



המוסד לביטוח לאומי

הודעה על עדכון פרטים אישיים

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

עמוד 1 מתוך 2

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים							

סמן ✓ במשבצת הנכונה עבור :

- כל סוגי הגמלאות  הבטחת הכנסה  קצבת ילדים  מזונות  נכות כללית, שירותים מיוחדים
- נכות מעבודה  ניידות  זקנה ושירים  החזר דמי ביטוח  אחר \_\_\_\_\_

- בכל דיווח יש למלא את הפרטים בהם חל שינוי ובנוסף למלא בכל בקשה את סעיף 5 בטופס (עבודה והכנסות) לפי סוג הקצבה המשולמת שפורטה בסעיף זה.
- את ההודעה הזו אפשר למסור במשרדי המוסד לביטוח לאומי או לשלוח בדואר.

פרטים מזהים

1

שם פרטי	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
פרטי המבוטח		
פרטי מקבל הגמלה		

שינוי כתובת – כתובת חדשה אם לא חל שינוי סמן כאן X   
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

2

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
הבית נמצא <input type="checkbox"/> בבעלותי <input type="checkbox"/> בשכירות <input type="checkbox"/> אחר _____					
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>					
<input type="checkbox"/> מייצג (עו"ד, אפוטרופוס וכו') שמו _____					
<input type="checkbox"/> אחר _____					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
<b>כתובת העסק</b>					
שם העסק					
טלפון קווי	מספר פקס				
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

**3**

**שינוי במצב המשפחתי, בשם ובפרטי בן/בת הזוג אם לא חל שינוי סמן כאן X**

<p>תאריך השינוי</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">יום</td> </tr> </table>				שנה	חודש	יום	<p>מהות השינוי במצב המשפחתי</p> <p><input type="checkbox"/> נישואין* <input type="checkbox"/> ידוע בציבור*</p> <p><input type="checkbox"/> פטירה <input type="checkbox"/> גירושין</p> <p><input type="checkbox"/> נפרדות <input type="checkbox"/> עגינות</p>	<p>השם הפרטי החדש</p>	<p>שם המשפחה החדש</p>			
שנה	חודש	יום										
<p>*פרטי בן/בת הזוג (ימולא רק במקרה של נישואין או חיים עם בן/בת זוג הידועים בציבור)</p>												
<p>שם משפחה</p>	<p>שם פרטי</p>	<p>מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה</p>										
<p>תאריך לידה</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">יום</td> </tr> </table>				שנה	חודש	יום	<p>מספר הזהות ב"ס</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table>				<p>מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה</p>	
שנה	חודש	יום										

**4**

**שינוי בפרטי חשבון הבנק של התובע**

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
<p>אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים בחשבון או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימה על טופס עדכון החשבון.</p> <p>אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים בחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, במהלך תקופת הזכאות לגמלה ואחריה.</p> <p>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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.</p>			
_____ x	_____ x	_____	_____
תאריך	חתימת מקבל הגמלה	חתימת/חתימות בעלי החשבון	קרבה לתובע

**5**

**הצהרה על חזרה לעבודה ושינוי הכנסות**

**יש למלא את הסעיף רק במידה ואתה מקבל את אחת מהגמלאות הבאות: הבטחת הכנסה, נכות כללית, זקנה או מזונות.**

חזרתי לעבודה במהלך 3 השנים האחרונות  לא  כן, נא לציין את תאריך החזרה לעבודה \_\_\_\_\_

חל שינוי בהכנסותיי  לא  כן, נא לציין את השינויים ולצרף אישורים \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6**

**הצהרת המבוטח המודיע**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בהודעה זו ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בהודעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

\_\_\_\_\_ x חתימת התובע \_\_\_\_\_ תאריך