

מ"ס' זהות / דרכון <input type="text"/>		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך 0   4	דפים <input type="text"/>	

**חותמת קבלה**

מס' פניה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

- בקשה לשינוי:**
- מקום תשלום
  - כתובת
  - מקבל קצבה

**1 פרטי האב**

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב <input type="text"/>
---------	----------	--

**2 פרטי האם / בת הזוג / מקבלת הקצבה**

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב <input type="text"/>
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד

**3 פרטי חשבון הבנק של התובע**

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

**4 הסיבה לשינוי מקבל הקצבה (ימולא כאשר מבקשים לשנות את מקבל הקצבה)**

נישואין  ידועה בציבור  פטירת האישה  הסכמת האישה שהבעל יקבל את הקצבה (יש לצרף אישור על כך מהאישה)

**5 הצהרה**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה 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. ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.

כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מגיש הבקשה **x** \_\_\_\_\_