



המוסד לביטוח לאומי  
ביטוח וגביה  
סניף \_\_\_\_\_

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
מס' זהות סוג המסמך דפים	מס' זהות מסמך

## הצהרת היעדרות עובד

בשל מחלה/תאונה/ אבל/ שבתה/השבתה

1

### פרטי המבקש

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות ס"ב
<b>כתובת מגורים ופרטי התקשרות</b>		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
<b>אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:</b>		
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

2

### הצהרה

אני מבקש לפטור אותי מתשלום דמי ביטוח לאומי בתקופה:  
מתאריך: חודש \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ עד תאריך: חודש \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_  
לא עבדתי בגלל אחת או יותר מהסיבות הבאות:  מחלה  תאונה,  שבתה/השבתה,  אבל במשפחה  
\*נא לסמן את הסיבה להיעדרות באופן ברור

אני מצהיר כי בעד תקופה זו לא קיבלתי מהמעסיק כל תשלום, לא במישרין ולא בעקיפין, ולא היו לי שום הכנסות לרבות הכנסות ממקור עצמאי, הכנסות שלא מעבודה, פנסיה וכד'.

אני מצרף אישור המעסיק כי לא עבדתי בתקופה זו, ומסמכים נוספים שיש בהם לתמוך בבקשתי.

ידוע לי כי אם אהיה זכאי לפטור מתשלום דמי ביטוח לאומי לפי תקנה 11, הפטור יחול עד חודשיים לכל היותר. בתקופה זו אהיה חייב בדמי ביטוח בריאות כמי שלא עובד וללא הכנסות.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה  \_\_\_\_\_

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד