



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
גביה מלא שכירים

מס' זהות / דרכון																			
<table border="1"> <tr> <td>3</td><td>0</td><td colspan="6">סוג המסמך</td><td>0</td><td>1</td> </tr> </table>										3	0	סוג המסמך						0	1
3	0	סוג המסמך						0	1										
לשימוש פנימי בלבד (סריקה)																			

הוראה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי

פרטי המבוטח החייב בתשלום מקדמות דמי ביטוח ופרטי התקשרות

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:		
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ב"ס

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי וכן מידע מתיק המעסיק (למעסיק עובדים) 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.

מבקש בזאת לחייב את חשבוני בסניפכם בגין מקדמות בדמי ביטוח לאומי ובדמי ביטוח בריאות ו/או חיוב על פי הסדר תשלומים בסכומים ובמועדים שיקבעו מדי פעם בפעם על ידי המוסד לביטוח לאומי, באמצעות כרטיס האשראי שפרטי מפורטים להלן

פרטי בעל כרטיס האשראי

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
מספר כרטיס לחיוב	תוקף הכרטיס	שנה - חודש

סוג הכרטיס: ישראכרט ויזה לאומי קארד אמריקן אקספרס דינרס קלאב

נותן לכם בזה אישור לחיוב באמצעות כרטיס האשראי בגין מקדמות בדמי ביטוח לאומי, ביטוח בריאות ו/או חיובים על פי הסדר תשלומים בסכומים ובמועדים שיקבעו מפעם בפעם על ידי המוסד לביטוח לאומי.

מוסכם עלינו האמור בבקשה זו וכן ידוע ומוסכם כי בקשה זו תקפה גם לאחר חידוש תוקף הכרטיס ו/או הנפקת כרטיס שיישא מספר אחר, כל עוד לא התקבלה הודעת ביטול או שינוי באופן תשלום המקדמות ובכפוף לאישור חברת האשראי.

תאריך _____ חתימת בעל הכרטיס ✕ _____ חתימת המבוטח ✕ _____

הצהרת המבוטח

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 _____ חתימת המבוטח ✕ _____