



מס' זהות									
1	6	סוג		דפים					

**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הביטוח והגביה  
אגף מעסיקים



**לכבוד**  
אגף גביה ממעסיקים  
המוסד לביטוח לאומי  
יפו 217  
ירושלים 91909

**הנדון: בקשה לאישור תיאום דמי ביטוח עבור השנה השוטפת לעצמאי המקבל פנסיה/אובדן כושר עבודה עד לגיל הפרישה לשנת \_\_\_\_\_**

פרטי המבוטח					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
<b>כתובת</b>					
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד		דואר אלקטרוני		
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					

אני מצהיר בזאת, כי בשנה זו יש לי הכנסה כעצמאי/ת ובנוסף אני מקבל פנסיה מוקדמת/אבדן כושר עבודה וסך הכנסותיי בחודש עולה על ההכנסה המירבית.

על כן, אני מבקש לקבל אישור תיאום דמי ביטוח עבור השנה השוטפת למשלם הפנסיה/אבדן כושר עבודה.

אני מתחייב להודיע מיידית לביטוח הלאומי על כל שינוי מהותי שיחול בהכנסותיי כעצמאי או בעצם מעמדי כעצמאי.

כמו כן, אני מתחייב להגיש למשלם הפנסיה/אבדן כושר עבודה כל אישור חדש שיופק לי בהתאם לשינוי שחל. ידוע לי כי הביטוח הלאומי יבצע חישוב חוזר של דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות לאחר תום השנה או בעת שיתקבל כל מידע חדש מכל גורם שהוא בנוגע להכנסותיי, למעמדי או לדמי הביטוח.

אני מתחייב להעביר לביטוח לאומי כל מסמך שיידרש, כולל טפסי 100, מיד עם קבלת הדרישה ואי המצאת מסמכים נדרשים לא תעכב את חיוב דמי הביטוח.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימהא \_\_\_\_\_

**לידיעתך**, האישור יופק רק כאשר ההכנסה אצל המעסיק העיקרי קבועה לאורך זמן ורק לאחר שני חודשי עבודה מלאים אצל כל אחד ממעסיקך המשניים.