



## Antrag auf Altersrente

### Versicherung in den Abkommensländern

Wenn Sie in einem der folgenden Länder sozialversichert waren – Argentinien, Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, England, Finnland, Frankreich, Italien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Rumänien, Russland, Tschechische Republik, Slowakei, Schweden, Schweiz und Uruguay – dann können Sie im Rahmen des Abkommens zwischen Israel und dem betreffenden Land einen Antrag auf eine Rente einreichen. Dazu lesen Sie bitte die nachfolgenden Anweisungen sorgfältig durch, füllen Sie das beiliegende Antragsformular aus und senden Sie es an die Abteilung Division of International Affairs.

### Damit Ihr Antrag bearbeitet werden kann, legen Sie bitte dem Antrag folgende Unterlagen bei

- ↳ Wenn Sie Angestellter sind, legen Sie bitte Ihren letzten Gehaltsnachweis bei; wenn Sie selbstständig sind, fügen Sie bitte eine Einkommenserklärung bei.
- ↳ Ein Angestellter, der seine Arbeit eingestellt oder reduziert hat, sollte eine entsprechende Erklärung seines Arbeitgebers beilegen.
- ↳ Nachweise Ihrer Arbeit in Israel (ausschliesslich Volontärsarbeit).
- ↳ Einkommensnachweise aus Miete (Mietvertrag) und Einkommensnachweise aus Zinsen oder Dividenden.
- ↳ [Eine Lebensbescheinigung](#), ausgestellt in dem Land Ihres ständigen Wohnsitzes, und eine Lebensbescheinigung für Ihre/n Ehepartner/in im Fall, dass Sie für Ihre/n Ehepartner/in einen Zuschuss beantragen.
- ↳ Ist der Unterzeichnete nicht selbst der Antragsteller, füllen Sie bitte auch Artikel 9 im Antragsformular aus und fügen Sie - falls vorhanden - eine Vollmacht, ein Vormundschaftsdokument oder eine gerichtliche Entscheidung bei.
- ↳ Prüfen Sie bitte vor der Einreichung des Antrages, ob Sie alle oben genannten Nachweise beigelegt haben.

### Wie der Antrag einzureichen ist

- ↳ Ihren Antrag mit den Nachweisen können Sie etwa sechs Monate vor Ihrem Rentenanspruchsalter an folgende Anschrift einreichen: National Insurance Institute, Division of International Affairs, 217 Jaffa str., Jerusalem 9199908, Israel; oder per Fax +972-2-6512683 oder über unsere Website ("Contact Us"). Die Unterlagen müssen nicht im Original sein. Dennoch ist das NII berechtigt, das Original eines Nachweises zu verlangen, wenn eine Kopie oder ein Fax undeutlich sind, oder aus einem anderen Grund, je nach Ermessen des zuständigen Sachbearbeiters.
- ↳ Für weitere Fragen rufen Sie bitte im Callcenter unter \*6050 an. Um das Callcenter von außerhalb Israels zu erreichen, wählen Sie bitte die Nummer +972-8-9369669.
- ↳ Für weitere Informationen besuchen Sie bitte die Website des NII unter: [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### Bitte unterschreiben Sie Ihren Antrag, bevor Sie ihn einreichen.

Nicht unterschriebene Formulare werden an den Absender zurückgeschickt.

Das vorliegende Formular bezieht sich sowohl auf Personen männlichen als auch weiblichen Geschlechts, es sei denn, es ist anders angegeben.



## תביעה לקצבת אזרח ותיק

### ביטוח במדינות האמנה

מי שהיה מבוטח בביטוח סוציאלי באחת מהמדינות הבאות: אוסטריה, אורוגוואי, איטליה, אנגליה, ארגנטינה, בולגריה, בלגיה, גרמניה, דנמרק, הולנד, נורבגיה, פולין, פינלנד, סלובקיה, צרפת, צ'כיה, רומניה, רוסיה, שוויץ, שוודיה, יכול להגיש תביעה על פי האמנות לביטחון סוציאלי, שעליהן חתמה מדינת ישראל. לשם כך יש לקרוא בעיון את ההנחיות בדף זה, למלא את טופס התביעה המצורף ולהעביר אותו לתחום קשרי חוץ לאמנות בינלאומיות.

### על מנת שנוכל לטפל בתביעתך, אנא צרף לבקשה זו

- ↵ אם אתה שכיר יש לצרף תלוש שכר אחרון, עצמאי יצרף הצהרה על הכנסותיו.
- ↵ שכיר שהפסיק או צמצם את היקף עבודתו, יצרף על כך אישור מעסיק.
- ↵ הוכחות על עבודה בישראל (לא כולל עבודה בהתנדבות)
- ↵ אישורים על הכנסה מהשכרת נכס (חוזה שכירות) ועל הכנסות מריבית או דיווידנד (אם יש).
- ↵ אישור חיים שהונפק במדינה, בה אתה שוהה באופן קבוע. במקרה ואתה מבקש תוספת עבור בן/בת הזוג, יש גם להמציא אישור חיים עבור בן/בת הזוג.
- ↵ אם החותם על התביעה אינו התובע עצמו, יש למלא גם את סעיף 9 בטופס התביעה ולצרף ייפוי כוח, צו אפוטרופוס או פסק דין (אם ישנו).
- ↵ לפני הגשת התביעה – בדוק האם יש מסמכים נוספים (לא להרשומים לעיל) שעליך לצרף, לפי ההנחיות בגוף הבקשה.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ↵ ניתן להגיש את התביעה ואת הנספחים 6 חודשים לפני הגעתך לגיל המזכה לפי הכתובת: רח' יפו 217, ירושלים 9199908, בפקס שמספרו 972-2-6512683 או [באמצעות האתר](#) ("פנו אלינו"). אין חובה להגיש מסמכים מקוריים. עם זאת, המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינו ברור, או מכל סיבה אחרת, לפי שיקול דעתו של פקיד התביעות.
- ↵ לשאלות ולבירורים יש לפנות למוקד הטלפוני שמספרו \*6050. מספר המוקד הטלפוני למתקשרים מחוץ לישראל הוא 972-8-9369669.
- ↵ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי . [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

### יש להגיש את טופס התביעה חתום - טופס שיוגש לא חתום יוחזר לתובע

טופס זה פונה לנשים ולגברים כאחד, למעט אם נאמר אחרת במפורש



תביעה לקצבת אזרח ותיק  
Antrag auf Altersrente

1

Angaben des Antragstellers

פרטי התובע

מספר זהות ישראלית Israelische Identitätsnummer	שם פרטי (עברית) Vorname (hebräisch)	שם משפחה (עברית) Nachname (hebräisch)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
מספר ביטוח סוציאלי במדינת האמנה Sozialversicherungsnummer im Abkommensland	שם פרטי (גרמנית) Vorname (deutsch)	שם משפחה (גרמנית) Nachname (deutsch)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
תאריך יציאה מהארץ Ausreisedatum aus Israel	מין / Geschlecht	תאריך לידה / Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ז / M <input type="checkbox"/> נ / W	<input type="text"/>
יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr

נא מלא (רווק/ה, נשוי/אה, אלמן/ה, גרוש/ה, פרוד/ה, ידוע/ה בציבור, עגונה)

Bitte ausfüllen (ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden, getrennt, eheähnliche Gemeinschaft, verlassene Ehefrau)

מתאריך ab Datum	מצב משפחתי רביעי / vierter Familienstand	מתאריך ab Datum	מצב משפחתי שלישי dritter Familienstand	מתאריך ab Datum	מצב משפחתי שני / zweiter Familienstand	מצב משפחתי ראשון / erster Familienstand
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
						רווק/ה / ledig

Aktuelle Adresse

כתובת נוכחית

כניסה Eingang	דירה Wohnung	מס' בית Hausnummer	רחוב / תא דואר Strasse / Postfach
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
מדינה Land		מיקוד Postleitzahl	יישוב Ort
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail Adresse כתובת דואר אלקטרוני @		טלפון נייד ללא קוד המדינה Mobiltelefonnummer ohne Landesvorwahl	טלפון קווי ללא קוד המדינה Festnetztelefonnummer ohne Landesvorwahl
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל

Ich lehne den Empfang von Mitteilungen von persönlichen Daten über digitale Kanäle (Textmitteilungen, SMS, email) ab, anstelle von regulärer Post.

**פרטי הילדים עד גיל 24 – עליך למלא סעיף זה על מנת שנוכל לבחון זכאותך לתוספת גמלה בעבור ילדיך**  
**Um Ihren Anspruch auf einen Zuschuss für Ihre Kinder bis zu 24 Jahren prüfen zu können, füllen Sie bitte diesen Abschnitt aus**

אם כן, עם מי מתגוררים הילדים? Wenn ja, bei wem leben die Kinder?	אם יש לך ילדים עד גיל 24? Haben Sie Kinder im Alter bis 24 Jahre?
nur mit mir <input type="checkbox"/> איתי בלבד mit mir und meiner/m Partner/in <input type="checkbox"/> איתי ועם בן / בת זוגי עם בן / בת הזוג בנפרד / גרושה/ בלבד <input type="checkbox"/> nur mit meiner/m geschiedenen/m Ehepartner/in, getrennt lebenden Partner/in	Ja <input type="checkbox"/> כן Nein <input type="checkbox"/> לא

נא מלא בטבלה הבאה את פרטי הילדים שעדיין לא מלאו להם 18 שנה.  
 ילדים שמלאו להם 18 שנה יש למלא את פרטיהם רק במקרים הבאים\*:  
**1. אם גילו של הילד אינו עולה על 20 והוא אחד מאלה:**  
 תלמיד במוסד חינוכי על יסודי (תיכון / ישיבה תיכונית) / תלמיד במסגרת הזדמנות שנייה – השלמת בגרויות  
 תלמיד בעל לקות למידה הלומד בפרויקט היל"ה / ת.ג.ת  
 לומד באחת המסגרות שוחר/קד"ץ/טר"ץ/מכינה קדם צבאית או לומד בכל מסגרת שהוכרה ע"י המוסד לביטוח לאומי.  
**2. אם טרם הגיע לגיל 24 והוא משתתף באחד מהמסגרות הבאות:**  
 חייל/ת בשירות סדיר / ישיבת הסדר / עתודה / שירות לאומי / שירות בהתנדבות (עד גיל 21).  
**חשוב לדעת: האפשרות לתוספת קצבה עבור ילד גם נבחנת אם אין לילד מספר זהות ישראלי**  
**\*יש לצרף אישורים מתאימים**

Bitte tragen Sie die Angaben von Kindern unter 18 Jahren in die nachstehende Tabelle ein.

Für Kinder, die älter als 18 Jahre sind, tragen Sie die Angaben nur in den folgenden Fällen ein\*:

**1. Wenn das Kind nicht über 20 Jahre alt ist und eine der folgenden Bedingungen erfüllt:**

Schüler an einer Erziehungseinrichtung der Oberstufe (Gymnasium / Gymnasium in Verbindung mit einer Talmudhochschule); Schüler im Rahmen einer Ausbildung in Israel als "zweite Chance" – Vervollständigung des Abiturs; Schüler mit einer Lernbehinderung im Rahmen des Lernprojekts "Hila" oder "Tagat" in Israel; Schüler/Auszubildender im Rahmen eines Probekurses / Vorbereitungskurs im Vorfeld des Militärdienstes oder in einem jeglichen anderen Rahmen, der vom NII anerkannt wird.

**2. Wenn das Kind noch nicht 24 Jahre ist und eine der folgenden Bedingungen in Israel erfüllt:**

Soldat im Pflichtdienst / Student in einer Hesder-Talmudhochschule, Studium während des Militärdienstes (Atuda) / Zivildienst / Freiwilligendienst (bis zum Alter von 21 Jahren).

**Wichtig: Der Anspruch auf Kinderzuschuss wird auch dann geprüft, wenn das Kind keine israelische ID Nummer hat.**

\* Bitte fügen Sie die entsprechenden Bescheinigungen bei.

Geburtsdatum / תאריך לידה	Name des Kindes / שם הילד		מספר זהות / דרכון Israeliische ID Nummer / Passnummer																									
	שם משפחה Nachname	שם פרטי Vorname																										
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td> </tr> <tr> <td>Jahr</td><td>Monat</td><td>Tag</td><td>Jahr</td><td>Monat</td><td>Tag</td><td>Jahr</td><td>Monat</td> </tr> </table>									שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	Jahr	Monat	Tag	Jahr	Monat	Tag	Jahr	Monat				1
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש																					
Jahr	Monat	Tag	Jahr	Monat	Tag	Jahr	Monat																					
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td> </tr> <tr> <td>Jahr</td><td>Monat</td><td>Tag</td><td>Jahr</td><td>Monat</td><td>Tag</td><td>Jahr</td><td>Monat</td> </tr> </table>									שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	Jahr	Monat	Tag	Jahr	Monat	Tag	Jahr	Monat				2
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש																					
Jahr	Monat	Tag	Jahr	Monat	Tag	Jahr	Monat																					

Einkommenserklärung des Antragstellers

הצהרת הכנסות של התובע

נא למלא את הטבלה על כל פרטיה ולציין את סוג המטבע. אם אין לך הכנסה, נא לרשום "אין". יש למלא את כל ההכנסות שהיו לך בין גיל הפרישה לבין גיל הזכויות לקצבה ([מחשבון לחישוב תקופה זו נמצא באתר שלנו](#)).

Bitte füllen Sie die Tabelle komplett aus und geben Sie die Währung an. Wenn Sie über kein Einkommen verfügen, geben Sie „kein“ an. Geben Sie alle Ihre Einkommen für den Zeitraum vom Anspruchsalter für vorgezogene Altersrente bis zum Anspruchsalter für Regelaltersrente an. ([Ein Rechner auf hebräisch](#), um Ihr Anspruchsalter zu berechnen, befindet sich auf unserer Website).

Meine Einkommen (lokale Währung)			הכנסותיי (במטבע מקומי)	Zeitraum	תקופה
מדמי שכירות, דיווידנד או ריבית	מפנסיה, גמלה או רנטה	מעבודה			
Aus Mieten, Dividenden oder Zinsen	Aus Pension, Rente oder sonstige Leistungen	Aus Erwerbstätigkeit / Arbeit		von _____ מ	עד _____
				Jahr _____ שנה	
				Jahr _____ שנה	
				Jahr _____ שנה	
				Jahr _____ שנה	
				von _____ מ	עד _____

Ich arbeite weiterhin  אני ממשיך לעבוד  
 Ich arbeite nicht mehr  אני לא ממשיך לעבוד  
 Datum der Arbeitsbeendigung תאריך הפסקת עבודתי האחרונה

יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	חודש
Tag	Monat	Jahr	יום	חודש	שנה	יום	חודש

חשוב לצרף אישור על הפסקת עבודתך מהמעסיק האחרון (אם רלוונטי) נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (כגון: שומות מס, תלושי שכר, פנסיה, חוזה שכירות וכד') עליך למלא סעיף זה לפי ההוראות הנ"ל כדי שתביעתך תטופל בהקדם.

Es ist wichtig, eine Bescheinigung Ihres letzten Arbeitgebers über Ihre Arbeitsbeendigung beizulegen. Bitte legen Sie Bescheinigungen über Ihre Einkommen bei (z.B. Einkommenssteuerbescheid, Gehaltsnachweis, Mietvertrag). Füllen Sie diesen Abschnitt gemäss den oben genannten Anweisungen aus, damit wir Ihren Antrag so bald wie möglich bearbeiten können.

Angaben zu Aufenthaltszeiten in Israel und im Ausland

פרטים על שהות בארץ ובחו"ל

יש לציין רק תקופות העולות על 12 חודשים מגיל 18 או מיום העלייה  
 Bitte nennen Sie nur Zeiträume, die länger als 12 Monate sind, ab dem Alter von 18 Jahren oder ab den Tag der Einwanderung

מטרת השהות Grund des Aufenthaltes	שם מדינה Name des Landes	עד תאריך bis (Datum)	מתאריך von (Datum)
		<p>יום Tag      חודש Monat      שנה Jahr</p>	<p>1</p> <p>יום Tag      חודש Monat      שנה Jahr</p>
		<p>יום Tag      חודש Monat      שנה Jahr</p>	<p>2</p> <p>יום Tag      חודש Monat      שנה Jahr</p>
		<p>יום Tag      חודש Monat      שנה Jahr</p>	<p>3</p> <p>יום Tag      חודש Monat      שנה Jahr</p>
		<p>יום Tag      חודש Monat      שנה Jahr</p>	<p>4</p> <p>יום Tag      חודש Monat      שנה Jahr</p>

חשוב לדעת: האפשרות לתוספת קצבה עבור בן/בת זוג נבחנת גם אם אין לבן/בת הזוג מספר זהות ישראלי. במקרה זה, יש למלא גם **שאלון לרישום נפש** (בל 1050) לצרף אותו לטופס זה.

Wichtig: Die Berechtigung für einen Zulage für den/die Ehepartner/in wird auch dann geprüft, wenn der/die Ehepartner/in keine israelische ID Nummer hat. In diesem Fall füllen Sie bitte den **Fragebogen für die Registrierung einer Person** aus und fügen diesen dem vorliegenden Formular bei.

5

פרטי בן/בת הזוג (לרבות ידועה/בציבור)

Angaben zum Partner / zur Partnerin (einschließlich in einer eheähnlichen Beziehung)

מספר זהות ישראלי Israelische Identitätsnummer	שם פרטי (עברית) Vorname (hebräisch)	שם משפחה (עברית) Nachname (hebräisch)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
מספר ביטוח סוציאלי במדינת האמנה Sozialversicherungsnummer im Abkommensland	שם פרטי (גרמנית) Vorname (deutsch)	שם משפחה (גרמנית) Nachname (deutsch)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
תאריך יציאה מהארץ Ausreisedatum aus Israel	Geschlecht / מין	תאריך לידה / Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ז M / <input type="checkbox"/> נ W	<input type="text"/>
יום Tag / חודש Monat / שנה Jahr		

נא מלא (רווקה, נשוי/אה, אלמנה, גרושה, פרודה, ידועה בציבור, עגונה)

Bitte ausfüllen (ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden, getrennt, eheähnliche Gemeinschaft, verlassene Ehefrau)

מצב משפחתי ראשון / erster Familienstand	מצב משפחתי שני zweiter Familienstand	מצב משפחתי שלישי dritter Familienstand	מצב משפחתי רביעי vierter Familienstand
מתאריך ab Datum	מתאריך ab Datum	מתאריך ab Datum	מתאריך ab Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
רווקה / ledig			

Aktuelle Adresse

כתובת

רחוב / תא דואר	Strasse / Postfach	מס' בית Hausnummer	דירה Wohnung	Eingang כניסה
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
יישוב Ort	מיקוד Postleitzahl	מדינה Land		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

טלפון נייד ללא קוד המדינה Mobiltelefonnummer ohne Landesvorwahl	טלפון קווי ללא קוד המדינה Festnetztelefonnummer ohne Landesvorwahl
<input type="text"/>	<input type="text"/>
כתובת דואר אלקטרוני @ E-mail Adresse	
נא למלא כתובת דוא"ל שונה מזו של התובע (bitte eine andere E-Mail-Adresse als des Antragstellers)	
<input type="text"/>	

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל

Ich lehne den Empfang von Mitteilungen von persönlichen Daten über digitale Kanäle (Textmitteilungen, SMS, email) ab, anstelle von regulärer Post.

**Einkommenserklärung des Partners / der Partnerin**

**הצהרת הכנסות של בן/בת הזוג**

למלא את הטבלה על כל פרטיה ולציין את סוג המטבע. אם אין לך הכנסה, נא לרשום "אין".  
 Bitte füllen Sie die Tabelle komplett aus und geben Sie die Währung an. Wenn der Partner über kein Einkommen verfügt, geben Sie „kein“ an.

הכנסות בן/בת זוגי (במטבע מקומי) Einkommen des Partners / der Partnerin (in lokaler Währung)			Zeitraum	תקופה
מדמי שכירות, דיווידנד או ריבית Aus Mieten, Dividenden oder Zinsen	מפנסיה, גמלה או רנטה Aus Pension, Rente oder sonstige Leistungen	מעבודה Aus Erwerbstätigkeit / Arbeit		
			von _____ מ	עד _____ עד
			Jahr _____ שנה	
			Jahr _____ שנה	
			Jahr _____ שנה	
			Jahr _____ שנה	
			von _____ מ	bis _____ עד

Mein Partner arbeitet weiter  **בן זוגי ממשיך לעבוד**

Mein Partner arbeitet nicht mehr  **בן זוגי לא ממשיך לעבוד**

Datum der Arbeitsbeendigung meines Partners  **תאריך הפסקת עבודה האחרונה של בן זוגי**

יום	חודש	שנה							
Tag	Monat	Jahr							

חשוב לצרף אישור על הפסקת העבודה מהמעסיק האחרון (אם רלוונטי)  
 נא לצרף אישורים המעידים על ההכנסות (כגון: שומות מס, תלושי שכר, פנסיה, חוזה שכירות וכד')  
 עליך למלא סעיף זה לפי ההוראות הנ"ל כדי שתביעתך תטופל בהקדם.

Es ist wichtig, eine Bescheinigung des letzten Arbeitgebers über die Arbeitsbeendigung Ihres Partners beizulegen. Bitte legen Sie Bescheinigungen über das Einkommen Ihres Partners bei (z.B. Einkommenssteuerbescheid, Gehaltsnachweis, Mietvertrag). Füllen Sie diesen Abschnitt gemäss den oben genannten Anweisungen aus, damit wir Ihren Antrag so bald wie möglich bearbeiten können.



Angaben zum Bankkonto

אם ברצונך שהקצבה תשולם לך בחו"ל (לא בישראל), נא להמציא אישור רשמי של הבנק שלך ובו הפרטים הבאים: שם הבנק וכתובתו, שם בעל/י החשבון ומספר זה"ב (IBAN) / קוד ה-BIC / קוד ה-SWIFT.

Wenn Sie die Zahlung Ihrer Rente ausserhalb von Israel erhalten möchten, fügen Sie ein offizielles Schreiben Ihrer Bank bei mit folgenden Angaben: Name und Anschrift Ihrer Bank, Ihren Namen als Kontoinhaber, sowie IBAN und BIC Code / SWIFT Code.

אני מבקש שהקצבה שלי תשולם לחשבון הבא:

Ich bitte, dass meine Rente auf das nachstehend aufgeführte Konto eingezahlt wird:

סוג קרבה לתובע Beziehung zum Antragsteller		שם השותף בחשבון Name des Mitkontoinhabers	שם בעל החשבון Name des Kontoinhabers
מספר חשבון Bankkontonummer	מס' סניף Zweigstellennummer	שם הסניף וכתובתו Name und Adresse der Zweigstelle	שם הבנק Name der Bank
			מספר / IBAN
			מספר BIC / Swift Code Nr.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני/ו מסכים/ים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/ו עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

Ich stimme zu, dass die oben genannte Bank Zahlungen auf mein Konto auf Verlangen des NII zurückzahlen wird in Fällen, in denen Zahlungen zur Gänze oder zum Teil irrtümlich oder nicht in Übereinstimmung mit dem Gesetz geleistet wurden, und dass die Bank dem NII die Angaben des Abhebenden mitteilen wird.

Ich / wir stimmen zu, dass das NII mit der oben genannten Bank Kontakt unter Zuhilfenahme von computerisierter Kommunikation aufnehmen wird, um meine Eigentümerschaft des von mir oben angegebenen Bankkontos zu überprüfen, und dass die oben genannte Bank und / oder in ihrem Auftrag handelnde Personen dem NII die Informationen zur Verfügung stellen wird, derer es bedarf, um die von mir oben gemachten Angaben zu dem Bankkonto zu überprüfen. **Ausserdem ist mir bekannt, dass das NII weitere Unterlagen und Bescheinigungen anfordern kann, um die von mir oben genannten Angaben zu dem Bankkonto zu prüfen, und dass ich verpflichtet bin, diese auf Anfrage vorzulegen.**

Erklärung

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.  
 ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או  
 ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי  
 או מאסר.

**ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי  
 לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.  
 כמו כן אני מתחייב להודיע על כל יציאה למדינה שלישית לתקופה העולה על שלושה חודשים.**

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע ✕ \_\_\_\_\_

Ich, der Unterzeichnete, erkläre hiermit, dass alle Angaben, die ich im Antrag und den Anlagen gemacht habe, richtig und vollständig sind.

Es ist mir bekannt, dass die Angabe falscher Daten oder die Nichtmitteilung von Daten eine Gesetzesübertretung darstellt, und dass eine Person, die auf betrügerische Weise oder wissentlich die Zahlung einer Rente oder deren Erhöhung verursacht, mit einer Geldbusse oder Haft bestraft wird.

**Es ist mir bekannt, dass eine jegliche Änderung meiner im vorliegenden Antrag oder in seinen Anhängen gemachten Angaben, meinen Anspruch zum Erhalt einer Leistung oder die Entstehung von Schulden beeinflusst, und daher verpflichte ich mich zur Mitteilung einer jeglichen Änderung innerhalb von 30 Tagen.**

**Ausserdem verpflichte ich mich, eine Ausreise in ein Drittland für einen Zeitraum von mehr als drei Monate mitzuteilen.**

Es ist mir bekannt, dass im Fall einer Abweichung zwischen dem originalen hebräischen Text im vorliegenden Formular und der deutschen Übersetzung, die hebräische Version den Vorrang hat.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragstellers ✕ \_\_\_\_\_

Angaben des Unterzeichneten, der nicht Antragsteller ist

פרטי החותם על התביעה שאינו התובע

מספר זהות ישראלית Israelische ID Nummer		שם פרטי (עברית) Vorname (hebräisch)		שם משפחה (עברית) Nachname (hebräisch)																					
<div style="text-align: right;">ס"ב</div> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																									
מספר ביטוח סוציאלי במדינת האמנה Sozialversicherungsnummer im Abkommensland		שם פרטי (גרמנית) Vorname (deutsch)		שם משפחה (גרמנית) Nachname (deutsch)																					
כניסה Eingang	דירה Wohnung	מס' בית Hausnummer	Strasse/Postfach		רחוב / תא דואר																				
מדינה Land		מיקוד Postleitzahl		יישוב Ort																					
כתובת דואר אלקטרוני @ E-Mail-Adresse		טלפון נייד ללא קוד המדינה Mobiltelefonnummer ohne Landesvorwahl		טלפון קווי ללא קוד המדינה Festnetztelefonnummer ohne Landesvorwahl																					
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>											

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים דיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל

Ich lehne den Empfang von Mitteilungen von persönlichen Daten über digitale Kanäle (Textmitteilungen, SMS, email) ab, anstelle von regulärer Post.

	* יחסי קרבה * _____ ** הסיבה שבגינה הגיש תביעה ** _____  ☞ * אם את/ה אפוטרופוס – יש לצרף צו מבית משפט ** אם אינך אפוטרופוס עלייך להמציא אישור רפואי על מצבו של התובע  * Beziehung zum Antragsteller * _____ ** Grund der Vorlage des Antrags ** _____  ☞* Wenn Sie ein gesetzlicher Vormund sind – fügen Sie bitte den gerichtlichen Bescheid bei ** Wenn Sie kein Vormund sind, fügen Sie bitte ein ärztliches Attest über den Zustand des Antragstellers bei
--	--