



**לשימוש המוסד (סריקה)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מס' זהות

סוג	דפים
המסמך	

**לכבוד**

---



---



---

**הנדון: פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות מהפנסיה**

פרטי המבקש :

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
----------	---------	------------------

כתובת :

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
------	----------	-------	------	-------	-------

הנני מצהיר/ה בזאת כי

פרשתי לגמלאות החל מיום \_\_\_\_\_

הנני אשה נשואה, עקרת בית, ואיני עובדת מחוץ למשק ביתי. כמו כן בעלי הינו "תושב ישראל".

לפיכך אבקשכם לא לנכות מהפנסיה המשולמת לי באמצעותכם דמי ביטוח למוסד לביטוח לאומי.

הריני מצהירה כי אם יחול שינוי באמור לעיל אודיע מיידית על כך למשלם הפנסיה.

בכבוד רב

חתימת המבקש/ת

תאריך