

## בקשה לאישור תשלום נכות מקרן הפנסיה (512065202-00000000000163-0000-000)

1. פרטי המבקש/ת (אזנה/אזנה אג"כ פלגוג)				
שם פרטי		שם משפחה		מספר תעודת זהות
מין		מצב משפחתי		תאריך לידה
ז/נ		נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>		
כתובת				
רחוב		מספר בית		ישוב
				מיקוד
דואר אלקטרוני				
מספר תעודת זהות/בן/בת הזוג		שם פרטי/בן/בת הזוג		שם משפחה/בן/בת הזוג
				תאריך לידה

2. פנסיה המבקש/ת והמסמכים המצורפים

פנסיית נכות/אובדן כושר עבודה מתאריך \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

הנני מתחייב להודיעכם מיידית על שינוי במצבי הרפואי וכן על כל הכנסה כשכיר או כעצמאי שאקבל במקביל לפנסיית הנכות מכם.

3. פרטי חשבון הבנק/אג"ש				
שם הבנק ומספרו		מספר חשבון		שמות בעלי החשבון
שם הסניף		מספר הסניף		כתובת הסניף
				תעודת זהות בעל החשבון
חשבון הבנק שלי הוא על שמי ושותפים בו:				
_____		_____		_____
קירבה		שם מלא		תעודת זהות
_____		_____		_____
קירבה		שם מלא		תעודת זהות

X

\_\_\_\_\_

תאריך
שם מלא
חתימה