



מידע שעל הזכאי לקצבת נכות למסור לקרן הפנסיה

מילוי פרטים אישיים

שם פרטי: אברהם
שם משפחה: אלוני
מספר תעודת זהות: 22799019
תאריך לידה: 26/11/1966
כתובת: הפרחים 6, ת.ד. 6635 עכו 2472605
טלפון: 0774510046

הצהרה לגבי הכנסות נוספות (נא סמן):

- אין לי הכנסות נוספות מלבד קצבת הנכות המשולמת ע"י הקרן.
- יש לי הכנסות נוספות מלבד קצבת הנכות המשולמת ע"י הקרן:
- הכנסת עבודה (שכיר) פירוט: _____
 - הכנסה מעסק ומשלח יד (עצמאי) פירוט: _____

לעמית שכיר

לטופס זה הריני מצרף דו"ח רציפות ביטוח מתחום הביטוח והגביה במוסד לביטוח לאומי; הטופס מתייחס לתקופה שמיום תחילת זכאותי לקצבת נכות, או מן המועד האחרון שלגביו הגשתי לקרן טופס כאמור בעבר, לפי המאוחר.
את הטופס ניתן להזמין בצירוף פרטיך האישיים (שם ומס' ת.ז.) באמצעים הבאים:
• בדואר: המוסד לביטוח לאומי- מח' רציפות ביטוח, שד' ויצמן 13, ירושלים 95437
• באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי: www.btl.gov.il
תחת הורדת טפסים / אישורים / תקופות עבודה / אישור תקופות ביטוח ומעסיקים .

לעמית עצמאי

לטופס זה הריני מצרף שומה עצמית לשנת המס האחרונה.

הצהרה

הריני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי הפרטים שמילאתי בטופס זה מלאים ונכונים; ידוע לי כי קרן הפנסיה תהא רשאית לדרוש ממני כספים ששולמו לי על פרטים שמסרתי ואינם נכונים.
אני מתחייב/ת להודיע לקרן הפנסיה על כל שינוי שיחול במצבי הבריאותי ובמצב הכנסתי תוך חודש ימים מן היום בו נודע לי על השינוי.

תאריך	אברהם אלוני	22799019	חתימה
שם מלא	מספר תעודת זהות		