



Sujet : Votre demande de pension de réversion de la France

Cher Monsieur, Chère Madame,

Afin que nous puissions traiter votre demande de pension de réversion de la France, veuillez nous envoyer en retour :

1. le formulaire après l'avoir rempli **en français** (Vous devez remplir uniquement **les deux premières pages** du formulaire)
2. une photocopie de votre carte d'identité israélienne
3. une photocopie d'un document où votre numéro de sécurité sociale (ou No d'immatriculation) est mentionné
4. une photocopie d'un document où le numéro de sécurité sociale du/de la défunt/e est mentionné
5. une photocopie de votre livret de famille (si vous en possédez un)
6. une photocopie de l'acte de décès

L'adresse à laquelle vous pouvez nous renvoyer tous les documents :
Bituah Leumi – Conventions Internationales
217, rue Jaffa
9199908 Jérusalem

Il est aussi possible d'envoyer les documents par [le site internet du Bituah Leumi](#). Vous pouvez changer la langue en cliquant sur l'icône de globe, situé en haut à gauche du formulaire.

Après vérification de tous les documents, votre dossier sera envoyé à l'institution en France, et ils prendront contact directement avec vous.

Sincères salutations,

Equipe du Service des Conventions Internationales



הנדון: בקשתך לקבל קצבת שאירים מצרפת

אדון נכבד, גברת נכבדה,

הנדון: הגשת תביעה לקצבת שאירים עפ"י האמנה עם צרפת

על מנת שנוכל לטפל בבקשתך לקצבת שאירים מצרפת, אנו מבקשים להעביר למשרדנו:

1. את טופס הבקשה, לאחר המילוי **בשפה הצרפתית (עליך למלא את שני העמודים הראשונים בלבד)**
2. צילום של תעודת הזהות הישראלית (הצד עם מספר הזהות)
3. צילום מסמך בו מופיע מספר הביטוח הסוציאלי שלך בצרפת (numéro de sécurité sociale)
4. צילום מסמך בו מופיע מספר הביטוח הסוציאלי של המנוח/ה בצרפת
5. צילום פנקס המשפחה (livret de famille) - אם יש ברשותך
6. צילום תעודת הפטירה

כתובת לשליחת המסמכים:
הביטוח הלאומי – קשרי חוץ
רחוב יפו 217
ירושלים 9199908

לנוחותך ניתן לשגר את המסמכים באמצעות [אתר הביטוח הלאומי](#). ניתן לשנות את השפה ע"י לחיצה על הגלובוס שמופיע בצד שמאל למעלה של הטופס.

לאחר בדיקת הנתונים ואישורם, תביעתך - עם המסמכים הנלווים - תישלח אל המוסד הצרפתי, אשר יצור עמך קשר ישיר.

בכבוד רב,

צוות קשרי חוץ לאמנות בינלאומיות

IMPORTANT : Le présent formulaire est adressé en double
exemplaire par "l'institution d'instruction" de la demande à
l'institution compétente de l'autre pays.

הערה חשובה: טופס זה יישלח בשני עותקים על-ידי המוסד
המדווח לעניין בקשה זאת אל המוסד המוסמך במדינה
השנייה.

A. – Renseignements concernant l'état civil :

א. פרטים על המעמד האישי:

• Du demandeur

• של המבקש

Nom : _____	שם משפחה: שם	Nom de jeune fille : _____	שם נעורים: _____
Prénoms : _____	שמות פרטיים: _____		
Date et Lieu de naissance : _____	תאריך ומקום לידה: _____		
Sexe : Masculin – Féminin ⁽¹⁾ _____	מין: זכר – נקבה ⁽¹⁾ _____		
Nationalité : _____	אזרחות: _____		
Adresse de l'assuré dans le pays de résidence : _____	כתובת המבוטח בארץ המגורים: _____		
No. de sécurité sociale (en France) : _____	מס' ביטוח סוציאלי בצרפת: _____		
No. de la carte d'identité (en Israël) _____	מספר תעודת הזהות בישראל: _____		
Situation de famille actuelle : _____	מצב משפחתי: _____		
célibataire, marié/e, veuf/ve, divorcé/e, remarié/e	רווק/ה, נשוי/אה, אלמן/ה, גרוש/ה, נשוי/אה מחדש		
séparé/e de corps, séparé/e de fait ⁽¹⁾	פרוד/ה, עגונה ⁽¹⁾		
Date du mariage : _____	תאריך הנישואין: _____		
Date du décès du conjoint : _____	תאריך הפטירה של בן/בת הזוג: _____		
ou du jugement de divorce, de séparation de corps : _____	או תאריך מתן הגט: _____		
ou date de séparation de fait : _____	או תאריך פרידת בני הזוג: _____		

• Du conjoint du demandeur

• של בן/בת הזוג של המבקש

Nom : _____	שם משפחה: _____
Prénoms : _____	שמות פרטיים: _____
Date de naissance : _____	תאריך לידה: _____
Lieu de naissance : _____	מקום לידה: _____
Nationalité : _____	אזרחות: _____
Nom du père : _____	שם האב: _____
Nom de la mère : _____	שם האם: _____
No. de sécurité sociale (en France) : _____	מס' ביטוח סוציאלי בצרפת: _____
No. de la carte d'identité (en Israël) : _____	מספר תעודת הזהות בישראל: _____
Date du mariage : _____	תאריך הנישואין: _____
Date du décès : _____	תאריך הפטירה: _____

"L'institution d'instruction" sera, le plus souvent, l'institution du pays de
résidence du demandeur.

(1) Rayer les mentions inutiles

"המוסד המדווח" יהיה על פי רוב המוסד בארץ המגורים של
המבקש.

(1) מחק את המיותר

• Des enfants

• של הילדים

1⁰ Enfants ayant avec le demandeur un lien de filiation direct: 1⁰ ילדים שהם צאצאים ישירים של המבקש:

NOM שם משפחה	PRENOMS שמות פרטיים	DATE DE NAISSANCE תאריך לידה	DATE DU DECES תאריך פטירה

2° Enfants n'ayant pas avec le demandeur de lien de filiation direct, mais ayant été élevés par lui pendant au moins 9 ans avant l'âge de 16 ans et ayant été à sa charge ou à celle de son conjoint :

2° ילדים שאינם ילדיו הישירים של המבקש, אך גדלו אצלו במשך 9 שנים לפחות לפני היותם בני 16 והוצאותיהם היו על המבקש או על בן/בת זוגו:

NOM שם משפחה	PRENOMS שמות פרטיים	DATE DE NAISSANCE תאריך לידה	DATE DU DECES תאריך פטירה

B. – Nature de l'avantage demandé :

pension, rente ou retraite de vieillesse
pension ou retraite de réversion

ב. סוג הקצבה המבוקשת:

קצבת זקנה
קצבת שאירים

C. – Inaptitude au travail :

ג. אי-כושר לעבודה:

Le demandeur		המבקש
Est-il reconnu inapte au travail ?	<input type="checkbox"/> oui – כן non – לא <input type="checkbox"/>	האם הוכר כבלתי-כשיר לעבודה:
Si oui, point de départ de l'inaptitude :	_____	אם כן, מתי התחיל אי-הכושר:
Date de la décision reconnaissant l'inaptitude :	_____	מתי הוחלט להכיר באי-כושר:
Est-il titulaire d'une pension d'invalidité		האם הוא זכאי לגמלת נכות במסגרת ההסדר הכללי של הביטוח הסוציאלי:
Au titre du régime général de sécurité sociale	<input type="checkbox"/> oui – כן non – לא <input type="checkbox"/>	במסגרת ההסדר לחקלאים:
Au titre du régime agricole	<input type="checkbox"/> oui – כן non – לא <input type="checkbox"/>	במסגרת הסדר מיוחד אחר:
Au titre d'un autre régime spécial	<input type="checkbox"/> oui – כן non – לא <input type="checkbox"/>	
Si oui, indiquer l'institution débitrice :	_____	אם כן, נא לציין את המוסד החייב בתשלום:
Le numéro de la pension : No. _____		מספר הקצבה: מס' ת.ז.: _____

E. – Ressources personnelles du conjoint du demandeur :

ה. הכנסות פרטיות של בן/בת הזוג של המבקש:

Si le conjoint du demandeur

אם בן/בת הזוג של המבקש

• Exerce ou a exercé une activité salariée, indiquer le montant des salaires perçus par le conjoint au cours :

• עבד כשכיר, ציין את סכומי השכר שקיבל בן הזוג במשך:

- du trimestre précédant la demande : _____

- שלושה חודשים שקדמו לבקשה:

- de l'année précédant la demande : _____

- השנה שקדמה לבקשה:

- et, s'il y a lieu, la date à laquelle il a cessé de travailler : _____

- אם סיים את עבודתו, נא לציין תאריך הפסקת העבודה:

• A déjà obtenu le bénéfice d'un avantage de vieillesse, d'invalidité ou d'accident du travail, indiquer :

• אם קיבל קצבת זקנה, נכות או תאונת עבודה, ציין:

- la nature de cet avantage : _____

- סוג ההטבה

- le nom et l'adresse de l'institution débitrice :

- שם המוסד המשלם וכתובתו:

- le numéro de la pension ou de la rente : _____ : מספר הקצבה:

- le montant du dernier trimestre perçu : _____ : שיעור הקצבה בשלושת החודשים האחרונים:

• Dispose d'autres revenus que les salaires ⁽¹⁾, marquer la nature et le montant de ces revenus au cours des trois derniers mois et des douze mois précédant la demande.

• מקבל הכנסה שלא משכר⁽¹⁾, נא לציין את אופי ההכנסה ואת הסכום במשך שלושת החודשים ושנים-עשר החודשים שקדמו לבקשה.

NATURE DES REVENUS סוג ההכנסה	MONTANT PERCU הסכום שנתקבל	
	Au cours des trois mois במשך שלושת החודשים	Au cours des douze mois במשך שנים-עשר החודשים

(1) Par ressources autres que les salaires, il faut entendre les ressources de toute nature dont le conjoint a disposé : revenus mobiliers ou immobiliers, revenus professionnels d'une activité agricole, commerciale, industrielle ou artisanale.

(1) הכוונה להכנסה מכל סוג שהוא: הכנסות ממטלטלין ומנכסי דלא נייד, הכנסות מעבודה מקצועית בחקלאות, במסחר, בתעשייה או במלאכה.

• Possède des biens personnels, mobiliers et immobiliers, remplir le tableau ci-dessous :

• בעל נכסים פרטיים, מטלטלין דלא-ניידי ימלא את הטבלה הבאה:

DESCRIPTION SOMMAIRE DES BIENS תיאור קצר של כל הנכסים	VALEUR ACTUELLE הערך המשוער של הנכס	DEPARTEMENT, COMMUNE, RUE, NUMERO ET LIEUDIT אזור, עיר, רחוב, מספר	LIEU D'IMPOSITION ET ARTICLE DU ROLE מספר רישום הנכס	REVENU CADASTRAL ACTUEL הכנסות מהנכס

• A fait donation de biens mobiliers et immobiliers depuis moins de 5 ans, remplir le tableau ci-dessous :

• תרם מטלטלין ונכסי דלא-ניידי לפני פחות מחמש שנים, ימלא את הטבלה דלהלן:

DESCRIPTION SOMMAIRE DES BIENS QUI ONT FAIT L'OBJET DE LA DONATION תיאור קצר של הנכסים שנתרמו	VALEUR ACTUELLE הערך המשוער של הנכס	DEPARTEMENT, COMMUNE, RUE, NUMERO ET LIEUDIT אזור, עיר, רחוב, מספר	NOM ET ADRESSE DES BENEFICIAIRES שם וכתובת של מקבלי התרומה	QUALITE DE BENEFICIAIRES DESCENDANTS OU AUTRES PERSONNES סוג מקבלי התרומה צאצאים או אנשים אחרים	DATE DE L'ACTE DE DONATION תאריך ואסמכתא

**F. – Périodes d'assurance (ou équivalentes)
accomplies dans le pays de résidence du travailleur**

**ו. תקופות ביטוח שהושלמו במדינת
מגוריו של העובד**

N.B. : L'institution d'instruction de la demande compétente en matière d'assurance vieillesse indique dans le tableau ci-dessous les périodes d'assurance ou équivalentes accomplies sous le régime qu'elle est chargée d'appliquer.

הערה: המוסד המדווח על הבקשה והמוסמך לעניין ביטוח זקנה יציין בטבלה דלקמן את תקופות הביטוח שהושלמו במסגרת התקנות המחייבות אותו.

PERIODES		NOMBRE DE TRIMESTRES D'ASSURANCE מספר רבעונים של ביטוח – שכירים	NOMBRE DE TRIMESTRES (PERIODE EQUIVALENTE) מספר רבעונים של ביטוח – לא שכירים	תקופה	
Du	au			עד	מיום
Total				סה"כ רבעונים	
Total général				סה"כ כללי רבעונים	

G. – Date choisie par l'intéressé pour l'entrée _____ **ז. התאריך בו בחר המבוטח לתחילת מתן**
en jouissance de l'avantage de vieillesse : _____ **קצבת הזקנה:**

Date d'enregistrement de la demande par _____ **תאריך הגשת הבקשה על ידי המוסד**
l'institution d'instruction : _____ **המדווח:**

L'INSTITUTION D'INSTRUCTION ci-dessous désignée : _____ **המוסד המדווח:**
Désignation : _____ **שם:**

Adresse : _____ **כתובת:**

Certifie l'exactitude des renseignements communiqués ci-dessus et demande à l'institution compétente de l'autre pays de lui faire connaître les périodes d'assurance ou équivalentes accomplies dans le pays par le demandeur, ainsi que la part de pension mise à sa charge.

אנו מאשרים את נכונות הפרטים הנ"ל ומבקשים מהמוסד המוסמך במדינה השנייה להעביר אלינו את תקופות הביטוח ששולמו על ידי המבקש, והחלק היחסי של קצבת הזקנה.

Fait à Jérusalem _____ **מקום** le _____ **תאריך**

Cachet de l'institution
חותמת המוסד

Signature du représentant de l'institution
חתימת נציג המוסד

PARTIE A REMPLIR PAR L'INSTITUTION DU SECOND PAYS

למילוי על ידי המוסד במדינה השנייה

H. – Périodes d'assurance (ou équivalentes) accomplies dans le second pays.

N.B. : L'institution d'assurance vieillesse de l'autre pays indique dans le tableau ci-dessous les périodes d'assurance ou équivalentes accomplies sous le régime qu'elle est chargée d'appliquer.

PERIODES		NOMBRE DE TRIMESTRES D'ASSURANCE	NOMBRE DE TRIMESTRES (PERIODE EQUIVALENTE)
Du	au		
Total		trimestres	trimestres
Total général			trimestres

I.- Détermination de l'avantage de vieillesse à la charge du second pays :

AVANTAGES A SERVIR	Montant de la pension qui serait servie si la totalité des périodes avait été accomplie dans le pays considéré	Montant de la pension dûe proportionnellement au nombre de trimestres d'assurance ou équivalents accomplis dans le pays considéré	Montant de la pension au titre de la législation nationale
Pension			
Pension de réversion			
Bonification pour enfants			
Majoration pour conjoint			
Remboursement de cotisations			
Total			

L'INSTITUTION D'ASSURANCE VIEILLESSE DU SECOND PAYS ci-dessous désignée

האגף לביטוח זקנה במדינה השנייה:

Désignation : _____ שם:

Adresse : _____ כתובת:

DECIDE : מחליט:

- La fraction de prestation à sa charge est égale à : _____ חלק הגמלה המוטל עליו בשיעור: _____
 représentant un montant annuel de : _____ המהווה סכום שנתי של: _____
 prenant effet à compter du : _____ מקבל תוקף מתאריך: _____
- Le demandeur ne peut se prévaloir de la convention franco-israélienne en matière d'assurance vieillesse pour le motif suivant : _____ המבקש אינו יכול להסתמך על האמנה הצרפתית-ישראלית בענייני ביטוח זקנה מהסיבות שלהלן: _____

Voies de recours mises à la disposition du demandeur, si celui-ci entend contester la décision prise à son égard : _____ סדרי הערעור שהמבקש יכול לנהוג לפיהם אם ברצונו לערער על ההחלטה שנתקבלה בעניינו: _____

Délai à l'expiration duquel le recours ne sera plus recevable: _____ מועד אחרון להגשת הערעור: _____

Fait à _____ מקום le _____ תאריך

Cachet de l'institution
חותמת המוסד

Signature du représentant de l'institution
חתימת נציג המוסד

IMPORTANT.- Il est rappelé :

- à l'institution du second pays, qu'elle doit envoyer à l'institution d'instruction un exemplaire dûment complété du présent formulaire, et en conserver le second dans ses archives;
- à l'institution d'instruction du premier pays, qu'elle doit, au retour du présent formulaire :
 1. Déterminer les droits qui s'ouvrent en vertu du régime qu'elle est chargée d'appliquer et fixer le montant de l'avantage auquel peut prétendre l'intéressé;
 2. Notifier à l'intéressé, par lettre recommandée, d'une part l'ensemble des décisions prises par les organismes compétents des deux pays concernant la liquidation des allocations vieillesse, d'autre part les voies et délais de recours prévus par chacune des deux législations;
 3. Adresser à l'institution compétente du second pays une copie de la notification ci-dessus et lui communiquer la date à laquelle cette notification a été remise à l'intéressé.

הערה חשובה

- המוסד במדינה השנייה יחזיר למוסד המדווח עותק אחד של טופס זה, ממולא כראוי, ואת השני ישמור אצלו.
- המוסד המדווח של המדינה הראשונה יברר עם קבלת הטופס:
 - (1) מהן הזכויות המגיעות בהתאם לתקנות המחייבות אותו ויקבע שיעור הקצבה שהמבוטח רשאי לתבוע.
 - (2) יודיע למבוטח, במכתב רשום, את ההחלטות שנתקבלו על-ידי המוסדות המוסמכים של שתי המדינות בדבר סילוק קצבת הזקנה, וכן את סדרי הערעור ומועדי הערעור בהתאם לחקיקה של שתי המדינות.
 - (3) ישלח למוסד המוסמך של המדינה השנייה העתק של ההודעה הנ"ל ויודיע לו את התאריך שבו נמסדה ההודעה למבוטח.