



המוסד לביטוח לאומי  
גבייה מלא שכירים  
סניף \_\_\_\_\_

לכבוד  
תחום הביטוח והגבייה

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות									
1	3	סוג המסמך		דפים					

**הנדון: בקשה להפחתת קנסות / הצמדה / הפרשי שומה/פריסת חוב**

**1 פרטי המבקש**

1

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות  
ס"ב

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
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 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.

**מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

**2 פרטי הבקשה**

2

אבקשכם להפחית:

קנסות

הצמדה

הפרשי שומה בעבור השנים: \_\_\_\_\_

פריסת חוב ב \_\_\_\_\_ תשלומים

**נימוקים לבקשה**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**מסמכים מצורפים:**

\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_

**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 ✕ \_\_\_\_\_