



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגבייה

דין וחשבון רב שנתי
לפי תקנות רישום ותקנות
בדבר גביית דמי ביטוח

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	0 1

חותמת קבלה

1

פרטים אישיים

פרטי המבוטח שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> ידוע בציבור <input type="checkbox"/> אלמן	החל מתאריך שנה חודש	
פרטי בן/בת הזוג שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

כתובת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS	טלפון נייד	מספר פקס			

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

שם הנמען	רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

פרטי חשבון הבנק של המבוטח

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר החשבון

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

3

עיסוק והכנסות – נא פרט את עיסוקיך בשנתיים האחרונות וצרף אישורים

ללא עובד שכיר (נא לצרף תלוש שכר) תלמיד על יסודי עובד במשק בית חייל סדיר חייל קבע שירות לאומי
 תלמיד ישיבה סטודנט חבר קיבוץ אסיר פנסיה חל"ת הכשרה מקצועית בעל הכנסה שלא מעבודה
 שוהה בחו"ל אחר

הכנסה שלא מעבודה (מהארץ ומחו"ל)		עיסוק	עד תאריך	מתאריך
מקור ההכנסה	הכנסה ב- ₪			

4

עובד עצמאי – הודעה על פתיחה או סגירה של תיק

עובד עצמאי ייחשב מי שנוסק במשלח ידו ועונה על אחד מהתנאים האלה:
 עובד לפחות 20 שעות בשבוע בממוצע.
 ההכנסה החודשית הממוצעת היא לפחות 50% מהשכר הממוצע.
 עובד לפחות 12 שעות בשבוע בממוצע והכנסתו החודשית היא לפחות 15% מהשכר הממוצע.

- חדלתי לעבוד כעצמאי החל מתאריך _____
- חדלתי להעסיק עובדים בתיק ניכויים מס' _____ מתאריך _____
- התחלתי לעבוד כעצמאי החל מתאריך _____ ממוצע שעות עבודה לשבוע _____
- ממוצע הכנסה חודשית _____ ₪
- פירוט משלח היד _____ ענף כלכלי _____
- עובד עצמאי שחל שינוי בהיקף שעות העבודה בשנה הנוכחית:
 מתאריך _____ שעות העבודה בשבוע בממוצע היו _____ הכנסה חודשית ממוצעת _____ ₪
 ומתאריך _____ שעות העבודה בשבוע בממוצע יהיו _____ הכנסה חודשית ממוצעת _____ ₪
- בן/בת זוג עובד בעסק החל מתאריך _____ חלקו בעסק % _____ .
 מספר שעות עבודה ממוצע בשבוע של בן/בת הזוג _____
 חתימת בן/בת הזוג * _____

כתובת עסק

רחוב	מס' בית	דירה	יישוב + מיקוד	טלפון
------	---------	------	---------------	-------

כתובת מייצג

שם הנמען/המייצג	רחוב/תא דואר	מס' בית	דירה	יישוב + מיקוד
-----------------	--------------	---------	------	---------------

טלפון



5

הצהרה

אני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרת לי הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____