



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
מעסיקים

סניף _____

לכבוד

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

חותמת קבלה

פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה
לאישה נשואה

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 מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

2

הצהרה

הנני מצהירה בזאת כי:

- אינני עובדת מתאריך _____ .
- 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 * _____