המוסד לביטוח לאומי
מינהל ביטוח וגביה
גביה מלא שכירים

סניף _____

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות	
סוג מסמך	13 דפים

בקשה להחזר יתרת זכות

1 פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

2 כתובת 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 וכן מידע מתיק המעסיק (למעסיק עובדים) בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט- SMS, דואר אלקטרוני, וואטסאפ), במקום דואר רגיל.
לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

3 פרטי חשבון הבנק

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין בקשה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

4 חשבון בנק מוגבל

במידה וחשבון בנק זה מוגבל, אנא אשר שלא תהיינה לך תביעות כנגד המוסד, בגין החזר זה.

חתימת בעל החשבון ✘ _____

5

פירוט עיסוקים

❑ אני עובד שכיר החל מתאריך _____עד תאריך _____ ❑ וממשיך לעבוד ❑ לא ממשיך לעבוד במידה שיש בידך תלושי שכר מהשנה האחרונה – יש לצרף אותם.

שם המעסיק _____ מס' תיק ניכויים

❑ חדלתי לעבוד כשכיר מתאריך _____ ❑ חדלתי לעבוד כעצמאי מתאריך _____
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 ✕ _____

6

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 ✕ _____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד