



המוסד לביטוח לאומי
ביטוח וגביה
סניף _____

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מס' זהות

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

סוג המסמך

הצהרת היעדרות עובד

בשל מחלה/תאונה/ אבל/ שביתה/השבתה

1

פרטי המבקש

שם משפחה		שם פרטי		ספר זהות ס"ב	
כתובת מגורים 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.

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.

תאריך _____ חתימה _____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד