



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה

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

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון <input type="text"/>	מס' זהות / דרכון <input type="text"/>
סוג המסמך 0 1	דפים <input type="text"/>

חותמת קבלה

1

פרטים אישיים

פרטי המבוטח שם משפחה <input type="text"/>		שם פרטי <input type="text"/>		מספר זהות ס"ב <input type="text"/>	
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 <input type="text"/>			
פרטי בן/בת הזוג שם משפחה <input type="text"/>		שם פרטי <input type="text"/>		מספר זהות ס"ב <input type="text"/>	
כתובת מגורים ופרטי התקשרות					
רחוב / תא דואר <input type="text"/>		מס' בית <input type="text"/>		כניסה <input type="text"/>	
דירה <input type="text"/>		יישוב <input type="text"/>		מיקוד <input type="text"/>	
טלפון קווי <input type="text"/>		טלפון נייד <input type="text"/>		דואר אלקטרוני: <input type="text"/> @ <input type="text"/>	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:					
שם משפחה איש קשר <input type="text"/>		שם פרטי איש קשר <input type="text"/>		מס' זהות איש קשר ס"ב <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 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 הרשומה למעלה)					
שם הנמען <input type="text"/>		רחוב / תא דואר <input type="text"/>		מס' בית <input type="text"/>	
כניסה <input type="text"/>		דירה <input type="text"/>		יישוב <input type="text"/>	
מיקוד <input type="text"/>					

2

פרטי חשבון הבנק של המבוטח

שם הבנק <input type="text"/>	שם הסניף / כתובתו <input type="text"/>	מס' סניף <input type="text"/>	מספר החשבון <input type="text"/>
---------------------------------	-------------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

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

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

4

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 _____
 במידה ובקשתך לסגירת עיסוק עצמאי מעבר לשנה השוטפת- יש לצרף אסמכתאות תומכות.
 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

5

הצהרה

אני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי הם נכונים ומלאים. 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, 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 * _____