



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
מעסיקים

סניף _____

מס' זהות				
לשימוש פנימי בלבד (סריקה)				
סוג המסמך	דפים			
0				

חותמת קבלה

לכבוד

**פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה
לאישה נשואה**

1

פרטי המבקשת

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות ס"ב

כתובת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
_____	_____	_____			

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

2

הצהרה

הנני מצהירה בזאת כי:

- אינני עובדת 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 * _____