

Danish CPR Number	_____	מספר CPR הדני
Israeli Identity Number	_____	מספר ת.ז. ישראלי

אמנה בדבר בטחון סוציאלי בין מדינת ישראל לבין ממלכת דנמרק

Convention on Social Security  
Between the State of Israel and the Kingdom of Denmark

טופס תביעה לקצבת זקנה

INVESTIGATION OF A CLAIM FOR OLD-AGE PENSION

Articles 21-29 of the Convention

סעיפים 21-29 לאמנה

Article 14-16 of the Administrative Agreement

סעיפים 14-16 להסכם המנהלי

1. Institution concerned

המוסד המוסמך

1.1 Name	_____	שם המוסד
1.2 Address <sup>1)</sup>	_____	כתובת

PART A INFORMATION  
CONCERNING THE CLAIMANT

חלק א פרטים לגבי התובע

2.1 Name	_____	שם משפחה
Forenames	_____	שם פרטי
Name at birth	_____	שם בעת הלידה
Former names	_____	שמות קודמים
2.2 Place of birth	_____	מקום הלידה
Date of birth	_____	תאריך לידה
Sex	<input type="radio"/> F/נקבה <input type="radio"/> M/זכר	מין
2.3 Date of immigration into Israel (day, month, year)	_____	תאריך ההגירה לישראל
2.4 Date of leaving Israel (day, month, year)	_____	תאריך יציאה מישראל
2.5 Nationality	_____	לאום
2.6 Civil status on the date of application <sup>2)</sup>	_____	מצב משפחתי בעת הגשת הבקשה (2)
רווק/ה	<input type="radio"/>	single
נשוי/אה	<input type="radio"/>	married
אלמן/נה	<input type="radio"/>	widow/er
גרוש/ה	<input type="radio"/>	divorced
פרוד/ה	<input type="radio"/>	separated

2.7	Address <sup>1)</sup>	_____	כתובת
2.8	Last address in Denmark	_____	כתובת אחרונה בדנמרק (1)
2.9	Last employer in Israel (name and address)	_____	מעסיק אחרון בישראל (שם וכתובת) (1)
2.10	Last address in Israel <sup>1)</sup>	_____	כתובת אחרונה בישראל (1)

## Particulars of the claimant's work

## פרטים על עבודת התובע

2.11	<input type="radio"/> employee	_____	שכיר
	<input type="radio"/> self-employed	_____	עצמאי
	<input type="radio"/> no occupational activity	_____	אינו מועסק
2.12	Most recent occupation	שכיר <input type="radio"/> employee self-employed <input type="radio"/> עצמאי	התעסוקה האחרונה היתה כ -
	The claimant continues to work <u>when yes</u>		התובע ממשיך לעבוד <u>אם כן</u>
	Weekly working hours		שעות העבודה השבועיות
	Gross monthly income from work	_____	הכנסה חודשית מוערכת (מעבודה 4)
	<u>when no</u>		<u>אם לא</u>
	Date of retirement/ cessation of occupational activity	_____	תאריך פרישה/ הפסקת הפעילות התעסוקתית
2.13	Gross monthly income of both spouses <sup>4)</sup>	_____	הכנסה חודשית מוערכת של שני בני הזוג

3.1	The insured person applied for and/or receives the following benefits		המבוטח הגיש בקשה כדי לקבל ו/או מקבל את התשלומים הבאים
3.2	Continued wage or salary payments in case of illness	applied for <input type="radio"/> הגיש בקשה receives <input type="radio"/> מקבל	המשך תשלומי משכורת במקרה של מחלה
3.3	Sickness insurance cash benefits for incapacity for work	applied for <input type="radio"/> הגיש בקשה receives <input type="radio"/> מקבל	ביטוח הבטחת הכנסה במקרה של מחלה
3.4	Rehabilitation allowances	applied for <input type="radio"/> הגיש בקשה receives <input type="radio"/> מקבל	תשלומי שיקום
3.5	Anticipatory pension/invalidity pension	applied for <input type="radio"/> הגיש בקשה receives <input type="radio"/> מקבל	פנסיה מוקדמת/קצבת נכות
3.6	Old-age pension	applied for <input type="radio"/> הגיש בקשה receives <input type="radio"/> מקבל	קצבת זקנה
3.7	Survivor's pension	applied for <input type="radio"/> הגיש בקשה receives <input type="radio"/> מקבל	קצבת שארים
3.8	Compensation for accident at work or occupational disease	applied for <input type="radio"/> הגיש בקשה receives <input type="radio"/> מקבל	פצוי עקב תאונת עבודה או מחלה תעסוקתית
3.9	Unemployment benefits	applied for <input type="radio"/> הגיש בקשה receives <input type="radio"/> מקבל	דמי אבטלה

3.10	Institutions responsible for paying the benefits indicated in 3.2-3.9 (name and address):	_____	המוסדות האחראים לתשלום התשלומים המנויים בסעיפים 3.2-3.9 לעיל (שם וכתובת):
	_____		3.
	_____		3.
	_____		3.
	_____		3.
	_____		3.

**PART B INFORMATION CONCERNING THE SPOUSE חלק ב מידע הנוגע לבן הזוג**

4.1	Name	_____	שם משפחה
	Forenames	_____	שם פרטי
	Maiden name	_____	שם בעת הלידה
	Former names	_____	שמות קודמים
4.2	Place of birth	_____	מקום הלידה
	Date of birth	_____	תאריך לידה
	Sex	<input type="radio"/> M/ז <input type="radio"/> F/נ	מין (2)
4.3	Date of immigration into Israel (day, month, year)	_____	תאריך ההגירה לישראל
4.4	Date of leaving Israel (day, month, year)	_____	תאריך יציאה מישראל
4.5	Nationality	_____	לאום
4.6	Date of marriage	_____	תאריך נישואין

4.7	Address 1)7)	_____	כתובת
4.8	Last address in Denmark	_____	כתובת אחרונה בדנמרק
4.9	Competent Danish institution	_____	המוסד הדני המוסמך
4.10	Correspondence number in this institution	_____	מספר התיק באותו מוסד
4.11	Competent Israeli institution	_____	המוסד הישראלי המוסמך
4.12	Israeli identity number	_____	מספר תעודת הזהות הישראלית

## Particulars of the SPOUSE's work

## נתונים על עבודת בן הזוג

4.13	Does the spouse work	<input type="radio"/> כן/yes	<input type="radio"/> לא/no	האם בן הזוג עובד
	Does the spouse continue to work	<input type="radio"/> כן/yes	<input type="radio"/> לא/no	האם בן הזוג ממשיך לעבוד
	Occupation	_____		עיסוק
	Gross monthly income from work	_____		הכנסה חודשית מוערכת מעבודה
	Place of work	_____		מקום עבודה

4.14	The spouse <sup>2)</sup>			בן הזוג
	<input type="radio"/> deceased	<input type="radio"/> כן/yes		<input type="radio"/> נפטר
		Date _____	תאריך	
	<input type="radio"/> is divorced from the claimant	<input type="radio"/> כן/yes		<input type="radio"/> גרוש מהתובע
		Date _____	תאריך	
	<input type="radio"/> لا/no			
4.15	The spouse <sup>2)</sup>			בן הזוג
	Is working as an employee	<input type="radio"/>		עובד כשכיר
	Is a self-employed person	<input type="radio"/>		עובד כעצמאי
	Is not working	<input type="radio"/>		אינו עובד
4.16	The spouse <sup>2)</sup>			בן הזוג
	Is entitled to a pension or allowance	<input type="radio"/> כן/yes	<input type="radio"/> לא/no	זכאי לפנסיה או קצבה
	Was entitled to a pension or allowance on the date of his/her death	<input type="radio"/> כן/yes	<input type="radio"/> לא/no	היה זכאי לפנסיה או קצבה ביום מותו
4.17	If YES – please complete the following table			אם כן – נא למלא את הטבלה הבאה

המוסד האחראי/שהיה אחראי לתשלום הקצבה או הפנסיה לבן הזוג		
Institutions responsible for payment to the spouse		
Name שם	Name שם	Name שם
Address 1) כתובת 1)	Address 1) כתובת 1)	Address 1) כתובת 1)

4.18	Type of pension				סוג הפנסיה
4.19	Pension number				מספר הפנסיה
4.20	Commencing date				תאריך התחלה
4.21	Date of termination				תאריך סיום
4.22	Amount as fixed				הסכום שנקבע
	Per week				לשבוע
	Per month				לחודש
	Per quarter				לרבעון
	Per year				לשנה

4.23 The information under 4.15-4.22

המידע בסעיפים 4.15 – 4.22

has been verified by us with the help of documentary evidence produced by the person concerned



אושר על-ידינו באמצעות מסמכים אשר סופקו על-ידי האדם הנדון

has not been verified by us



לא אושרו על-ידינו

5.1	<b>The surviving spouse</b>		<b>בן הזוג שנותר בחיים</b>
	was dependent of the deceased person	<input checked="" type="radio"/>	היה תלוי בבן הזוג הנפטר
	was not dependent of the deceased person	<input checked="" type="radio"/>	לא היה תלוי בבן הזוג הנפטר
5.2	Is incapacitated for work; (If so, please attach a medical report)	<input checked="" type="radio"/>	אינו מסוגל לעבוד (נא לצרף אישורים רפואיים)
	Permanently	<input checked="" type="radio"/>	באופן קבוע
	Temporarily, for more than 3 months	<input checked="" type="radio"/>	זמנית, לתקופה העולה על 3 חודשים
5.3	Date of marriage	_____	תאריך נישואין
5.4	lives separated from the deceased since	_____	חי בנפרד מהמנוח מיום
5.5	Date of divorce	_____	תאריך גירושין
5.6	Date of remarriage	_____	תאריך נישואין מחדש
5.7	Name of the new spouse	_____	שם בן הזוג החדש

**PART C INFORMATION CONCERNING  
THE CHILDREN**

**חלק ג פרטים על הילדים**

6.1	The children mentioned on page 9		הילדים המוזכרים בעמוד 9
	have lost both parents	<input checked="" type="radio"/>	איבדו את שני הוריהם
	Have not lost both parents	<input checked="" type="radio"/>	לא איבדו את שני הוריהם
6.2	If both parents are dead, please give the name and address of the children's guardian or the person appointed to receive the benefit		אם שני ההורים נפטרו, נא ציין את שם וכתובת האפוטרופוס על הילדים או שם וכתובת של האדם שמונה לקבל את הגמלה
	Surname	_____	שם משפחה
	Forenames	_____	שם פרטי
	Address <sup>1)</sup>	_____	כתובת

DIRECTIONS FOR ANSWERING THE  
QUESTIONS ON PAGE 9, BOX 7

The heavy typed letters a), b) and c) appear in the column of page 9. These letters have been introduced for briefness' sake and refer to the explanations given below. Please state the data indicated in the explanation behind the figure or in the box marked by a heavy typed letter.

Signification of a)

Place the corresponding letter on the relevant line: A=legitimate child; B=natural child; C=recognized natural child; D=adopted child; E=child of the other spouse maintained by the claimant; F=grandchild; G=other children

Signification of b)

Only if this address is different from the address mentioned under 2.5.

Signification of c)

If the child is in receipt of a pension, please state the name and address of the institution and correspondence number with that institution.

הוראות למענה על השאלות בעמוד 9, תיבה 7

האותיות א), ב), ג) מופיעות בטור שבעמוד 9. אותיות אלה הוכנסו לצורך הבהרה ומכוונות אל ההסברים לעיל. נא פרט את הנתונים שבהסבר מאחורי המספר או בתיבה המסומנת.

משמעות א)

כתוב את האות המתאימה על השורה המתאימה: A = ילד חוקי; B = ילד טבעי; C = ילד טבעי מוכר; D = ילד מאומץ; E = ילדו של בן הזוג המוחזק על ידי התובע; F = נכד; G = ילד אחר

משמעות ב)

רק אם כתובת זו שונה מהכתובת המצויינת בסעיף 2.5.

משמעות ג)

אם הילד מקבל קצבה, נא פרט את שם וכתובת המוסד ומספר הטלפון המתאים של אותו מוסד.





PART D  
**INFORMATION CONCERNING THE  
 INSURANCE CAREER**

חלק ד  
**מידע הנוגע לתקופות הביטוח**

9 Information about each working period or period of residence

מידע לגבי כל תקופת עבודה או תקופת מגורים

Period תקופה	Nature of employment or the period of unemployment	Name and address of the employer	Place and country of employment	Address at the time of the employment or the period of unemployment
from - to עד	סוג העבודה או תקופת אי העבודה	שם וכתובת המעסיק	מקום ומדינת העבודה	כתובת בזמן העבודה או תקופת אי עבודה
9.1				
9.2				
9.3				
9.4				
9.5				
9.6				
9.7				
9.8				

## PART E VARIOUS DATA

## חלק ה נתונים שונים

10.1	Date of application	_____	תאריך הבקשה
10.2	Commencing date of the pension	_____	תאריך תחילת הפנסיה

11.1	Name and address of the bank in Denmark at which I hold an account	_____	שם וכתובת הבנק בדנמרק בו אני בעל חשבון
11.2	Account number	_____	מספר החשבון
11.3	Name and address of the bank in Israel at which I hold an account	_____	שם וכתובת הבנק בישראל בו אני בעל חשבון
11.4	Account number	_____	מספר החשבון

12	<b>The institution to which the application was submitted</b>		<b>המוסד אליו הופנתה הבקשה</b>
	has granted an advance payment	<input type="radio"/>	העניק מקדמה
	has not granted an advance payment	<input type="radio"/>	לא העניק מקדמה
13	<b>According to article 37 to the Convention</b>		<b>לפי סעיף 37 לאמנה</b>
	there are grounds for making deductions to compensate	<input type="radio"/>	יש עילה לקיזוז מהסכום
	there are no grounds for making deductions to compensate	<input type="radio"/>	אין עילה לקיזוז מהסכום
14	Enclose please find form IL-DK 205	<input type="radio"/>	רצ"ב טופס IL-DK 205

15 **Institution to which the application was submitted** **המוסד אליו הופנתה הבקשה**

15.1	Name	_____	שם
15.2	Address	_____	כתובת
15.3	Stamp	_____	חותמת
15.4	Date	_____	תאריך
15.5	Signature of the claimant	_____	חתימת התובע
15.6	Signature of the representative of the institution	_____	חתימת עובד המוסד

**INSTRUCTIONS**

**הוראות**

The form consists of five parts. PART A includes information concerning the claimant, PART B includes information concerning the spouse (in case of an application for old-age pension for a married person), PART C includes information concerning the children, PART D includes information concerning the employee's career and PART E includes various data required for the investigation of the claim.

הטופס מורכב מחמישה חלקים. חלק א כולל מידע הנוגע לתובע, חלק ב כולל מידע הנוגע לבן הזוג (במקרה של פנייה לקבלת קצבת זיקנה עבור אדם נשוי), חלק ג כולל מידע הנוגע לילדים, חלק ד כולל מידע הנוגע לקריירת העובד וחלק ה מכיל נתונים שונים הדרושים לחקירת התביעה.

The investigating institution is the competent institution in the applicant's country of residence.

המוסד החוקר הוא המוסד המוסמך במדינת מושבו של הפונה.

The institution concerned is the competent institution of the bilateral contracting party where periods of insurance have been completed.

המוסד הנוגע בדבר הוא המוסד המוסמך של אחד הצדדים לאמנה בו הושלמו תקופות הביטוח.

This form has to be completed by the investigating institution, in block letters. This institution will send a copy to the institution of the other country (institution concerned).

טופס זה ימולא על ידי המוסד החוקר, באותיות דפוס. מוסד זה ישלח עותק למוסד במדינה האחרת (המוסד הנוגע בדבר).

Questions are to be answered and remarks are to be made in English.

יש לענות על השאלות ולציין את ההערות בשפה האנגלית

Footnotes	הערות
1) Street, number, post code, town, country	רחוב, מספר, מיקוד, עיר מדינה
2) Tick the appropriate box	סמן את המשבצת המתאימה.
3) Unmarried and judicially separated persons are considered to be single unless they are cohabiting. Cohabitation is understood as a relationship in which both partners contribute to the household they share, financially, by doing housework, or in any other ways. Furthermore, the relationship must be apt to lead to marriage, or to be legally registered in Denmark.	רווקים ופרודים משפטיים נחשבים ללא נשואים אלא אם כן הם ידועים בציבור. ידוע בציבור נחשבת מערכת יחסים בה שני הצדדים תורמים לאחזקת הבית אותו הם חולקים, כלכלית, על ידי עשיית עבודות הבית, או בכל דרך אחרת. כמו כן, מערכת היחסים צריכה להיראות כמובילה לנישואין או להיות רשומה באופן חוקי בדנמרק.
4) When claiming for a Danish pension a Statement of Income has to be completed	יש למלא הצהרת הכנסה כאשר תובעים קיצבה דנית.
5) Only box 4.1 and 4.2 are to be completed if claiming a Danish pension.	אם תובעים קיצבה דנית יש למלא רק את תיבות 4.1 ו- 4.2
6) Please state the number corresponding to the appropriate description: 1=old-age pension; 2=invalidity pension; 3=survivors' pension; 4=compensation for occupational accident or decease.	נא פרט את המספר המתאים לתיאור הבא : 1=קיצבת זיקנה ; 2=קיצבת נכות=3; קיצבת שאירים ; 4=פיצוי על תאונת או מחלת עבודה.
7) If the address is different from the claimant's address, please state also since what date and for what reason (in case of applications for old-age pension).	אם הכתובת שונה מכתובתו של התובע, נא ציין גם מאיזה תאריך ומאילו סיבה (במידה ופונים לקבלת קיצבת זיקנה)
8) PART C is not to be completed when claiming a Danish pension.	אין למלא את חלק ג בתביעה לקיצבה דנית.
9) If the number of children exceeds four, please add an extra page.	אם מספר הילדים עולה על ארבע, נא צרף דף נוסף.
10) Indicate the career outside Denmark and Israel, too.	נא פרט גם את הקריירה מחוץ לישראל ודנמרק.
11) Indicate the nature of the pursued activities (employee or self-employed, e.g. mechanic, salesman-lady) or in periods of inactivity (e.g. housewife, unemployed, ill, etc.).	ציין את טיבן של הפעילויות (שכיר או עצמאי, לדוגמא מכונאי, מוכר/ת) או בתקופות אי הפעילות (לדוגמא עקרת בית, מובטל, חולה וכד').
12) Only for claimants living in Israel. Only to be filled in if the claimant already has or wants to hold a Danish bank account. Communication of a Danish bank account number can be given to the competent Danish institution by means of a form DK-IL 221	רק התובעים הגרים בישראל. במידה והתובע אינו מחזיק עדיין בחשבון בנק, הוא חייב להדרש לפתוח חשבון כזה והעביר את מספרו מיידית למוסד הדני המוסמך.