מדינת ישראל

הצהרה - ביטוח הדדי

ימולא בעותק אחד על-ידי כל סוגי העובדים למעט עובד ארעי

יש למלא טופס זה רק אם ברצונך להצטרף לקרן הביטוח ההדדי של עובדי המדינה

המשרד_____ היחידה_____

פרטים אישיים			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	כתובת העובד
		ס"ב	

באם רצונך להשתייך לקרן הביטוח ההדדי של עובדי המדינה, הנך מתבקש/ת למלא את הפרטים להלן וכן לאשר בחתימתך על הסכמתך להצטרפות. שים/י לב! אי חתימה על בקשת ההצטרפות, תיראה כאי-הסכמה מצדך.

בזה אני מצהיר/ה על רצוני להשתייך לקרן הביטוח ההדדי של עובדי המדינה. אני נותן/ת הוראה בלתי חוזרת לנכות ממשכורתי לקרן הנ"ל את הפרמיה השנתית בעד הביטוח ההדדי כפי שתיקבע מדי פעם על-ידי הנהלת הביטוח ההדדי ובכפיפות להוראות החשב הכללי. סכום הביטוח אשר יגיע בהתאם לתנאי הביטוח ההדדי של עובדי המדינה, ישולם לרשומים בלוח שלהלן בחלקים המצוינים מול שמותיהם:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות		כתובת	החלק	
			ס.ב		במילים	בספרות
				סה"כ חלקים	**מאה אחוז**	**100%**

_____

_____

תאריך **חתימת העובד/ת**

לשימוש יחידת החשב
הריני מאשר בזה, כי בהתאם להצהרה זו נוכה התשלום הראשון ע"ח הפרמיה השנתית ממשכורת חודש_____ שנת____20
_____ **חתימה**

מדף 2226(ח/ע)