



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 הבטחת הכנסה קצבת ילדים מזונות נכות כללית, שירותים מיוחדים
- נכות מעבודה ניידות אזרחות ותיק ושירים החזר דמי ביטוח אחר _____

בכל דיווח יש למלא את הפרטים בהם חל שינוי ובנוסף למלא בכל בקשה את סעיף 5 בטופס (עבודה והכנסות) לפי סוג הקצבה המשולמת שפורטה בסעיף זה.

את הטופס ניתן להעביר באמצעות שליחת מסמכים באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי שכתובתו www.btl.gov.il או העברה לסניף בכל דרך אחרת.

פרטים מזהים

1

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

2 שינוי כתובת – כתובת חדשה אם לא חל שינוי סמן כאן X

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
הבית נמצא <input type="checkbox"/> בבעלותי <input type="checkbox"/> בשכירות <input type="checkbox"/> אחר _____					
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני: _____ @ _____			
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל					

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

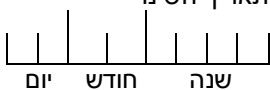

מייצג (עו"ד, אפוטרופוס וכו')	שמו				
אחר					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

כתובת העסק

שם העסק					
טלפון קווי	מספר פקס				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

3

שינוי במצב המשפחתי, בשם ובפרטי בן/בת הזוג אם לא חל שינוי סמן כאן X

תאריך השינוי  שנה חודש יום	מהות השינוי במצב המשפחתי <input type="checkbox"/> נישואין* <input type="checkbox"/> ידוע בציבור* <input type="checkbox"/> פטירה <input type="checkbox"/> גירושין <input type="checkbox"/> נפרדות <input type="checkbox"/> עגינות	השם הפרטי החדש	שם המשפחה החדש
*פרטי בן/בת הזוג (ימולא רק במקרה של נישואין או חיים עם בן/בת זוג הידועים בציבור)			
שם משפחה	שם פרטי	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	
תאריך לידה  שנה חודש יום	מספר הזהות ב"ס 		

4

שינוי בפרטי חשבון הבנק של התובע

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים בחשבון או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון החשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים בחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, במהלך תקופת הזכאות לגמלה ואחריה.

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 פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

_____ x _____ x _____
 תאריך חתימת מקבל הגמלה חתימת/חתימות בעלי החשבון קרבה לתובע

5

הצהרה על חזרה לעבודה ושינוי הכנסות

יש למלא את הסעיף רק במידה ואתה מקבל את אחת מהגמלאות הבאות: הבטחת הכנסה, נכות כללית, זקנה או מזונות.

חזרתי לעבודה במהלך 3 השנים האחרונות לא כן, נא לציין את תאריך החזרה לעבודה _____

חל שינוי בהכנסותיי לא כן, נא לציין את השינויים ולצרף אישורים _____

6

הצהרת המבוטח המודיע

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בהודעה זו ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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.

_____ x _____
 תאריך חתימת התובע