המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
מעסיקים
סניף_____

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

לכבוד

_____

_____

_____

פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה/אובדן כושר לאישה נשואה
מחודש ___ עד חודש ___ לשנת _____

1 פרטי המבקשת

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

כתובת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

❑ אני מסרבת 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.

2 הצהרה

אני מצהירה בזאת כי בתקופה שבנדון אני אישה נשואה, עקרת בית ואיני עובדת מחוץ למשק ביתי, איני מקבלת חלף שכר (כדוגמא: ימי מחלה או ימי חופשה), איני נמצאת בחל"ת ואיני מקבלת אחת מהגמלאות המחליפות שכר (דמי לידה, שמירת הריון, דמי פגיעה ופש"ר) , 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 ×_____