



בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון בנק

לכבוד

תאריך: _____

בנק _____ שם הסניף _____ ("הבנק") קוד הסניף _____

מספר חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
קוד מוסד (המוטב)	מס' זהות המבוטח (אסמכתא/ מס' מזהה)		
28900			
המוסד לביטוח לאומי – גבייה מלא שכירים			

חובה למלא כאשר בעל החשבון אינו המבוטח	
מס' זהות בעל החשבון	

נא לסמן אחת מהאפשרויות הבאות:

אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

☐ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:

☐ תקרת סכום החיוב - _____ ₪.

☐ מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום _____.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות

אנו הח"מ _____ מס' זהות/ ח.פ. _____ ("הלקוח")

שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק

נותן/נים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו/הנ"ל בגין מקדמות בדמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות ו/או חיובים עפ"י הסדר תשלומים בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי פעם בפעם באמצעי מגנטי ע"י המוסד לביטוח לאומי כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה" וזאת בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

1. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:

- עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 - הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק או למוסד לביטוח לאומי שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
 - אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
 - אהיה/נהיה רשאי/ם לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
 - הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
 - הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - אם תענו לבקשתנו/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
 - נא לאשר למוסד לביטוח לאומי קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.
2. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו, יקבע מעת לעת ע"י המוסד לביטוח לאומי, על פי חוק הביטוח הלאומי ותקנותיו

חתימת הלקוח : _____ חותמת הבנק : _____

את הטופס יש להעביר למוסד לביטוח לאומי, שד' וייצמן 13, ירושלים לידי : בקרת גביה מלא שכירים

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

שירות בביטוח לאומי – 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 בסניפנו.

➡ אם בחרת להצטרף לשירות זה, אתה מתבקש למלא טופס זה, ולמוסרו בסניף הבנק

➡ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

או באתר האישי www.ps.btl.gov.il.