



המוסד לביטוח לאומי
אזרח ותיק ושאינם
אגף ביטוח בריאות

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון
סוג המסמך
דפים

עדכון מצב משפחתי – הצהרה

1

פרטי המנוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
----------	---------	------------------

2

פרטי האלמן

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
----------	---------	------------------

א. כתובת (הרשומה במשרד הפנים):

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
------------	------------	----------------

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב
------------------	-----------------	-------------------------

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

ב. מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה):

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

3

מצב משפחתי נוכחי

האם אתה מתגרר עם בן/בת זוג (ידוע בציבור) לא כן, מתאריך: _____ ת.ז. בן/בת זוג: _____

נשוי מתאריך: _____ ת.ז. בן/בת הזוג: _____

חובה למלא סעיף זה – ללא מילוי הסעיף, לא ניתן יהיה לטפל בהמשך הזכאות

4

הצהרה

אני הח"מ מצהיר/ה בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב/ת להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטים, בתוך 30 יום.

תאריך _____ שם _____ חתימת מקבל הגמלה ✕ _____

תאריך _____ שם _____ חתימת בן/בת הזוג הידוע בציבור ✕ _____