

בקשה להחזר יתרת זכות – בל/ 6130

1. פרטי התובע

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות

2. כתובת

- רחוב/תא דואר
- מספר בית
- כניסה
- דירה
- ישוב
- מיקוד
- טלפון קווי
- טלפון נייד – אני מאשר קבלת הודעות ב- SMS
- אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני
- דואר אלקטרוני

3. פרטי חשבון בנק

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין בקשה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה

- שם הבנק
- שם הסניף/כתובתו
- מס' הסניף
- מס' החשבון

4. חשבון בנק מוגבל

במידה וחשבון בנק זה מוגבל, אנא אשר שלא תהיינה לך תביעות כנגד המוסד, בגין החזר זה.

חתימת בעל החשבון _____

5. הצהרה

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי מידע לאימות פרטי הבנק ובעלי החשבון. אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים. במידה ויש שותפים לחשבון, יש להחתימו/ם על בקשה זו.

תאריך _____ חתימת בעל החשבון _____

שם השותף לחשבון _____ חתימה _____