

עמוד 1 מתוך 2

| | | | | | |
|-----------|------|-----------|--|-----------------|--|
| קוד מסלקה | | סוג חשבון | | מספר חשבון בבנק | |
| בנק | סניף | | | | |

5 - 6 7 - 9 10 - 12 13 - 21

הוראה לחיוב חשבון העתק למבוטח

לכבוד

בנק

סניף

כתובת הסניף

| | | | |
|---------------------|--|----------------------------|--|
| שם המבוטח | | שם בעל חשבון הבנק | |
| מספר זהות של המבוטח | | מס' זהות של בעל חשבון הבנק | |
| ב | | ב | |
| 22 - 30 | | 31 - 39 | |
| 28900 | | 28900 | |

1. אני/הח"מ שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק מספר זהות

כתובת רחוב _____ **מס' עיר** _____ **מיקוד** _____

2. נותק/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בגין מקדמות בדמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות ו/או חיובים עפ"י הסדרי תשלומים בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי פעם בפעם באמצעי מגנטי, ע"י המוסד לביטוח לאומי כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".

3. ידוע לי / לנו, כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.

4. ידוע לי / לנו, כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי / לנו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.

6. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי / לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

7. נא לאשר למוסד לביטוח לאומי בספח המחובר לזה קבלת הוראות אלו ממני / מאתנו.

פרטי ההרשאה

סכום החיוב ומועדו, יקבע מעת לעת על-ידי המוסד לביטוח לאומי, על-פי חוק הביטוח הלאומי ותקנותיו.

תאריך _____ חתימת בעל/י החשבון _____

| | | | | | |
|-----------|------|-----------|--|-----------------|--|
| קוד מסלקה | | סוג חשבון | | מספר חשבון בבנק | |
| בנק | סניף | | | | |

5 - 6 7 - 9 10 - 12 13 - 21

הוראה לחיוב חשבון העתק לבנק

לכבוד

בנק

סניף

כתובת הסניף

| | | | |
|---------------------|--|----------------------------|--|
| שם המבוטח | | שם בעל חשבון הבנק | |
| מספר זהות של המבוטח | | מס' זהות של בעל חשבון הבנק | |
| ב | | ב | |
| 22 - 30 | | 31 - 39 | |
| 28900 | | 28900 | |

1. אני/הח"מ שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק מספר זהות

כתובת רחוב _____ **מס' עיר** _____ **מיקוד** _____

2. נותק/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בגין מקדמות בדמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות ו/או חיובים עפ"י הסדרי תשלומים בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי פעם בפעם באמצעי מגנטי, ע"י המוסד לביטוח לאומי כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".

3. ידוע לי / לנו, כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.

4. ידוע לי / לנו, כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי / לנו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.

6. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי / לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

7. נא לאשר למוסד לביטוח לאומי בספח המחובר לזה קבלת הוראות אלו ממני / מאתנו.

פרטי ההרשאה

סכום החיוב ומועדו, יקבע מעת לעת על-ידי המוסד לביטוח לאומי, על-פי חוק הביטוח הלאומי ותקנותיו.

תאריך _____ חתימת בעל/י החשבון _____

| | | | |
|-----------|----------|-----------------------------|--|
| 7600 | קוד טופס | שם לב: חובה להחתיים את הבנק | |
| 1 - 4 | | | |
| קוד מסלקה | | סוג חשבון | |
| בנק | סניף | | |

5 - 6 7 - 9 10 - 12 13 - 21



אישור הבנק

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

בקרת גבייה - יחידת גל"ש

שד' ויצמן 13

ירושלים 91909

| | | | |
|---------------------|--|----------------------------|--|
| שם המבוטח | | שם בעל חשבון הבנק | |
| מספר זהות של המבוטח | | מס' זהות של בעל חשבון הבנק | |
| ב | | ב | |
| 22 - 30 | | 31 - 39 | |
| 28900 | | 28900 | |

שם לב: כאשר בעל החשבון אינו המבוטח, יש להקפיד לרשום את מס' הזהות של בעל חשבון הבנק ושל המבוטח.

קבלנו הוראה מ: _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי שתציגו לנו מידי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא / הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהחייבויותכם כלפינו, לפי כתב השימוי שנחתם על-ידיכם.

| | | | | | |
|-------------------|------|--------|------|-----|--|
| בנק | סניף | תאריך: | 2 | 0 | |
| חתימת וחותמת הבנק | | שנה | חודש | יום | |

מבוטח/ת נכבד/ה,

שירות בביטוח הלאומי - תשלום דמי ביטוח באמצעות הוראת קבע

המוסד לביטוח לאומי שמח להציע לך דרך נוחה יותר לתשלום מקדמות דמי הביטוח - הוראת קבע בבנק.

המשלמים את המקדמות בהוראת קבע יזכו בהטבה לפיה יחויב חשבון הבנק שלהם במקום ב-15 בחודש רק ב- 22 בחודש.

מבוטחים שאינם עובדים שכירים ואינם עובדים עצמאים המשלמים בהוראת קבע יהנו מהטבה ייחודית: במקום חיוב של חשבון הבנק פעם ברבעון יפרסו להם את התשלום ל- 3 וחשבונם יחוייב בכל חודש בשליש הסכום.

לידיעתך, ניתן לשלם גם חובות באמצעות הוראת קבע בבנק. פרטים נוספים תוכל לקבל בסניפינו.

אם בחרת להצטרף לשירות זה, אתה מתבקש/ת למלא טופס זה, ולשולחו לסניף הביטוח הלאומי הקרוב למקום מגוריך.

המוסד לביטוח לאומי - עובדים לשיפור השירות