



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

**כתב הסכמה והתחייבות  
לקבלת גמלה**

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>מס' זהות / דרכון</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>סוג המסמך</span> <span>דפים</span> </div> </div>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p><b>חותמת קבלה</b></p>
--	----------------------------------	--------------------------

**1 פרטי המבוטח (זכאי לגמלה)**

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

**2 פרטי המתמנה לקבלת הגמלה**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות מ"ב
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל

**מען למכתבים**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

יחס הקרבה לזכאי:  בן/בת  בן/בת זוג  אח/אחות  הורה  אחר

**3 פרטי חשבון הבנק של המתמנה לקבלת הגמלה**

שמות בעלי החשבון			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**4 הצהרת המתחייב לקבלת הגמלה**

- אני הח"מ מסכים בזאת לקבל את הגמלה המגיעה למר/גב' \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ ומתחייב להשתמש בגמלה אך ורק לטובתו ולרווחתו של הזכאי ו/או של התלויים בו.
  - ידוע לי כי המוסד לביטוח לאומי, רשאי לדרוש דו"ח על השימוש שנעשה בכספי הקצבה והעתקים של מסמכי הבנק. אני מתחייב למסור את המבוקש.
  - ידוע לי, כי אם המוסד לביטוח לאומי, או מי שיוסמך על ידו לשם כך, ימצא שכספי הגמלה שניתנים לי אינם משמשים למטרות לשמן הוקצו, רשאי המוסד למנות אדם אחר תחתי לקבלת הגמלה.
  - אני מתחייב בזאת להחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו כל סכום ששילם בטעות או שלא כדין. כמו כן אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין.
  - אני מתחייב להודיע מיד למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי אישי הקשור בזכאי לגמלה, בתלויים בו, או בשינויים אצלי כממונה המקבל גמלה עבור הזכאי, לרבות שינוי בפרטים הבאים:  
כתובת, טלפון, מצב משפחתי, מצב רפואי או תפקודי, עיסוק, הכנסות, שהייה בפנימייה/במוסד, מינוי אפוטרופוס, מגורים בחו"ל, קבלת דמי אומנה וכדומה.
- כמו כן, אני מתחייב להודיע מיד על כל שינוי במצבי העשוי להשפיע על יכולתי להמשיך לקבל את הגמלה עבור הזכאי.**

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_