

שם כתב הסכמה והתחייבות

ד"ר טי המבוטח (זכאי לגמלה)

שם פרטי

שם משפחה

מספר תעודת זהות

ד"ר טי המתמנה לקבלת הגמלה

שם פרטי

שם משפחה

מספר תעודת זהות

טלפון נייד

דואר אלקטרוני

אפשרות סימון- אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים

(הודעות טקסט-SMS דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל

אנשים

רחוב / תא דואר

מספר בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

יחס הקרבה לזכאי:

- אח או אחות
- בן זוג או בת זוג
- בן או בת
- הורה
- אחר (פירוט)

ד"ר טי חשבון הבנק של המתמנה לקבלת הגמלה

שמות בעלי החשבון

שם הבנק

שם הסניף / כתובתו

מספר סניף

מספר חשבון

ידוע לי, כי אם המוסד לביטוח לאומי, או מי שיוסמך על ידו לשם כך, ימצא שכספי הגמלה שניתנים לי אינם משמשים למטרות לשמן הוקצו, רשאי המוסד למנות אדם אחר תחתי לקבל הגמלה.

אני מתחייב בזאת להחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו כל סכום ששילם בטעות או שלא כדין. כמו כן אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין.

אני מתחייב להודיע מיד למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי אישי הקשור בזכאי לגמלה, בתלויים בו, או בשינויים אצלי כממונה המקבל גמלה עבור הזכאי, לרבות שינוי בפרטים הבאים כתובת, טלפון, מצב משפחתי, מצב רפואי או תפקודי, עיסוק, הכנסות, שהייה בפנימייה/במוסד, מינוי אפוטרופוס, מגורים בחו"ל, קבלת דמי אומנה וכדומה. **כמו כן, אני מתחייב להודיע מיד על כל שינוי במצבי העשוי להשפיע על יכולתי להמשיך לקבל את הגמלה עבור הזכאי.**

תאריך וחתימה