המוסד לביטוח לאומי
אזרח ותיק ושאירים
אגף ביטוח בריאות

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך 1 0

דפים

עדכון מצב משפחתי – הצהרה

1 פרטי המנוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

2 פרטי האלמן

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

א. כתובת (הרשומה במשרד הפנים):

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב

❑ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.
לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

ב. מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה):

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

3 מצב משפחתי נוכחי

❑ האם אתה מתגורר עם בן/בת זוג (ידוע בציבור) ❑ לא ❑ כן, מתאריך: _____ ת.ז בן/בת זוג: _____

❑ נשוי מתאריך: _____ ת.ז בן/בת הזוג: _____

חובה למלא סעיף זה – ללא מילוי הסעיף, לא ניתן יהיה לטפל בהמשך הזכאות

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

4 הצהרה

אני הח"מ מצהיר/ה בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב/ת להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטים, בתוך 30 יום.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג׳ הרלוונטיים לצורך זה.
ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת www.btl.gov.il > יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.
אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

תאריך_____ שם _____ חתימת מקבל הגמלה ✘_____

תאריך_____ שם _____ חתימת בן/בת הזוג הידוע בציבור ✘_____