



**לכבוד**

המחלקה לתיאום דמי ביטוח  
המוסד לביטוח לאומי  
שד' ויצמן 13  
ירושלים 91909  
טלפון 02 - 6707061/2  
פקסי 02 - 6707993

**הנדון : בקשה לקבלת החזר דמי ביטוח**

פרטים אישיים :

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

א. הריני מצרף בתלושי שכר לצורך קבלת החזר דמי ביטוח .

ב. פרטי הבנק אליו יש להעביר את ההחזר הכספי :

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מספר הסניף	מספר החשבון

ג. הצהרה

**הצהרת המבוטח המודיע**

אני / 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 לביטוח לאומי את פרטי מושכי התשלומים כאמור.

חתימת  
השותף  
לחשבון  
x

חתימת  
מקבל  
ההחזר  
x

תאריך