

עמוד 1 מתוך 2



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגבייה

דין וחשבון רב שנתי
לפי תקנות רישום ותקנות
בדבר גביית דמי ביטוח

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך	דפים
0 1	

1

פרטים אישיים

פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

מצב משפחתי

רווק <input type="checkbox"/>	נשוי <input type="checkbox"/>	גרוש <input type="checkbox"/>	ידוע בציבור <input type="checkbox"/>	אלמן <input type="checkbox"/>

החל מתאריך

שנה	חודש

פרטי בן/בת הזוג

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

כתובת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

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

2

פרטי חשבון הבנק של המבוטח

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר החשבון

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

3

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 ◊ אחר

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

4

עובד עצמאי – הודעה על פתיחה/סגירת תיק

עובד עצמאי ייחשב מי שעוסק במשלח ידו ועונה על אחד מהתנאים האלה:
 ◊ עובד לפחות 20 שעות בשבוע במוצע.

◊ ההכנסה החודשית הממוצעת היא לפחות 50% מהשכר הממוצע.

◊ עובד לפחות 12 שעות בשבוע במוצע והכנסתו החודשית היא לפחות 15% מהשכר הממוצע.

חדלתי לעבוד כעצמאי החל מתאריך _____

התחלתי לעבוד כעצמאי החל מתאריך _____ ממוצע שעות עבודה לשבוע _____

ממוצע הכנסה חודשית ₪ _____

פירוט משלח היד _____ ענף כלכלי _____

עובד עצמאי שחל שינוי בהיקף שעות העבודה בשנה הנוכחית:

מתאריך _____ שעות העבודה בשבוע במוצע היו _____ הכנסה חודשית ממוצעת ₪ _____

ומתאריך _____ שעות העבודה בשבוע במוצע 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 * _____

כתובת עסק

רחוב	מס' בית	דירה	ישוב + מיקוד	טלפון
------	---------	------	--------------	-------

כתובת מייצג

שם הנמען/המייצג	רחוב/תא דואר	מס' בית	דירה	ישוב + מיקוד
-----------------	--------------	---------	------	--------------

טלפון

0 | | | | | | | | | |

5

הצהרה

אני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי 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.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____