



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הביטוח והגבייה  
מעסיקים  
סניף \_\_\_\_\_

לכבוד

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה  
לאישה נשואה**

<b>פרטי המבקשת</b>					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
<b>כתובת</b>					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS					

<b>הצהרה</b>
<p>הנני מצהירה בזאת כי:</p> <p><input type="checkbox"/> פרשתי לגמלאות החל מתאריך _____.</p> <p><input type="checkbox"/> אני אישה נשואה, עקרת בית ואיני עובדת מחוץ למשק ביתי. כמו כן, בעלי הינו "תושב ישראל".</p> <p>לפיכך אבקשכם לא לנכות מהפנסיה המשולמת לי באמצעותכם, דמי ביטוח למוסד לביטוח לאומי.</p> <p>אני מצהירה כי אם יחול שינוי באמור לעיל, אודיע מיידית על כך למשלם הפנסיה.</p> <p>תאריך _____ חתימת המבקשת * _____</p>