____ חתימת בעל הכרטיס _____

עיסוק והכנסות – נא פרט את עיסוקיך בשנתיים האחרונות וצרף אישורים

◊ לא עובד ◊ שכיר (נא לצרף תלוש שכר) ◊ תלמיד על יסודי ◊ עובד במשק בית ◊ חייל סדיר ◊ חייל קבע ◊ שירות לאומי
 ◊ תלמיד ישיבה ◊ סטודנט ◊ חבר קיבוץ ◊ אסיר ◊ פנסיה ◊ חל"ת ◊ הכשרה מקצועית ◊ בעל הכנסה שלא מעבודה
 ◊ שוהה בחו"ל

מתאריך	עד תאריך	עיסוק	הכנסה שלא מעבודה (מהארץ ומחו"ל)	
			מקור ההכנסה	הכנסה ב- ₪

עובד עצמאי – הודעה על פתיחה או סגירה של תיק

עובד עצמאי ייחשב מי שעוסק במשלח ידו ועונה על אחד מהתנאים האלה:
 ◊ עובד לפחות 20 שעות בשבוע בממוצע.
 ◊ ההכנסה החודשית הממוצעת היא לפחות 50% מהשכר הממוצע.
 ◊ עובד לפחות 12 שעות בשבוע בממוצע והכנסתו החודשית היא לפחות 15% מהשכר הממוצע.

- התחלתי לעבוד כעצמאי החל מתאריך _____ ממוצע שעות עבודה לשבוע _____
- נא לבחור באפשרות המתאימה: 1-11 שעות בשבוע 12-19 שעות בשבוע 20 שעות בשבוע ומעלה.
 ממוצע הכנסה חודשית ₪ _____ פירוט משלח היד _____
- עובד עצמאי שחל שינוי בהיקף שעות העבודה בשנה הנוכחית:
 מתאריך _____ שעות העבודה בשבוע בממוצע היו _____ הכנסה חודשית ממוצעת ₪ _____
 ומתאריך _____ שעות העבודה בשבוע בממוצע יהיו _____ הכנסה חודשית ממוצעת ₪ _____
- בן/בת זוג** עובד בעסק החל מתאריך _____ חלקו בעסק % _____ .
 מספר שעות עבודה ממוצע בשבוע של בן/בת הזוג _____
 חתימת בן/בת הזוג * _____
- חדלתי לעבוד כעצמאי מתאריך _____ עיסוקי הנוכחי _____ מתאריך _____
 חדלתי להעסיק עובדים בתיק ניכויים מס' _____ מתאריך _____

כתובת עסק				
רחוב	מס' בית	דירה	יישוב + מיקוד	טלפון
כתובת מייצג				
שם הנמען/המייצג	רחוב/תא דואר	מס' בית	דירה	יישוב + מיקוד

הצהרה

אני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרת לי הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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 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 המבוטח * _____