



המוסד לביטוח לאומי
ביטוח וגביה
סניף _____

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות									
סוג המסמך		דפים							
0	1								

הצהרת היעדרות עובד

בשל מחלה/תאונה/ אבל/ שביתה/השבתה

1

פרטי המבקש

שם משפחה		שם פרטי		ספר זהות ס"ב																															
<p align="center">כתובת מגורים ופרטי התקשרות</p> <table border="1"> <tr> <td>רחוב / תא דואר</td> <td>מס' בית</td> <td>כניסה</td> <td>דירה</td> <td>יישוב</td> <td>מיקוד</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>טלפון קווי</td> <td colspan="2">טלפון נייד</td> <td colspan="3">דואר אלקטרוני</td> </tr> <tr> <td> </td><td colspan="2"> </td><td colspan="3"> </td> </tr> </table> <p align="center">אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:</p> <table border="1"> <tr> <td>שם משפחה איש קשר</td> <td>שם פרטי איש קשר</td> <td>מס' זהות איש קשר ס"ב</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד							טלפון קווי	טלפון נייד		דואר אלקטרוני									שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד																														
טלפון קווי	טלפון נייד		דואר אלקטרוני																																
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב																																	
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לדיעבד, 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, שביתה/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.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת www.btl.gov.il < יצירת קשר < פנייה בנושא הגנת הפרטיות.

אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

חתימה X

תאריך