



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף הבטחת הכנסה

חותמת קבלה

מס' זהות / דרכון		לשימוש
סוג המסמך		פנימי
דפים	בלבד	(סריקה)
04		

הצהרה על חשבון בנק מוגבל

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס

2

פרטי בן/בת זוג

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס

3

הצהרה

אני הח"מ שפרטי האישיים מופיעים בטופס זה, מצהיר בזאת כי ידוע לי שהחשבון נמצא ברשימת החשבונות המוגבלים ויתכן שהבנק לא יאפשר לי למשוך כספים מחשבון זה. אני מעוניין לקבל גמלת הבטחת הכנסה לחשבון זה. אני מתחייב בזה שלא להעלות נגד המוסד לביטוח לאומי כל טענה נגד תשלום לחשבון זה, או כל טענה בגין אי קבלת הכספים. אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו הופקד בטעות או שלא כדין וכן, שהבנק ימסור את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך _____

שם התובע _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה * _____

שם בן/בת הזוג _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה * _____