



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 גמלת _____ גמלת _____ החזר דמי ביטוח

- כל שינוי בפרטים האישיים ידווח אך ורק באמצעות טופס זה.
- בכל דיווח יש למלא את הפרטים המזהים (סעיף 1) ורק את הפרטים שבו/בהם חל השינוי.
- אין למלא פרטים שבהם לא חל כל שינוי.
- את ההודעה הזו אפשר למסור במשרדי המוסד לביטוח לאומי או לשלוח בדואר.

פרטים מזהים

1

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

שינוי כתובת – כתובת חדשה
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

2

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

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

3 שינוי במצב המשפחתי, בשם ובפרטי בן/בת הזוג			
<p>שם המשפחה החדש</p>	<p>השם הפרטי החדש</p>	<p>מהות השינוי במצב המשפחתי</p> <p> <input type="checkbox"/> נישואין* <input type="checkbox"/> עגינות <input type="checkbox"/> פטירה <input type="checkbox"/> גירושין <input type="checkbox"/> נפרדות </p>	<p>תאריך השינוי</p> <p>שנה חודש יום</p>
<p>שם משפחה</p>	<p>שם פרטי</p>	<p>מספר הזהות</p> <p>ס"ב</p>	<p>מ"ן</p> <p> <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה </p>
<p>*פרטי בן/בת הזוג (ימולא רק במקרה של נישואין)</p>	<p>תאריך לידה</p> <p>שנה חודש יום</p>		

4 שינוי בפרטי חשבון הבנק של התובע			
שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובת	מס' סניף	מספר חשבון
<p>אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון החשבון.</p> <p>אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.</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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.</p>			
תאריך	חתימת מקבל הגמלה	חתימת/חתימות בעלי החשבון	קרבה לתובע

5 הצהרת המבוטח המודיע	
<p>אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בהודעה זו ובנספחיה הם 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 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.</p>	
תאריך	חתימת התובע