



המוסד לביטוח לאומי
מינהל ביטוח וגביה
גביה מלא שכירים

סניף _____

לשימוש	
פנימי	
בלבד	
(סריקה)	
מס' זהות	
סוג	
דפים	
מסמך	
1 3	

בקשה להחזר יתרת זכות

1 פרטי המבוטח

1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

2 כתובת ופרטי התקשרות

2

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			
<input type="checkbox"/> 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.					

3 פרטי חשבון הבנק

3

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

4

במידה וחשבון בנק זה מוגבל, אנא אשר שלא תהיינה לך תביעות כנגד המוסד, בגין החזר זה.
 חתימת בעל החשבון x _____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

5**הצהרה**

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי מידע לאימות פרטי הבנק ובעלי החשבון.
 אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד
 יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את
 פרטי מושכי התשלומים.
 במידה ויש שותף/ים לחשבון, יש להחתימו/ם על בקשה זו.

תאריך _____ חתימת בעל החשבון ✕ _____

שם השותף לחשבון _____ 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 ✕ _____