

עמוד 1 מתוך 4

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> מס' זהות סוג דפים המסמך </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> לשימוש פנימי בלבד (סריקה) </div> </div>										
0	1									

National Insurance Institute
 Department of Old-Age and Survivors
 13 Weizmann Avenue
 Jerusalem 91909, Israel

המוסד לביטוח לאומי
 אגף קצבאות אזרחים
 ותיקים ושאיירים
 שדרות ויצמן 13
 ירושלים 91909



Survivors Pension Claim - Hebrew / English

תביעה לקצבת שאירים - עברית / אנגלית

A. Particulars of deceased

א. פרטים על המנוח/ה

Israeli ID Number		מספר זהות		First Name (Hebrew)		שם פרטי (עברית)		Last Name (Hebrew)		שם משפחה (עברית)	
Sex		M זכר <input type="checkbox"/> F נקבה <input type="checkbox"/>		שם פרטי (לועזית)		First Name (Latin Letters)		שם משפחה (לועזית)		Last Name (Latin letters)	
The deceased worked abroad (outside of Israel)		no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>		מדינה		Town		Zip code		Street	
no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>		State		עיר		מיקוד		רחוב		מס' בית	
עבד/ה מחוץ לישראל		Last address									
כתובת אחרונה		מדינה		עיר		מיקוד		רחוב		מס' בית	

Marital status		מצב משפחתי		ארץ מגורים לפני העלייה		ארץ לידה		תאריך לידה	
Single <input type="checkbox"/>		רווקה		Immigrated to Israel from		Country of birth		Date of birth	
Married <input type="checkbox"/>		נשוא/ה		יציאה מישראל למטרת		תאריך יציאה מישראל		תאריך עלייה לישראל	
Widowed <input type="checkbox"/>		אלמן/נה		Purpose of leaving Israel		Date of leaving Israel		Date of immigration to Israel	
Divorced <input type="checkbox"/>		גרשה							
Separated <input type="checkbox"/>		פרודה							
Since		מתאריך							

B. Particulars of decease

ב. פרטים על הפטירה

Date of decease _____ תאריך הפטירה

Cause of decease _____ נסיבות הפטירה

Social security number of deceased in the country of residence _____ מספר הביטוח הסוציאלי של המנוח/ה במדינת המגורים

Name of the insuring institution _____

C. Particulars of widow/er

ג. פרטים על האלמן/נה

Israeli ID Number		מספר זהות		First Name		שם פרטי		Last Name		שם משפחה	
Date of immigration to Israel		תאריך עלייה לישראל		Date of birth		תאריך לידה					
Current address		כתובת נוכחית									
state		מדינה		town		עיר		zip code		מיקוד	
street		רחוב		street		רחוב		number		מס' בית	
Email		כתובת דואר אלקטרוני		Tel.		טלפון					

עמוד 2 מתוך 4

D. Particulars of children

List children only if:

- a) under 18
- b) under 20, if still in high school
- c) under 24, if doing compulsory army service / or Sherut Leumi in Israel

ד. פרטים על הילדים

- רשום ילדים אלה בלבד:
 (א) לא מלאו ל/לה 18 שנים
 (ב) לא מלאו ל/לה 20 שנים ולומד/ת בתיכון
 (ג) לא מלאו ל/לה 24 שנים ומשרת/ת שרות חובה בצה"ל או שרות לאומי

Child	3	2	1	הילד
Israeli ID Number				מספר זהות ישראלי
Name				שם
Date of birth				תאריך לידה
Sex	M <input type="checkbox"/> זכר F <input type="checkbox"/> נקבה	M <input type="checkbox"/> זכר F <input type="checkbox"/> נקבה	M <input type="checkbox"/> זכר F <input type="checkbox"/> נקבה	מין
Marital status				מצב משפחתי
Lives with me	no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן	no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן	no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן	גר איתי
School				מוסד לימודים
Duration of army service or Sherut Leumi	from _____ מ- _____ to _____ עד	from _____ מ- _____ to _____ עד	from _____ מ- _____ to _____ עד	תקופת שרות בצה"ל או בשרות לאומי

E. Place of payment

Please pay the pension to the account

ה. מקום תשלום

אני מבקש/ת שהקצבה תשלום לי בחשבון:

account number מספר חשבון	branch number מספר הסניף	name and address of branch שם הסניף וכתובתו	name of bank שם הבנק
The account is held in my name alone		<input type="checkbox"/>	החשבון מתנהל על שמי בלבד
_____ סוג הקרבה , _____ (בן / בת, אח, וכו')		<input type="checkbox"/>	החשבון מתנהל על שמי ועל שם _____
<input type="checkbox"/> the account is held in my name and in the name of _____		_____	, kind of relation _____ (son / daughter, brother etc)
Bank account member's declaration We hereby undertake to inform the National Insurance Institute (NII) of any change concerning partners in the bank account and/or bearers of power of attorney in this account. We will indicate any such changes on the relevant form to be signed by the persons concerned. We hereby consent that, upon occasion, the bank may forward to the NII, on request, particulars of said persons (partners or bearers of power of attorney) whether during of entitlement or after it. We hereby consent that the bank return to the NII, upon demand, any sum entered mistakenly or unlawfully into the account by the NII, and that the bank provide the NII with the particulars of the persons who withdraw such sum from the account. We, the partners of the account, undertake to use the pension money deposited in the account, on the behalf of the pension recipient only.		הצהרות השותפים לחשבון אנו מתחייבים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון החשבון. אנו מסכימים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופיי 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 כדיו, וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור. אנו השותפים לחשבון, מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון, עבור מקבל הגמלה.	
Signature of account bearers חתימת / חתימות השותף/פים	Signature of pension recipient חתימת מקבל הגמלה	Date תאריך	

עמוד 3 מתוך 4

F. Particulars of employment of deceased in Israel and abroad (outside of Israel)

1. פרטים על עבודה ועל תעסוקות של המנוח/ה בישראל ובחו"ל

period		<p>נא לציין: לגבי שכיר - שם המעביד וכתובתו; לגבי עצמאי - שם העסק וכתובתו; לגבי אחרים - מקורות מחייה</p> <p>Please specify - for employee: name and address of employer; for self-employed; name and address of business; others: source of income</p>	<p>התעסקות: ציין - "עובד שכיר", "עצמאי", מחוסר עבודה" וכו'.</p> <p>Occupation: specify - "employee", "self-employed", "unemployed" etc.</p>	תקופה	
from	to			עד	החל ב-

G. Other particulars concerning deceased

2. פרטים אחרים על המנוח/ה

The deceased	No	לא	Yes	כן	המנוח/ה
Received a pension from the Israeli National Insurance Institute	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		קיבל/ה קצבה מביטוח לאומי
Received an allowance from the Ministry of Defense	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		קיבל/ה תגמולים ממשרד הביטחון
At the time of his / her decease served in the army or the police	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		בעת הפטירה שירת/ה בצבא או במשטרה

H. Particulars concerning widower's income

Please specify currency in each case (NIS, \$, Euro etc.)
If you have no income please specify "none"

3. פרטים על ההכנסות של האלמן

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

other income	<p>שכר דירה, דיווידנדים, ריבית, הכנסות מרכוש</p> <p>rentals, dividends, interest, income from property</p>	<p>פנסיה \ רנטה מחו"ל</p> <p>pension \ reparations from abroad</p>	<p>פנסיה בישראל</p> <p>pension from Israel</p>	עבודה	work	
Sum						הסכום
Date (month and year)						המועד (חודש ושנה)

I. Further particulars on widow/er

ט. פרטים נוספים על האלמן/נה

I was the spouse or common-law spouse of the deceased	no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן from _____ מ- to _____ עד	הייתי בן/בת הזוג של האלמן/נה
I lived separately from the deceased	no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן from _____ מ- to _____ עד	חייתי בנפרד מהמנוח/ה
the pension of the deceased was withdrawn from the bank after his / her decease	no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן by _____ על ידי	קצבת המנוח/ה נגבתה לאחר הפטירה
I receive a pension from the National Insurance Institute	no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן	משתלמת לי קצבה מביטוח לאומי
I receive an allowance from the Ministry of Defense	no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן kind of allowance _____ סוג התגמול file number _____ מס' תיק	משתלם לי תגמול ממשרד הביטחון

J. Declaration

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 כגון בהכנסה, במצב משפחתי, בכתובת, אודיע על כך מיד למוסד לביטוח לאומי.

I hereby declare that particulars contained in my claim are accurate and complete. I am aware that withholding information or submission of false information constitutes an unlawful act, and that the National Insurance Institute may claim return of all sums paid by mistake or unlawfully.
 If any change should occur regarding information given herein, such as details of income, family status or address, I shall inform immediately the National Insurance Institute of such change.

Signature חתימה Date תאריך Name of signatory שם החותם