



המוסד לביטוח לאומי

הודעה על עדכון פרטים אישיים

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

עמוד 1 מתוך 2

מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	דפים

סמן ✓ במשבצת הנכונה עבור :

כל סוגי הגמלאות הבטחת הכנסה קצבת ילדים מזונות נכות כללית, שירותים מיוחדים

נכות מעבודה ניידות זקנה ושירים החזר דמי ביטוח אחר _____

- בכל דיווח יש למלא את הפרטים בהם חל שינוי ובנוסף למלא בכל בקשה את סעיף 5 בטופס (עבודה והכנסות) לפי סוג הקצבה המשולמת שפורטה בסעיף זה.
- את ההודעה הזו אפשר למסור במשרדי המוסד לביטוח לאומי או לשלוח בדואר.

פרטים מזיהים

1

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	פרטי המבוטח
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	

שינוי כתובת – כתובת חדשה אם לא חל שינוי סמן כאן X

2

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

הבית נמצא בבעלותי בשכירות אחר _____

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
------------	------------	---------------

אני מאשר קבלת הודעות SMS

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

שמו	<input type="checkbox"/> מייצג (עו"ד, אפוטרופוס וכו')
שמו	<input type="checkbox"/> אחר

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

כתובת העסק

שם העסק

טלפון קווי	מספר פקס
------------	----------

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

3 שינוי במצב המשפחתי, בשם ובפרטי בן/בת הזוג אם לא חל שינוי סמן כאן X			
תאריך השינוי שנה חודש יום	מהות השינוי במצב המשפחתי <input type="checkbox"/> נישואין* <input type="checkbox"/> עגינות <input type="checkbox"/> פטירה <input type="checkbox"/> גירושין <input type="checkbox"/> נפרדות <input type="checkbox"/> ידוע בציבור	השם הפרטי החדש	שם המשפחה החדש
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	שם פרטי	שם משפחה	
מספר הזהות ס"ב		תאריך לידה שנה חודש יום	
*פרטי בן/בת הזוג (ימולא רק במקרה של נישואין)			

4 שינוי בפרטי חשבון הבנק של התובע			
שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימתם על טופס עדכון החשבון. אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה. 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.			
תאריך	חתימת מקבל הגמלה	חתימת/חתימות בעלי החשבון	קרבה לתובע

5 הצהרה על חזרה לעבודה ושינוי הכנסות	
יש למלא את הסעיף רק במידה שהינך מקבל את אחת מהגמלאות הבאות: הבטחת הכנסה, נכות כללית, זקנה או מזונות.	
<input type="checkbox"/> חזרתי לעבודה במהלך 3 השנים האחרונות <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לציין את תאריך החזרה לעבודה _____	<input type="checkbox"/> חל שינוי בהכנסותיי <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לציין את השינויים ולצרף אישורים _____

6 הצהרת המבוטח המודיע	
אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בהודעה זו ובנספחיה 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. ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בהודעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.	
תאריך _____	חתימת התובע <input type="checkbox"/>