המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגבייה
תחום מעבידים
مؤسسة التامين الوطني
إدارة التامين والجباية
قسم المشغلين

לכבוד
لحضرة

_____

_____

_____

לשימוש המוסד (סריקה)
لاستخدام المؤسسة (مسح)

מס' תיק ניכויים
رقم ملف

סוג המסמך
نوع الوثيقة
0 7

דפים
صفحات

הנדון: פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות מהפנסיה
الموضوع : إعفاء من دفع رسوم تأمين ورسوم تأمين صحي من مخصصات التقاعد

פרטי המבקש:
تفاصيل مقدم الطلب

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ס"ב الاضافي

כתובת:
العنوان

רחוב شارع	מספר בית رقم البيت	כניסה مدخل	דירה شقة	יישוב البلدة	מיקוד الرمز البريدي

הנני מצהיר/ה בזאת כי
انني اصرح بأنني

❑ פרשתי לגמלאות החל מיום _____
خرجت للتقاعد ابتداء من يوم

❑ הנני אשה נשואה, עקרת בית, ואיני עובדת מחוץ למשק ביתי. כמו כן בעלי הינו "תושב ישראל".
إنني امرأة متزوجة, ربة منزل, ولا اعمل خارج العمل البيتي, كذلك زوجي هو "مقيم في إسرائيل"

לפיכך אבקשכם לא לנכות מהפנסיה המשולמת לי באמצעותכם דמי ביטוח למוסד לביטוח לאומי.
بناء على ذلك اطلب منكم عدم خصم رسوم تأمين لمؤسسة التأمين الوطني من مخصصات التقاعد التي تُدفع لي بواسطتكم.

הריני מצהירה כי אם יחול שינוי באמור לעיל אודיע מיידית על כך למשלם הפנסיה.
أصرح انه إذا طرأ اي تغيير على المذكور أعلاه سأبلغ مباشرة عن ذلك للجهة التي تدفع لي مخصصات التقاعد.

בכבוד רב
باحترام

_____
חתימת המבקש/ת
توقيع مقدم/ة الطلب

_____
תאריך
التاريخ

בל/ 619 (04.2007)