



**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הביטוח והגביה  
ביטוח ובריאות

**שאלון לידועים בציבור**

**חותמת קבלה**

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
3	5	סוג המסמך	דפים						

**לתשומת לבך**

- מטרת שאלון זה היא לבחון מעמדם של בני זוג כידועים בציבור וזאת לעניין חובות וזכויות במוסד לביטוח לאומי.
- התקבלה החלטה לראות בשני בני זוג כידועים בציבור, הם יראו, לעניין חוק הביטוח הלאומי, ושאר הנושאים שהמוסד מפקד על ביצועם כשני בני זוג נשואים.
- מי שהוכרו כידועים בציבור וחל שינוי במעמדם זה, מתבקשים להצהיר על כך בכתב בסניף המוסד לביטוח לאומי הסמוך למקום מגוריהם.
- נא לצרף אישורים כנדרש.

**פרטי בן/בת הזוג הידוע בציבור**

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר ת.ז.	
מצב משפחתי (כפי שמופיע בת.ז.)		מתאריך		הערות	
<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן		שנה		יום	
<b>כתובת</b>					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
				דירה	
				יישוב	
				מיקוד	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					

**פרטי בן/בת הזוג הידועה בציבור**

שם משפחה		שם פרטי		מספר ת.ז.	
מצב משפחתי (כפי שמופיע בת.ז.)		מתאריך		הערות	
<input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> אלמנה		שנה		יום	
<b>כתובת</b>					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
				דירה	
				יישוב	
				מיקוד	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS					

**פרטים אישיים של הילדים המשותפים**

2

אין לנו ילדים משותפים

יש לנו ילדים משותפים ולהלן פרטיהם: (אם יש יותר משני ילדים – נא מלאו פרטיהם בנפרד)

<p>תאריך לידה</p>	<p>שם פרטי</p>	<p>שם משפחה</p>	<p>מספר זהות הילד</p>	1
<p>תאריך לידה</p>	<p>שם פרטי</p>	<p>שם משפחה</p>	<p>מספר זהות הילד</p>	2

3

**הצהרת בני הזוג על מערכת היחסים – יש למלא גם אם אחד מבני הזוג נפטר**

1. הינכם חיים ביחד ומוכרים כבני זוג מתאריך \_\_\_\_\_ .
2. כתובת המגורים המשותפת היא \_\_\_\_\_ .
3. האם בבעלותכם רכוש משותף?  לא  כן, נא לפרט ולצרף אישורים \_\_\_\_\_ .
4. האם קיים הסכם ממון או צוואה?  לא  כן, נא לפרט ולצרף אישורים \_\_\_\_\_ .
5. האם יש לכם חשבון בנק משותף?  לא  כן, בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ מס' חשבון \_\_\_\_\_ .
6. מי נושא בהוצאות ניהול הבית בכתובת המגורים שצוינה לעיל? נא לפרט ולצרף אישורים \_\_\_\_\_ .
7. האם קיימים מקרים בהם הופעתם בציבור יחדיו כבני זוג? נא לפרט ולצרף הוכחות \_\_\_\_\_ .
8. האם קבלתם/עדיין מקבלים גמלה כלשהי מגוף ציבורי?  לא, \_\_\_\_\_  כן, צרף אישורים. \_\_\_\_\_ .
9. האם התנהל או עדיין מתנהל תהליך משפטי כלשהו?  לא, פרט את הסיבה \_\_\_\_\_  כן, פרט מספר תיק ובאיזה בית משפט וצרף אישורים \_\_\_\_\_ .

4

**מידע נוסף שיש בו לסייע בקביעת מעמדכם כידועים בציבור**

אנא פרטו כיצד באה לידי ביטוי מערכת היחסים ביניכם בניהול משק הבית, יחסי ממון, חיי משפחה וכדומה:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

האנשים הבאים מכירים אותנו ויכולים להעיד שאנו מקיימים משק בית משותף - יש לצרף תצהיר בכתב מהעדים - מפורט ככל הניתן

**1. מכר ראשון**

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. ס"ב
<input type="checkbox"/> שכן <input type="checkbox"/> חבר <input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> משפחה <input type="checkbox"/> אחר _____		אנו מכירים מתאריך _____
הערות _____		

**כתובת**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון בעבודה	גר בכתובת זו מתאריך _____		
כתובת קודמת			_____		

**2. מכר שני**

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.
<input type="checkbox"/> שכן <input type="checkbox"/> חבר <input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> משפחה <input type="checkbox"/> אחר _____		אנו מכירים מתאריך _____
הערות _____		

**כתובת**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון בעבודה	גר בכתובת זו מתאריך _____		
כתובת קודמת			_____		

**הצהרה**

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים בשאלון זה הם נכונים ומלאים. ידוע לי כי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים אשר יכולים להשפיע על הזכאות הן עבירה על החוק ואדם אשר מוסר פרטים לא נכונים במרמה או ביודעין, דינו קנס כספי או מאסר. אני מתחייב/ת להודיע למוסד לביטוח לאומי מייד על כל שינוי שיחול בפרטים שמסרתי.

תאריך \_\_\_\_\_ שם הגבר \_\_\_\_\_ חתימת הגבר **x** \_\_\_\_\_  
 תאריך \_\_\_\_\_ שם האישה \_\_\_\_\_ חתימת האישה **x** \_\_\_\_\_

לשימוש המוסד לביטוח לאומי

תוצאות החקירה:

---

---

---

---

החלטת הסניף

לאשר ידועים בציבור  מתאריך \_\_\_\_\_

לדחות.

נימוקים להחלטה (חובה על הפקיד לתפקיד לנמק החלטתו):

---

---

---

---

תאריך \_\_\_\_\_ שם הפקיד ותפקידו \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_