



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגבייה
מעסיקים
סניף _____

לכבוד

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות

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

סוג המסמך

0									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

דפים

פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה
לאישה נשואה

פרטי המבקשת

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב																			
<table border="1"> <tr> <td colspan="6">כתובת</td> </tr> <tr> <td>רחוב / תא דואר</td> <td>מס' בית</td> <td>כניסה</td> <td>דירה</td> <td>יישוב</td> <td>מיקוד</td> </tr> <tr> <td>טלפון קווי</td> <td>טלפון נייד</td> <td colspan="4">דואר אלקטרוני</td> </tr> </table>						כתובת						רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
כתובת																							
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד																		
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני																					
<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS																							

הצהרה

2

הנני מצהירה בזאת כי:

- פרשתי לגמלאות החל מתאריך _____ .
- אני אישה נשואה, עקרת בית ואיני עובדת מחוץ למשק ביתי. כמו כן, בעלי הינו "תושב ישראל".

לפיכך אבקשכם לא לנכות מהפנסיה המשולמת לי באמצעותכם, דמי ביטוח למוסד לביטוח לאומי.
אני מצהירה כי אם יחול שינוי באמור לעיל, אודיע מיידית על כך למשלם הפנסיה.

תאריך _____ חתימת המבקשת * _____