



אישור חיים / Life certificate

לידיעתך

- ✎ לצורך בדיקת זכאותך או המשך הזכאות לקצבה, אנו מבקשים למלא את פרטיך בטופס "אישור חיים המצורף.
- ✎ עליך להזדהות בפני עובד הקונסוליה הישראלית ולחתום על הטופס. על העובד לאשר את חתימתך על פי תעודות מוסכמות כגון: דרכון, תעודות זהות וכד'.
- ✎ **במדינות הבאות:** אוסטריה, איטליה, אורוגואי, בולגריה, בלגיה, בריטניה, גרמניה, דנמרק, הולנד, הרפובליקה הצ'כית, נורבגיה, סלובקיה, פינלנד, צרפת, רומניה, רוסיה, שבדיה ושווייץ ניתן לאשר את החתימה גם בסניף של המוסד לביטוח סוציאלי באותה מדינה.
- ✎ אם אין באפשרותך להופיע בפני אחד מהמוסדות כמצוין לעיל, ניתן לאשר את החתימה בפני נוטריון ציבורי, ראש הקהילה היהודית (לחברי אותה הקהילה בלבד), משרד הפנים והעיריה המקומית.
- ✎ אנו מבקשים להחזיר אלינו את הטופס בהקדם, לאחר חתימה ואישור כפי שפורט לעיל.

לידיעתך

- ✎ Please fill out the form which appears on the reverse side in order to enable us to (re)examine your eligibility.
- ✎ The form must be signed in the presence of an official of the Israeli Consulate, who will certify your identity on the basis of an authorized document, such as a passport or identity card.
- ✎ **If you reside in one of the following countries:** Austria, Belgium, Bulgaria, the Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Great Britain, Italy, Netherlands, Norway, Romania, Russia, Slovakia, Sweden, Switzerland or Uruguay, you may have the form certified at a branch office of the Social Insurance Institute of that country.
- ✎ If it is not possible to have your signature validated as explained above, it may be certified by a local public notary, the leader of the local Jewish community (for members of the own community only), the Ministry of Interior or by a representative of the municipality.
- ✎ Please return the signed form with your signature verification(s) as soon as possible.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
NATIONAL INSURANCE
INSTITUTE OF ISRAEL

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 150px;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="10">מס' זהות / דרכון</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="10">סוג המסמך</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> <div style="width: 50px;"> <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> </div> </div> </div>											מס' זהות / דרכון																				סוג המסמך										0	1									<p>חותמת קבלה</p>
מס' זהות / דרכון																																																			
סוג המסמך																																																			
0	1																																																		

Life certificate / אישור חיים

To be sent to:

National Insurance Institute

ISRAEL

Type of pension	סוג הקצבה
Old Age Pension <input type="checkbox"/> קצבת אזרח ותיק	Survivors Pension <input type="checkbox"/> קצבת שאירים
Disability Pension <input type="checkbox"/> קצבת נכות	

Details on the claimant / beneficiary				פרטי התובע / בעל האישור		1										
מספר זהות ישראלית Israeli Identity number <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											sex / מין M <input type="checkbox"/> ז F <input type="checkbox"/> נ	תאריך לידה Date of birth 	שם פרטי First name 	שם משפחה Family name 		
Address						כתובת										
מיקוד Postal code 	יישוב Town 	דירה Apartment 	כניסה Entrance 	מס' בית House number 	רחוב/תא דואר Street/POB 											
Email _____@_____				כתובת דואר אלקטרוני Country/State _____												
Family status						מצב משפחתי										
נא למלא <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/> עגונה Please fill in: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widow <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Common – Law partnership <input type="checkbox"/> Abandoned wife																

Authorization	אישור	2
The identity of the above named has been verified by the following document(s) הוכיח זהותו על פי _____ _____		
Signed this certificate in my presence _____ תתם על תעודה זאת בנוכחותי		
Signature of the claimant / beneficiary _____ חתימת התובע / בעל האישור		
Date _____ תאריך		
Place _____ מקום		
Signature of certifying officer _____ חתימת המאשר		
Certifying stamp _____ חותמת המאשר		