



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
אגף מעסיקים

מס' זהות									
1	6	דפים							

לכבוד

אגף גביה ממעסיקים
המוסד לביטוח לאומי
שד' ויצמן 13
ירושלים 91909

הנדון: בקשה לתיאום דמי ביטוח לבעלי הכנסות גבוהות מההכנסה המרבית

פרטי המבוטח					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
כתובת					
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	ישוב	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.					

אבקש לקבל אישור למעסיק/ למשלם הפנסיה על פי תאום דמי ביטוח

לקבלת האישור, עליך לצרף טופסי *100 הכוללים פירוט שכר של 12 החודשים האחרונים, מכל מקורות ההכנסה. מעסיקי העיקרי הוא _____

אני מתחייב להודיע מיידית למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי מהותי שיחול בהכנסותיי אצל אחד מהמעסיקים שלי (המעסיק הראשי או אחד או יותר מהמעסיקים המשניים, שעל בסיס הכנסותיהם חושב האישור), במהלך השנה גם אם השינוי נעשה לאחר שנת המס.

המוסד לביטוח לאומי שומר לעצמו את הזכות לבצע חישוב מחדש של דמי ביטוח על אף האישור שניתן בעבר ולחייב או לזכות בהתאם.

תאריך _____ חתימה **x** _____

טופס 100 - טופס פירוט שכר או פנסיה מוקדמת ופירוט דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות לכל חודש מהלך השנה. כולל תשלומים נוספים והפרשים המיוחסים בהתאמה לשכר החודשי / לפנסיה, החייבים בדמי ביטוח. טופס זה ניתן לקבל מכל מעסיק או משלם פנסיה מוקדמת (הטופס חייב להיות מודפס וחתום).

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד