



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
מעסיקים

סניף _____

לכבוד

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

פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה
לאישה נשואה

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		
0					
0					
<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS					

הצהרה
הנני מצהירה בזאת כי:
<input type="checkbox"/> פרשתי לגמלאות החל מתאריך _____ .
<input type="checkbox"/> אני אישה נשואה, עקרת בית ואיני עובדת מחוץ למשק ביתי. 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 * _____