



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות		
סוג המסמך	דפים	

ביטול סירוב לפניה למעסיקים ומשלמי
פנסיה מוקדמת (טופס 100)

1

פרטי המצהיר

שם משפחה	שם פרטי
מספר זהות/מס מזהה זמני מהביטוח הלאומי	תאריך לידה
	שנה חודש יום

2

בקשה לביטול סירוב

אני מבקש לבטל סירוב שמסרתי בעבר לגמלאות שלהלן:

- | | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> אבטלה | <input type="checkbox"/> דמי פגיעה ותאונות אישיות | <input type="checkbox"/> אסירי ציון | <input type="checkbox"/> אמהות |
| <input type="checkbox"/> פשיטת רגל | <input type="checkbox"/> נכות כללית ושירותים מיוחדים | <input type="checkbox"/> מילואים | <input type="checkbox"/> מזונות |
| <input type="checkbox"/> איבה | <input type="checkbox"/> ניידות | <input type="checkbox"/> שיקום | <input type="checkbox"/> סיעוד |
| <input type="checkbox"/> אחרות | <input type="checkbox"/> אחרות | <input type="checkbox"/> אחרות | <input type="checkbox"/> אחרות |

אני מודע לכך שביטול הסירוב עבור הגמלאות שסימנתי, משמעו כי הביטוח הלאומי יוכל לפנות למעסיקים ומשלמי הפנסיה שלי לקבלת דיווח דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותיי לצורך בדיקת זכאותי בגמלאות אלו.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____