



הודעה על עדכון פרטים אישיים

עבור - כל סוגי הגמלאות גמלת גמלת
 (סמן ✓ במשבצת הנכונה) גמלת החזר דמי ביטוח

- כל שינוי בפרטים האישיים, ידווח אך ורק באמצעות טופס זה.
- בכל דיווח יש למלא את הפרטים המזהים (סעיף א) ורק את הפרטים שבו/בהם חל השינוי.
- אין למלא פרטים שבהם לא חל כל שינוי.
- את ההודעה הזו אפשר למסור במשרדי המוסד לביטוח לאומי או לשלוח בדואר.

א. פרטים מזהים

פרטי המבוטח	שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות ס"ב
פרטי מקבל הגמלה	שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות ס"ב

ב. שינוי כתובות - כתובות חדשות

כתובת המגורים	רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
	מספר טלפון		מספר טלפון נייד			

הכתובת למכתבים	<input type="checkbox"/> מייצג (עו"ד, אפוטרופוס וכו')	<input type="checkbox"/> אחר -	שמו
	<input type="checkbox"/> רחוב <input type="checkbox"/> ת"ד	מספר בית	כניסה/דירה

כתובת העסק	שם	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
	רחוב	מספר בית	כניסה/דירה
	ת"ד	ישוב	מיקוד

ג. שינוי במצב המשפחתי, בשם ובפרטי בן/בת הזוג

שם המשפחה החדש	השם הפרטי החדש	מהות השינוי במצב המשפחתי	תאריך השינוי
		<input type="checkbox"/> נישואין* <input type="checkbox"/> עגינות <input type="checkbox"/> פטירה <input type="checkbox"/> גירושין <input type="checkbox"/> נפרדות	
פרטי בן/בת זוג ימולא רק במקרה של נישואין	שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות

ד. שינוי פרטי חשבון הבנק - חובה לצרף אישור מהבנק שהחשבון שייך למבקש או לחילופין לצרף המחאה מבוטלת.

שם בעלי החשבון	שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מספר הסניף	מספר החשבון
<p>אנו מתחייבים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון החשבון. אנו מסכימים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה. אנו מסכימים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך החשבון, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום כלשהו בטעות, או שלא כדין, וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור. אנו השותפים לחשבון, מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, עבור מקבל הגמלה.</p>				
תאריך	חתימת מקבל הגמלה	חתימת השותפים לחשבון	חתימת קירבה לתובע:	

הצהרת המבוטח המודיע

אני מצהיר בזאת שכל הפרטים שנמסרו על-ידי בהודעה זו נכונים. ידוע לי כי מתן פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי נוסף ואחר שיחול באחד הפרטים הנ"ל בתוך 30 יום ממועד השינוי.

תאריך _____ חתימה _____