

עמוד 1 מתוך 4

| | | |
|------------------------------------|--------------------------|---------------|
| לשימוש פנימי בלבד (סריקה) | מס' זהות סוג 0 1 | דפים המסמך |
|------------------------------------|--------------------------|---------------|

National Insurance Institute
Department of Old-Age and Survivors
13 Weizmann Avenue
Jerusalem 91909, Israel

המוסד לביטוח לאומי
אגף זקנה ושארירים
שדרות ויצמן 13
ירושלים 91909



Survivors Pension Claim - Hebrew / English

תביעה לקצבת שארירים - עברית / אנגלית

A. Particulars of deceased

א. פרטים על המנוח/ה

| | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|----------------------------|---------------------------|
| Israeli ID Number | מספר זהות | First Name (Hebrew) | שם פרטי (עברית) | Last Name (Hebrew) | שם משפחה (עברית) |
| | | | | | |
| Sex | M זכר <input type="checkbox"/> F נקבה <input type="checkbox"/> | שם פרטי (לועזית) | שם משפחה (לועזית) | First Name (Latin Letters) | Last Name (Latin letters) |
| | | | | | |
| עבד/ה מחוץ לישראל | | Last address | | | |
| The deceased worked abroad (outside of Israel) no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> | | מדינה | Town | Zip code | מיקוד |
| | | State | עיר | Street | רחוב |
| | | | | Number | מס' בית |

| | | | | |
|------------------------------------|------------|---------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Marital status | מצב משפחתי | ארץ מגורים לפני העלייה | ארץ לידה | תאריך לידה |
| Single <input type="checkbox"/> | רווקה | Immigrated to Israel from | Country of birth | Date of birth |
| Married <input type="checkbox"/> | נשואה | יציאה מישראל למטרת | תאריך יציאה מישראל | תאריך עלייה לישראל |
| Widowed <input type="checkbox"/> | אלמן/נה | Purpose of leaving Israel | Date of leaving Israel | Date of immigration to Israel |
| Divorced <input type="checkbox"/> | גרשה | | | |
| Separated <input type="checkbox"/> | פרודה | | | |
| Since | מתאריך | | | |

B. Particulars of decease

ב. פרטים על הפטירה

Date of decease _____ תאריך הפטירה

Cause of decease _____ נסיבות הפטירה

Social security number of deceased in the country of residence _____ מספר הביטוח הסוציאלי של המנוח/ה במדינת המגורים

Name of the insuring institution _____

C. Particulars of widow/er

ג. פרטים על האלמן/נה

| | | | | | |
|-------------------------------|---------------------|--------------------|---------|---------------|--------------|
| Israeli ID Number | מספר זהות | First Name | שם פרטי | Last Name | שם משפחה |
| | | | | | |
| Date of immigration to Israel | | תאריך עלייה לישראל | | Date of birth | תאריך לידה |
| | | | | | |
| Current address | | | | | כתובת נוכחית |
| state | מדינה | town | עיר | zip code | מיקוד |
| | | | | street | רחוב |
| | | | | | מס' בית |
| Email | כתובת דואר אלקטרוני | | | Tel. | טלפון |

עמוד 2 מתוך 4

D. Particulars of children

List children only if:

- a) under 18
- b) under 20, if still in high school
- c) under 24, if doing compulsory army service / or Sherut Leumi in Israel

ד. פרטים על הילדים

- רשום ילדים אלה בלבד :
- (א) לא מלאו ל/לה 18 שנים
- (ב) לא מלאו ל/לה 20 שנים ולומדת/בתיכון
- (ג) לא מלאו ל/לה 24 שנים ומשרתת/שרות חובה בצה"ל או שרות לאומי

| Child | 3 | 2 | 1 | הילד |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Israeli ID Number | | | | מספר זהות ישראלי |
| Name | | | | שם |
| Date of birth | | | | תאריך לידה |
| Sex | M <input type="checkbox"/> זכר F <input type="checkbox"/> נקבה | M <input type="checkbox"/> זכר F <input type="checkbox"/> נקבה | M <input type="checkbox"/> זכר F <input type="checkbox"/> נקבה | מין |
| Marital status | | | | מצב משפחתי |
| Lives with me | no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן | no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן | no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן | גר איתי |
| School | | | | מוסד לימודים |
| Duration of army service or Sherut Leumi | from _____ מ- _____ to _____ עד | from _____ מ- _____ to _____ עד | from _____ מ- _____ to _____ עד | תקופת שרות בצה"ל או בשרות לאומי |

E. Place of payment

Please pay the pension to the account

ה. מקום תשלום

אני מבקש/ת שהקצבה תשולם לי בחשבון :

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| account number מספר חשבון | branch number מספר הסניף | name and address of branch שם הסניף וכתובתו | name of bank שם הבנק |
| | | | |
| The account is held in my name alone | | <input type="checkbox"/> | החשבון מתנהל על שמי בלבד |
| | | <input type="checkbox"/> | החשבון מתנהל על שמי ועל שם _____ , סוג הקרבה _____ (בן / בת, אח, וכו') |
| <input type="checkbox"/> the account is held in my name and in the name of _____ | | | , kind of relation _____ (son / daughter, brother etc) |
| Bank account member's declaration We hereby undertake to inform the National Insurance Institute (NII) of any change concerning partners in the bank account and/or bearers of power of attorney in this account. We will indicate any such changes on the relevant form to be signed by the persons concerned. We hereby consent that, upon occasion, the bank may forward to the NII, on request, particulars of said persons (partners or bearers of power of attorney) whether during of entitlement or after it. We hereby consent that the bank return to the NII, upon demand, any sum entered mistakenly or unlawfully into the account by the NII, and that the bank provide the NII with the particulars of the persons who withdraw such sum from the account. We, the partners of the account, undertake to use the pension money deposited in the account, on the behalf of the pension recipient only. | | הצהרות השותפים לחשבון אנו מתחייבים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון החשבון. אנו מסכימים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופיי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה. אנו מסכימים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך החשבון, אם המוסד יפקיד לחשבון כל תשלום בטעות, או שלא כדין, וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור. אנו השותפים לחשבון, מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון, עבור מקבל הגמלה. | |
| Signature of account bearers חתימת / חתימות השותף/פים | Signature of pension recipient חתימת מקבל הגמלה | Date תאריך | |
| | | | |

עמוד 3 מתוך 4

F. Particulars of employment of deceased in Israel and abroad (outside of Israel)

1. פרטים על עבודה ועל תעסוקות של המנוח/ה בישראל ובחו"ל

| period | | <p>נא לציין: לגבי שכיר - שם המעביד וכתובתו; לגבי עצמאי - שם העסק וכתובתו; לגבי אחרים - מקורות מחייה</p> <p>Please specify - for employee: name and address of employer; for self-employed; name and address of business; others: source of income</p> | <p>התעסקות: ציין - "עובד שכיר", "עצמאי", מחוסר עבודה" וכו'.</p> <p>Occupation: specify - "employee", "self -employed", "unemployed" etc.</p> | תקופה | |
|--------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| from | to | | | עד | החל ב- |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

G. Other particulars concerning deceased

2. פרטים אחרים על המנוח/ה

| The deceased | No | לא | Yes | כן | המנוח/ה |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|----------------------------------|
| Received a pension from the Israeli National Insurance Institute | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | קיבל/ה קצבה מביטוח לאומי |
| Received an allowance from the Ministry of Defense | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | קיבל/ה תגמולים ממשרד הביטחון |
| At the time of his / her decease served in the army or the police | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | בעת הפטירה שירת/ה בצבא או במשטרה |

H. Particulars concerning widower's income

3. פרטים על ההכנסות של האלמן

Please specify currency in each case (NIS, \$, Euro etc.)
If you have no income please specify "none"

נא לציין את סוג המטבע, כגון שקל חדש, דולר, אירו וכדומה.
אם אין הכנסה יש לרשום "אין"

| other income | <p>שכר דירה, דיווידנדים, ריבית, הכנסות מרכוש</p> <p>rentals, dividends, interest, income from property</p> | <p>פנסיה \ רנטה מחו"ל</p> <p>pension \ reparations from abroad</p> | <p>פנסיה בישראל</p> <p>pension from Israel</p> | עבודה | work | |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------|------|-------------------|
| Sum | | | | | | הסכום |
| Date (month and year) | | | | | | המועד (חודש ושנה) |

I. Further particulars on widow/er

ט. פרטים נוספים על האלמן/נה

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| I was the spouse or common-low spouse of the deceased | מ- _____ עד _____ | הייתי בן/בת הזוג של האלמן/נה |
| I lived separately from the deceased | מ- _____ עד _____ | חייתי בנפרד מהמנוח/ה |
| the pension of the deceased was withdrawn from the bank after his / her decease | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> על ידי _____ | קצבת המנוח/ה נגבתה לאחר הפטירה |
| I receive a pension from the National Insurance Institute | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | משתלמת לי קצבה מביטוח לאומי |
| I receive an allowance from the Ministry of Defense | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> kind of allowance _____ file number _____ | משתלם לי תגמול ממשרד הביטחון סוג התגמול _____ מס' תיק _____ |

J. Declaration

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה זו הם נכונים ומלאים. ידוע לי כי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת פרטים מהווה עבירה על החוק, וכי המוסד לביטוח לאומי רשאי לתבוע החזר כל סכום ששולם בטעות או שלא כדין. אם יחול שינוי בפרטים כגון בהכנסה, במצב משפחתי, בכתובת, אודיע על כך מיד למוסד לביטוח לאומי.

I hereby declare that particulars contained in my claim are accurate and complete. I am aware that withholding information or submission of false information constitutes an unlawful act, and that the National Insurance Institute may claim return of all sums paid by mistake or unlawfully.
If any change should occur regarding information given herein, such as details of income, family status or address, I shall inform immediately the National Insurance Institute of such change.

Signature חתימה

Date תאריך

Name of signatory שם החותם