



המוסד לביטוח לאומי
מינהל ביטוח וגביה
גביה מלא שכירים

סניף _____

בקשה להחזר יתרת זכות

לשימוש	
פנימי	
בלבד	
(סריקה)	
מס' זהות	
סוג	
דפים	מסמך
1	3

1 פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

2 כתובת

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

3 פרטי חשבון הבנק

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין בקשה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

4 הצהרה

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי מידע לאימות פרטי הבנק ובעלי החשבון.
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 פרטי מושכי התשלומים.
במידה ויש שותפים לחשבון, יש להחתימו/ם על בקשה זו.

תאריך _____ חתימת בעל החשבון ✕ _____

שם השותף לחשבון _____ חתימה ✕ _____

שם השותף לחשבון _____ חתימה ✕ _____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד