



Cher Monsieur, Chère Madame,

Sujet : Votre demande de pension personnelle de France

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

- le formulaire après l'avoir rempli **en français** (Vous devez remplir uniquement **les trois premières pages** du formulaire)
- une photocopie d'un document où votre No de sécurité sociale (ou No d'immatriculation) est mentionné
- une photocopie de votre livret de famille (si vous en possédez un)
- vos coordonnées bancaires (imprimées par votre banque), incluant : le ou les noms des titulaires du compte, le code IBAN (numéro international de compte bancaire) et le code BIC

Il est préférable d'envoyer les documents par [le site internet du Bituah Leumi](#).

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

Si vous avez besoin d'assistance pour remplir le formulaire, veuillez vous adresser au service du "Conseil aux pensionnaires et leur famille" ("Yeoutz le'ezrah havatik umichpakhto") à votre succursale du Bitouah Leoumi. Le service est gratuit. Pour prendre rendez-vous, veuillez appeler le *9696.

Après vérification de tous les documents, votre dossier sera envoyé à l'institution en France, qui prendra ensuite contact directement avec vous.

Sincères salutations,

Equipe du Service des Conventions Internationales



אדון נכבד, גברת נכבדה,

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

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

1. את טופס הבקשה, לאחר המילוי **בשפה הצרפתית (עליך למלא את שלושת העמודים הראשונים בלבד)**
2. צילום מסמך בו מופיע מספר הביטוח הסוציאלי בצרפת (numéro de sécurité sociale)
3. צילום פנקס המשפחה (livret de famille) - אם יש ברשותך
4. אישור על פרטי חשבון הבנק המונפק על ידי הבנק שלך, הכולל את שם / שמות בעלי החשבון, מספר ה-IBAN (מספר בינלאומי לזיהוי חשבון הבנק) וה-BIC

אנו ממליצים לשגר את המסמכים באמצעות [אתר הביטוח הלאומי](#).

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

לצורך סיוע במילוי הטופס ניתן לפנות לשירות הייעוץ לאזרח הוותיק ומשפחתו בסניף הביטוח הלאומי שלך. השרות ניתן ללא תשלום. לקביעת תור מראש, אנא התקשרו אל הטלפון הארצי של שירות הייעוץ לאזרח הוותיק ומשפחתו: *9696.

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 נעורים:	Nom de jeune fille :	שם משפחה:
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:		
Adresse e-mail :	כתובת אי-מייל:		
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:

"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 ?	☐ oui – כן non – לא ☐	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	☐ oui – כן non – לא ☐	במסגרת ההסדר לחקלאים:
Au titre du régime agricole	☐ oui – כן non – לא ☐	במסגרת הסדר מיוחד אחר:
Au titre d'un autre régime spécial	☐ oui – כן non – לא ☐	
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.: _____

D. – Activité professionnelle salariée du travailleur en Israël :

ד. מקומות עבודה (של השכיר) בישראל:

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS שמות המעבידים וכתובותיהם	DEBUT DU TRAVAIL תאריך תחילת העבודה	FIN DU TRAVAIL תאריך סיום העבודה

תאריך הפסקת עבודה כשכיר: _____ Date de cessation d'activité salariée :

Activité professionnelle salariée du travailleur en France :

מקומות עבודה (של השכיר) בצרפת:

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS שמות המעבידים וכתובותיהם	DEBUT DU TRAVAIL תאריך תחילת העבודה	FIN DU TRAVAIL תאריך סיום העבודה

תאריך הפסקת עבודה כשכיר: _____ Date de cessation d'activité salariée :

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 נידי, 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-נידי ימלא את הטבלה הבאה:

DESCRIPTION SOMMAIRE DES BIENS תיאור קצר של כל הנכסים	VALEUR ACTUELLE הערך המשווער 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-נידי 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 המשווער 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

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
l'institution d'instruction :

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

Adresse : _____ כתובת:

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.

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:

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

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 יודיע לו את התאריך שבו נמסדה ההודעה למבוטח.