

**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 זקנה מישראל\***

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

**ZUSATZANGABEN FÜR DIE BEARBEITUNG EINES ANTRAGES AUF  
ALTERSRENTE AUS ISRAEL \*  
(Vom Antragsteller auszufüllen)**

**A. Angaben zum Versicherten**

**א. פרטים על התובע/ת**

שם משפחה (עברית)		שם פרטי (עברית)		מספר תעודת הזהות הישראלית	
שם משפחה (לועזית)		שם פרטי (לועזית)		מין	
				זכר <input type="checkbox"/> M      נקבה <input type="checkbox"/> W	
Nachname (Lateinisch)		Vorname (Lateinisch)		Geschlecht	
כתובת נוכחית		עבדתי מחוץ לישראל			
מספר בית	רחוב	מיקוד	עיר	מדינה	כן <input type="checkbox"/> ja      לא <input type="checkbox"/> nein
Hausnummer	Straße	Postleitzahl	Ort	Staat	
Aktuelle Adresse		Ich habe im Ausland (nicht Israel) gearbeitet			

תאריך לידה	ארץ לידה	ארץ מגורים לפני העלייה	מצב משפחתי	Familienstand
			רווקה <input type="checkbox"/>	ledig
			נשוא/אה <input type="checkbox"/>	verheiratet
			אלמ/נה <input type="checkbox"/>	verwitwet
			גרופה <input type="checkbox"/>	geschieden
			פרוד/ה <input type="checkbox"/>	getrennt lebend
Datum der Einwanderung nach Israel	Datum der Ausreise aus Israel	Grund der Ausreise aus Israel	החל מ-	seit
Geburtsdatum	Geburtsort	Einwanderung nach Israel aus	יציאתי מישראל למטרת	
Tarikh der Einreise nach Israel	Tarikh der Ausreise aus Israel			

**B. Angaben zum Ehepartner**

**ב. פרטים על בן/בת הזוג**

אני תובע/ת תוספת קצבה עבור בן/בת הזוג      כן <input type="checkbox"/> ja      לא <input type="checkbox"/> nein			Ich beantrage eine Zulage für meinen Partner		
שם משפחה		שם פרטי		מספר תעודת זהות	
Tarikh der Einreise nach Israel		Tarikh der Einreise nach Israel		Nachname	
Geburtsdatum		Einwanderungsdatum nach Israel		lebt mit mir zusammen	

\* Antragsstellung nach dem Sozialversicherungsgesetz

\* הגשת תביעה על-פי חוק הביטוח הלאומי

## C. Angaben zu Kindern

## ג. פרטים על ילדים

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 ולומד/ת בתיכון  
 ג. לא מלאו לו/לה 22 שנים ומשרת/ת שרות חובה בצה"ל או שרות לאומי

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

## D. Zahlungsart

## ד. 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/אחיות)	
<input type="checkbox"/> Das Konto ist auf meinen und den Namen von _____ geführt, Verwandtschaftsgrad _____ (z.B. Sohn/Tochter, Bruder)			
<b>הצהרת השותפים לחשבון</b> אנו מתחייבים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופה כוח בחשבון ולדאוג להחתימים על טופס עדכון 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 כדין, וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור. אנו, השותפים לחשבון, מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון עבור מקבל הגמלה.		<b>Erklärung der anderen Kontoinhaber</b> 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 überwiesene Rente zu Gunsten des Rentenempfängers zu verwenden.	
תאריך	חתימות מקבל הגמלה	חתימות/חתימות השותף/השותפים לחשבון	
Datum	Unterschrift des Rentenempfängers	Unterschrift/en der anderen Kontoinhaber	

## E. Angaben zur Arbeit des Antragstellers

## ה. פרטים על עבודת התובע/ת

תעסוקה אחרונה	מעמד בעבודה	אני ממשק/ממשיכה לעבוד
	Angestellter <input type="checkbox"/> שכיר Selbstständiger <input type="checkbox"/> עצמאי	כן <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> nein
Letzte Beschäftigung		Ich arbeite weiter
תאריך הפסקת העבודה	הכנסה חודשית ברוטו מעבודה	שם מקום העבודה האחרון
Datum des Beschäftigungsendes	Monatliches Gehalt (brutto)	Letzter Arbeitsplatz

## F. Angaben zur Arbeit und Beschäftigung in Israel und im Ausland

## ו. פרטים על עבודה ועל תעסוקה 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 und 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	
			החל ב-	עד
von	bis			

## G. Angaben zur Arbeit des Ehepartners

## ז. פרטים על עבודת בן/בת הזוג

בן/בת הזוג עובד בישראל? כן <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> nein	המקצוע	בן/בת הזוג עובד/ת
von _____ מ- bis _____ עד	Beruf	Mein Partner arbeitet
	הכנסה חודשית ברוטו מהעבודה	מקום העבודה
Hat Ihr Partner in Israel gearbeitet?	Monatliches Bruttoeinkommen	Arbeitsplatz

## H. Angaben zum monatlichen Bruttoeinkommen (ausgenommen Einkommen aufgrund von Arbeit) beider Partner

## ח. פרטים על הכנסה חודשית ברוטו (שמקורה אינו בעבודה) של שני בני הזוג

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	
Antragsteller					התובע/ת
Partner					בן/בת הזוג

I. Sozialversicherungsnummer  
im Wohnortstaat

ט. מספר הביטוח הסוציאלי  
במדינת המגורים

Versicherungsträger

שם המוסד המבטח

J. Angaben zu Renten aus dem National  
Insurance Institute

י. פרטים על קצבה מהמוסד לביטוח לאומי  
בישראל

	מספר תיק Aktенnummer	סוג הקצבה Art der Rente	האם מקבל קצבה bezieht eine Rente	
Antragsteller			nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	התובע/ת
Ehepartner			nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	בן/בת זוג

K. Erklärung

יא. 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