

אמנה בין מדינת ישראל לבין הרפובליקה אוסטריה בתחום הבטחון הסוציאלי

**ABKOMMEN ZWISCHEN DEM STAAT ISRAEL UND DER
REPUBLIK ÖSTERREICH ÜBER SOZIALE SICHERHEIT**

נתונים נוספים לטיפול בתביעה לקצבת שאירים מישראל*

(ימולא ע"י מבוטח הגר באוסטריה ותובע קצבה מישראל)

**ZUSATZANGABEN FÜR DIE BEARBEITUNG EINES ANTRAGES AUF
HINTERBLIEBENENRENTE AUS ISRAEL***

(Vom Antragsteller auszufüllen)

A. Angaben zum/zur Verstorbenen

א. פרטים על המנוח/ה

מספר תעודת זהות								שם פרטי (עברית)				שם משפחה (עברית)					
Israelische Identitätsnummer								Vorname (Hebräisch)				Nachname (Hebräisch)					
מין								שם פרטי (לועזית)				שם משפחה (לועזית)					
M <input type="checkbox"/> זכר W <input type="checkbox"/> נקבה																	
Geschlecht								Vorname (Lateinisch)				Nachname (Lateinisch)					
עבד/ה מחוץ לישראל								כתובת אחרונה									
								מדינה		עיר		מיקוד		רחוב		מספר בית	
nein <input type="checkbox"/> לא ja <input type="checkbox"/> כן																	
Der Verstorbene hat im Ausland (nicht Israel) gearbeitet								Staat		Ort		Postleitzahl		Straße		Hausnummer	
								Letzte Adresse									

Familienstand מצב משפחתי		ארץ מגורים לפני העלייה		ארץ לידה		תאריך לידה	
ledig <input type="checkbox"/>	רווק/ה						
verheiratet <input type="checkbox"/>	נשוי/אה	Einwanderung nach Israel aus		Geburtsort		Geburtsdatum	
verwitwet <input type="checkbox"/>	אלמן/נה	יציאה מישראל למטרת		תאריך יציאה מישראל		תאריך עלייה לישראל	
geschieden <input type="checkbox"/>	גרופ/ה						
getrennt lebend <input type="checkbox"/>	פרוד/ה						
seit	החל מ-	Grund der Ausreise aus Israel		Datum der Ausreise aus Israel		Datum der Einwanderung nach Israel	

B. Angaben zum/zur Verstorbenen

ב. פרטים על הפטירה

Todesdatum _____ תאריך הפטירה _____

Todesursache _____ נסיבות הפטירה _____

Sozialversicherungsnummer des Verstorbenen im Wohnortstaat _____ מספר הביטוח הסוציאלי של המנוח/ה במדינת המגורים _____

Versicherungsträger _____ שם המוסד המבטח _____

C. Angaben zum Witwer/zur Witwe

ג. פרטים על האלמן/האלמנה

מספר תעודת זהות								שם פרטי				שם משפחה							
Israelische Identitätsnummer								Vorname (Hebräisch)				Nachname (Hebräisch)							
								תאריך עלייה לישראל				תאריך לידה							
								Datum der Einwanderung nach Israel				Geburtsdatum							
								כתובת נוכחית											
מדינה		עיר		מיקוד		רחוב		מספר בית		מדינה		עיר		מיקוד		רחוב		מספר בית	
Staat		Ort		Postleitzahl		Straße		Hausnummer		Staat		Ort		Postleitzahl		Straße		Hausnummer	
Aktuelle Adresse																			

* Antragsstellung nach dem Sozialversicherungsgesetz

* הגשת תביעה על-פי חוק הביטוח הלאומי

D. Angaben zu Kindern**ד. פרטים על הילדים**

Kinder sollen nur dann angeführt werden, wenn sie

- a) das 18. Lebensjahr nicht vollendet haben
 b) das 20. Lebensjahr nicht vollendet haben und sich in der Schulausbildung befinden
 c) das 22. Lebensjahr nicht vollendet haben und Wehrdienst oder Ersatzdienst (Sherut Leumi) in Israel leisten.

רשום ילדים אלה בלבד :

- א. לא מלאו לו/לה 18 שנים
 ב. לא מלאו לו/לה 20 שנים ולומדת/בתיכון
 ג. לא מלאו לו/לה 22 שנים ומשרתת/שרות חובה בצה"ל או שרות לאומי

Kind	3	2	1	הילד
Isr. ID-Nummer				מספר תעודת זהות ישראלית
Name				שם פרטי
Nachname				שם משפחה
Geburtsort				תאריך לידה
Geschlecht	W <input type="checkbox"/> נקבה M <input type="checkbox"/> זכר	W <input type="checkbox"/> נקבה M <input type="checkbox"/> זכר	W <input type="checkbox"/> נקבה M <input type="checkbox"/> זכר	מין
Familienstand				מצב משפחתי
lebt bei mir	nein <input type="checkbox"/> לא ja <input type="checkbox"/> כן	nein <input type="checkbox"/> לא ja <input type="checkbox"/> כן	nein <input type="checkbox"/> לא ja <input type="checkbox"/> כן	גרה/איתי
Schule				מוסד לימודים
Dauer des Wehr- bzw. Ersatzdienstes	von _____ מ- bis _____ עד	von _____ מ- bis _____ עד	von _____ מ- bis _____ עד	תקופת שרות בצה"ל או בשרות לאומי

E. Zahlungsart**ה. מקום תשלום**

Bitte überweisen Sie die Rente auf folgendes Konto

אני מבקש/ת שהקצבה תשלום לי לחשבון :

שם הבנק	שם הסניף וכתובתו	מספר הסניף	מספר חשבון
Name der Bank	Name und Adresse der Zweigstelle	Bankleitzahl	Kontonummer
<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"/> Das Konto ist auf meinen und den Namen von _____ geführt, Verwandtschaftsgrad _____ (z.B. Sohn/Tochter, Bruder)			
הצהרת השותפים לחשבון אנו מתחייבים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון ולדאוג להחתימם על טופס עידכון החשבון. אנו מסכימים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים לחשבון ומיופי 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 כדיון, וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור. אנו, השותפים לחשבון, מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון עבור מקבל הגמלה.		Erklärung der anderen Kontoinhaber Wir verpflichten uns, dem National Insurance Institute (NII) jede Änderung betreffend anderer Kontoinhaber und/oder Kontobevollmächtigter schriftlich und von diesen unterschrieben mitzuteilen. Wir sind damit einverstanden, dass die Bank dem NII auf Antrag von Zeit zu Zeit Angaben zu den anderen Kontoinhabern und/oder Kontobevollmächtigten mitteilt, sowohl während als auch nach der Zeit der Rentenzahlung. Wir sind damit einverstanden, dass die Bank dem NII auf Antrag überzahlte Beträge zurückzahlt und ihm Angaben zu den Personen, die diese Beträge abgehoben haben, mitteilt. Wir, die anderen Kontoinhaber, verpflichten uns, die auf das Konto überwiesenen Rente zu Gunsten des Rentenempfängers zu verwenden.	
תאריך	חתימת מקבל הגמלה	חתימת/חתימות השותף/שותפים לחשבון	

Unterschrift/en der anderen Kontoinhaber	Unterschrift des Rentenempfängers	Datum
--	-----------------------------------	-------

F. Angaben zur Arbeit und Beschäftigung des/der Verstorbenen in Israel und im Ausland **ו. פרטים על עבודה ועל תעסוקה של המנוח/ה בישראל ובחו"ל**

Zeitraum		נא לציין: לגבי שכיר – שם המעביד וכתובתו; לגבי עצמאי – שם העסק וכתובתו; לגבי אחרים – מקורות מחייה Geben Sie an – Angestellte/r: Name und Adresse des Arbeitgebers; Selbstständige/r: Name and Adresse des Betriebes; andere Einkommensquellen	התעסקות: ציין – "עובד שכיר", "עצמאי", "מחוסר עבודה" וכו'. Art der Beschäftigung – geben Sie an "Angestellte/r", "Selbstständige/r", "Arbeitslos" etc.	תקופה	
von	bis			עד	החל ב-

G. Weitere Angaben zum/zur Verstorbenen **ז. פרטים אחרים על המנוח/ה**
Bei einer negativen Antwort schreiben Sie bitte "nein" אם התשובה שלילית, נא לרשום "לא"

Der/Die Verstorbene	Nein	לא	Ja	כן	המנוח/ה
bezog eine Rente aus dem National Insurance Institute					קיבלה/ה קצבה מהמוסד לביטוח לאומי
bezog eine Leistung vom Sicherheitsministerium					קיבלה/ה תגמולים ממושרד הביטחון
diente zum Zeitpunkt des Todes in der Armee oder bei der Polizei					בעת הפטירה שירתה/ה בצבא או במשטרה

H. Angaben zum Einkommen des Witwers/der Witwe **ח. פרטים על ההכנסות של האלמן/האלמנה**

Bitte geben Sie die Währung an (NIS, \$, € etc.)
Falls Sie kein Einkommen haben, geben Sie bitte "keine" an.

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

	הכנסות אחרות sonstige Einkommen	שכר דירה, דיווידנדים, ריבית, הכנסות מרכוש Miete, Zinsen, Dividenden, Einkommen aus Besitz	פנסיה/רנטה מחו"ל Renten/Entschä- digungszahlung aus dem Ausland	פנסיה בישראל Rente aus Israel	עבודה Gehalt	
Summe						הסכום
Datum (Monat und Jahr)						המועד (חודש ושנה)

I. Weitere Angaben zum Witwer/zur Witwe

ט. פרטים נוספים על האלמן/האלמנה

Ich war der/die Gatte/in oder der Lebenspartner des/der Verstorbenen	von _____ מ- bis _____ עד	הייתי בן/בת הזוג של המנוח/ה
Ich habe vom Verstorbenen getrennt gelebt	von _____ מ- bis _____ עד	חייתי בנפרד מהמנוח/ה
Die Rente des/der Verstorbenen wurde nach seinem/ihrem Tod vom Konto abgehoben	nein <input type="checkbox"/> לא ja <input type="checkbox"/> כן von _____ על-ידי	קצבת המנוח/ה נגבתה לאחר הפטירה
Ich beziehe eine Rente aus dem National Insurance Institute	nein <input type="checkbox"/> לא ja <input type="checkbox"/> כן	משתלמת לי קצבה מהמוסד לביטוח לאומי
Ich beziehe eine Leistung vom Sicherheitsministerium	nein <input type="checkbox"/> לא ja <input type="checkbox"/> כן Art der Leistung _____ סוג התגמול Aktenzeichen _____ מספר תיק	משתלם לי תגמול ממשד הביטחון

J. Erklärung

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 שמסרתי, כגון: הכנסה, מצב משפחתי, כתובת - אודיע על כך מיד למוסד לביטוח לאומי.

אני מסכים/מסכימה שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום, אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין.

Hiermit erkläre ich, dass alle von mir auf dem Antrag gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Ich weiß, dass ich gegen das Strafgesetz verstoße, wenn ich falsche Angaben mache oder Wesentliches verschweige und dass die Nationalversicherungsanstalt dazu berechtigt ist, versehentlich oder unrechtmäßig ausgezahlte Beträge zurückzufordern. Ich werde der Nationalversicherungsanstalt jede Änderung der von mir gemachten Angaben wie Einkommen, Familienstand, Anschrift umgehend mitteilen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Bank der Nationalversicherungsanstalt im Fall einer ganzen oder teilweisen Überzahlung oder einer unrechtmäßigen Zahlung die von ihr geforderte Summe von meinem Konto überweist.

Unterschrift חתימה Datum תאריך Name des Antragstellers שם התובע/ת