



Survivors' Pension Claim

Insurance according to the international conventions

If a deceased spouse or parent was insured under a social security system in Israel and in one of the following countries: Argentina, Austria, Belgium, Bulgaria, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Italy, Netherlands, Norway, Poland, Romania, Russia, Slovakia, Sweden, Switzerland, United Kingdom, Uruguay, the survivors can submit a claim for a "survivors' pension" according to the convention between Israel and the relevant country. In order to submit a claim, please read the following instructions, fill in the attached claim form and send it to the Division of International Affairs.

In order for us to process your claim, please include the following with this request

- ✎ a copy of your marriage certificate if the marriage is not registered in Israel
 - ✎ a copy of the death certificate if the date of death is not registered in Israel
 - ✎ [A life certificate](#) for yourself, issued in your country of permanent residence
 - ✎ a copy of your passport if you don't hold an Israeli Identity number
 - ✎ the certificate of insurance periods of the deceased in each country except Israel
 - ✎ If you wish the pension to be paid into your account abroad: send us a printed confirmation from your bank which includes: the names of the account bearer(s), the IBAN (International Bank Account Number) and the name and address of the bank
- If you wish the pension be paid into your account in Israel, please specify your bank details in this application form. Please note that the account must always be held by you
- ✎ If you have children under the age of 24:
 - a birth certificate and copy of the passport for each child if the child is not registered in Israel
 - a life certificate for each child
 - ✎ Before submitting a claim - please check whether additional documents are requested in the actual claim form.

For widowers only: except for the documents above, please add the following as well

- ✎ Your income tax assessments as of the year in which your spouse passed away
- ✎ If you are a salaried worker: your pay slips for the current year
- ✎ If you are self-employed, an income statement from your accountant
- ✎ If you stopped working or reduced the extent of your work, an official statement from the employer

How to submit the claim

- ✎ Your claim with the documents can be sent to the National Insurance Institute, Head Office, Division of International Affairs, at the following address: 217 Jaffa str., Jerusalem 9199908. You may also submit the claim and the appendices by fax at 972-2-6512683 or through [our web site](#). ("Appeal to International Conventions"). There is no requirement to submit original documents. However, the NII may ask you to produce any original document if a copy or fax was unclear, or for any other reason, according to the discretion of the claims officer.
- ✎ For questions and inquiries, please phone the call center at *6050. To reach the [call center from outside of Israel](#), please dial 972-8-9369669.
- ✎ For further information, please consult the NII website: www.btl.gov.il.

Please sign your claim before submission - Unsigned forms will be returned to the sender

This form refers to each gender equally, unless specified otherwise.



תביעה לקצבת שאירים

ביטוח במדינות האמנה

אם בן/בת זוג או הורה ז"ל היה מבטוח בביטוח סוציאלי בישראל ובאחת מהמדינות הבאות: אוסטרליה, אורוגוואי, איטליה, ארגנטינה, בולגריה, בלגיה, גרמניה, דנמרק, הולנד, הממלכה המאוחדת, נורבגיה, סלובקיה, פולין, פינלנד, צרפת, צ'כיה, רומניה, רוסיה, שווייץ, שוודיה, שאיריהם יכולים להגיש תביעה ל"קצבת שאירים" על פי האמנה לביטחון הסוציאלי הרלוונטית. לשם כך יש לקרוא בעיון את ההנחיות בדף זה, למלא את טופס התביעה המצורף ולהעביר אותו לתחום קשרי חוץ לאמנות בינלאומיות.

כדי שנוכל לטפל בתביעתך, אנא צרף לבקשה זו

- ✍ צילום תעודת הנישואין שלך אם הנישואים לא רשומים בישראל
- ✍ צילום תעודת הפטירה אם תאריך הפטירה לא רשום בישראל
- ✍ [אישור חיים](#) עבורך, אשר הונפק במדינה, בה אתה שוהה באופן קבוע.
- ✍ צילום הדרכון שלך במקרה שאין לך מספר זהות ישראלית
- ✍ אישור תקופות ביטוח של המנוח בכל מדינה, מלבד ישראל
- ✍ אם ברצונך שהקצבה תשולם לחשבונך בחו"ל, אנא המצא אישור מודפס מהבנק ובו הפרטים הבאים: שמות בעל/י החשבון, מספר ה-IBAN ושם וכתובת הבנק.
- ✍ אם ברצונך שבקצבה תשולם לחשבונך בישראל, נא מלא את פרטי הבנק בטופס התביעה זה.
- ✍ לתשומת לבך: החשבון חייב תמיד להיות על שמך.
- ✍ אם יש לך ילדים שטרם מולאו להם 24 שנים:
- ✍ תעודת לידה וצילום דרכון לכל ילד אם הילד לא רשום בישראל
- ✍ אישור חיים לכל ילד
- ✍ לפני הגשת התביעה – בדוק האם עליך לצרף מסמכים נוספים, לפי ההנחיות בגוף התביעה.

לא למניח בלבד: בנוסף למסמכים הרשומים מעלה, אנא צרף לבקשה זו גם

- ✍ שומת מס ההכנסה שלך שהתקבלה בחו"ל החל משנה ההתאלמנות
- ✍ אם אתה עובד שכיר: תלושי שכר לשנה הנוכחית
- ✍ אם אתה עובד עצמאי: הצהרת רואה חשבון על הכנסותיך
- ✍ אם אתה שכיר שהפסיק לעבוד או צמצם את היקף עבודתו, צרף על כך אישור רשמי מהמעסיק

כיצד להגיש את התביעה

- ✍ ניתן להגיש את התביעה עם הנספחים לפי הכתובת: רח' יפו 217, ירושלים 9199908, בפקס שמספרו 972-2-6512683 או [באמצעות האתר](#) ("פנייה לאמנות בינלאומיות"). אין חובה להגיש מסמכים מקוריים. עם זאת, הביטוח הלאומי יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינם ברורים, או מכל סיבה אחרת, לפי שיקול דעתו של הפקיד.
- ✍ לשאלות ולבירורים יש לפנות למוקד הטלפוני שמספרו *6050. מספר [המוקד הטלפוני למתקשרים מחוץ לישראל](#) הוא 972-8-9369669.
- ✍ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי www.btl.gov.il.

יש לחתום על התביעה לפני שליחתו - טופס שיוגש לא חתום, יוחזר לתובע



תביעה לקצבת שאירים Survivors' Pension

עמוד 1 מתוך 8

1

Details of deceased

פרטים על המנוח

מספר זהות ישראלי Israeli Identity number	שם פרטי (עברית) First name (Hebrew)	שם משפחה (עברית) Family name (Hebrew)
<div>ס"ב</div> <div></div>		
מין / Sex	שם פרטי (אנגלית) First name (English)	שם משפחה (אנגלית) Family name (English)
F / נ <input type="checkbox"/> M / ז <input type="checkbox"/>		
ארץ לידה Country of birth	תאריך לידה / Date of birth	המנוח עבד מחוץ לישראל The deceased worked outside of Israel
	<div>יום Day</div> <div>חודש Month</div> <div>שנה Year</div>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> no
תאריך יציאה מישראל Date of leaving Israel	תאריך הגירה למדינת המגורים האחרונה Date of immigration to the last country of residence	מדינת המגורים האחרונה Last country of residence
<div>יום Day</div> <div>חודש Month</div> <div>שנה Year</div>	<div>יום Day</div> <div>חודש Month</div> <div>שנה Year</div>	

Marital status at time of death

מצב משפחתי בעת הפטירה

רווקה ☐ Single נשואה ☐ Married אלמן/נה ☐ Widowed
גרופה ☐ Divorced פרודה ☐ Separated

מתאריך / since

יום Day

חודש Month

שנה Year

2

Details cause of death

פרטים על הפטירה

גורם מות Cause of death	סיבת הפטירה	תאריך פטירה Date of death
		<div>יום Day</div> <div>חודש Month</div> <div>שנה Year</div>
שם המוסד הסוציאלי המבטח בחו"ל Name of the social insurance institution abroad	מספר הביטוח הסוציאלי של המנוח במדינת המגורים האחרונה Social security number of the deceased in the last country of residence	

Details on staying in Israel and abroad of the deceased

פרטים על שהות של המנוח/ה בארץ ובחו"ל

יש לציין רק תקופות העולות על 5 שנים רצופות מגיל 18 או מיום העלייה
Please mention periods longer than 5 consecutive years from the age of 18 only, or the day of immigration

מטרת השהות Purpose of stay	שם מדינה Name of the state	עד תאריך Until	מתאריך From
		<div> <div>שנה</div> <div>חודש</div> <div>יום</div> </div> <div> <div>Year</div> <div>Month</div> <div>Day</div> </div>	<div>1</div> <div> <div>שנה</div> <div>חודש</div> <div>יום</div> </div> <div> <div>Year</div> <div>Month</div> <div>Day</div> </div>
		<div> <div>שנה</div> <div>חודש</div> <div>יום</div> </div> <div> <div>Year</div> <div>Month</div> <div>Day</div> </div>	<div>2</div> <div> <div>שנה</div> <div>חודש</div> <div>יום</div> </div> <div> <div>Year</div> <div>Month</div> <div>Day</div> </div>
		<div> <div>שנה</div> <div>חודש</div> <div>יום</div> </div> <div> <div>Year</div> <div>Month</div> <div>Day</div> </div>	<div>3</div> <div> <div>שנה</div> <div>חודש</div> <div>יום</div> </div> <div> <div>Year</div> <div>Month</div> <div>Day</div> </div>
		<div> <div>שנה</div> <div>חודש</div> <div>יום</div> </div> <div> <div>Year</div> <div>Month</div> <div>Day</div> </div>	<div>4</div> <div> <div>שנה</div> <div>חודש</div> <div>יום</div> </div> <div> <div>Year</div> <div>Month</div> <div>Day</div> </div>

Particulars of widow/er

פרטי האלמן / אלמנה

מספר זהות ישראלי Israeli Identity number ס"ב <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	שם פרטי (עברית) First name (Hebrew)	שם משפחה (עברית) Family name (Hebrew)
	שם פרטי (אנגלית) First name (English)	שם משפחה (אנגלית) Family name (English)
	Sex / מין F / נ <input type="checkbox"/> M / ז <input type="checkbox"/>	Date of birth / תאריך לידה <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> יום Day חודש Month שנה Year </div>

Current address

כתובת נוכחית

כניסה Entrance	דירה Apartment	מס' בית House number	רחוב / תא דואר Street / POB
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>
מדינה Country	מיקוד Postal code	יישוב Town	
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	
_____ @ _____ Email address כתובת דואר אלקטרוני	טלפון נייד ללא קוד המדינה Mobile telephone number without international country code <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	טלפון קווי ללא קוד המדינה Telephone number without international country code <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	

אני **מסרב** לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל



I **refuse** to receive messages containing personal information through digital channels (text messages - SMS, email) instead of regular mail

Details of children

פרטי הילדים

List children only if they are

- a) under 18
- b) under 20, if still in high school
- c) under 24, if doing compulsory army service or national service ("sherut leumi") in Israel

Important: Eligibility for a supplement for children is checked also if the child does *not* have an Israeli ID number. In this case, please fill in the "[Application for registration](#)" (בל 1050) to be found on our website, for each child separately and attach the applications to this form. You may add the details of more children on a separate sheet

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

חשוב לדעת: האפשרות לתוספת עבור ילדים נבחנת גם אם אין להם מספר זהות ישראלי. במקרה זה, יש למלא גם "[שאלון לרישום נפש](#)" (בל 1050) שנמצא באתר שלנו, עבור כל ילד בנפרד ולצרף את השאלונים לטופס זה.
ניתן להוסיף פרטים של ילדים נוספים על גבי דף נפרד

<p>תאריך לידה Date of birth</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">שנה Year</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">חודש Month</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">יום Day</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	שנה Year	חודש Month	יום Day				<p>שם פרטי First name</p>	<p>שם משפחה Family name</p>	<p>מספר זהות Israeli ID number</p> <p style="text-align: right;">ס"ב</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
שנה Year	חודש Month	יום Day											
<p>Educational Institute</p>	<p>מוסד לימודים</p>	<p>גרה איתי Lives with me</p> <p>no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן</p>	<p>מצב משפחתי Marital status</p>	<p>מין sex</p> <p>F <input type="checkbox"/> נקבה M <input type="checkbox"/> זכר</p>	1								
<p>Duration of army- or national service</p> <p>to _____ עד _____</p>		<p>תקופת שרות בצה"ל או בשרות לאומי</p> <p>מ- _____ from _____</p>											
<p>תאריך לידה Date of birth</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">שנה Year</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">חודש Month</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">יום Day</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	שנה Year	חודש Month	יום Day				<p>שם פרטי First name</p>	<p>שם משפחה Family name</p>	<p>מספר זהות Israeli ID number</p> <p style="text-align: right;">ס"ב</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
שנה Year	חודש Month	יום Day											
<p>Educational institute</p>	<p>מוסד לימודים</p>	<p>גרה איתי Lives with me</p> <p>no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן</p>	<p>מצב משפחתי Marital status</p>	<p>מין sex</p> <p>F <input type="checkbox"/> נקבה M <input type="checkbox"/> זכר</p>	2								
<p>Duration of army- or national service</p> <p>to _____ עד _____</p>		<p>תקופת שרות בצה"ל או בשרות לאומי</p> <p>מ- _____ from _____</p>											
<p>תאריך לידה Date of birth</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">שנה Year</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">חודש Month</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">יום Day</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	שנה Year	חודש Month	יום Day				<p>שם פרטי First name</p>	<p>שם משפחה Family name</p>	<p>מספר זהות Israeli ID number</p> <p style="text-align: right;">ס"ב</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
שנה Year	חודש Month	יום Day											
<p>Educational institute</p>	<p>מוסד לימודים</p>	<p>גרה איתי Lives with me</p> <p>no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן</p>	<p>מצב משפחתי Marital status</p>	<p>מין sex</p> <p>F <input type="checkbox"/> נקבה M <input type="checkbox"/> זכר</p>	3								
<p>Duration of army- or national service</p> <p>to _____ עד _____</p>		<p>תקופת שרות בצה"ל או בשרות לאומי</p> <p>מ- _____ from _____</p>											

הצהרת הכנסות של האלמן (אלמנה לא צריכה למלא סעיף זה)

Income declaration of the widower. Widows do not need to fill out this section.

נא למלא את הטבלה על כל פרטיה ולציין את סוג המטבע. אם אין לך הכנסה, נא לרשום "אין". יש למלא את כל ההכנסות שהיו לך משנת ההתאלמנות ועד היום.

Please fill in all details and specify the currency. If you have no income, indicate "none". You must fill in all your income from the year your spouse passed away until today.

My income (in local currency)		הכנסותיי (במטבע מקומי)	תקופה Period
מדמי שכירות, דיווידנד או ריבית from rent, dividend or interest	מפנסיה, גמלה או רנטה from pension or benefit	מעבודה from employment / occupation	
			from _____ מ to _____ עד
			year _____ שנה
			year _____ שנה
			year _____ שנה
			year _____ שנה
			from _____ מ to _____ עד

I continue working

☐

אני ממשיך לעבוד

I do not continue working

☐

אני לא ממשיך לעבוד

Date on which I ceased working

תאריך הפסקת עבודתי האחרונה

יום	חודש	שנה
Day	Month	Year

חשוב לצרף אישור על הפסקת עבודתך מהמעסיק האחרון (אם רלוונטי).
נא לצרף אישורים המעידים על הכנסותיך (כגון: שומות מס, תלושי שכר, פנסיה, חוזה שכירות וכד')
עליך למלא סעיף זה לפי ההוראות הנ"ל כדי שתביעתך תטופל בהקדם.

It is important to attach a letter of termination of employment from your last employer (if applicable).
Please attach evidence proving your income (such as: income tax assessment, pay slips, pension slips, rental contract) and fill in this section according to the instructions mentioned above, so that we can process your claim as soon as possible.

Bank Details

פרטי חשבון בנק

אם ברצונך שהקצבה תשולם לך בחו"ל (לא בישראל), נא להמציא אישור רשמי של הבנק שלך ובו הפרטים הבאים: שם הבנק וכתובתו, שם בעל/י החשבון, קוד ה- BIC / קוד ה-SWIFT ומספר זה"ב (IBAN) - אם יש.

If you would like to receive the payment of your pension outside of Israel, you should attach an official bank account confirmation to this form, containing the name and address of your bank, the name(s) of the account holder(s), the BIC code / Swift code. and the IBAN No – if in use.

אני מבקש שהקצבה שלי תשולם לחשבון הבא:

I request that my pension will be paid into the following account:

סוג קרבה לתובע Relationship with claimant		שמות בעלי החשבון Names of bank account holders	
מספר חשבון Bank Account Number	מס' סניף Branch number	שם הסניף וכתובתו / Branch name and address	שם הבנק Name of the bank
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>			מספר / IBAN
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>			מספר BIC / Swift Code No.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר לביטוח הלאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם הביטוח הלאומי יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור לביטוח הלאומי את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני/ מסכים/ים כי הביטוח הלאומי יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור לביטוח הלאומי את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי הביטוח הלאומי רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

I agree that the aforementioned bank if requested to do so, will return payments from my account to the NII in cases where payments were deposited entirely or partly by mistake, or not in accordance with the law, and that the bank will notify the NII of the details of the withdrawers.

I / We agree that the NII will contact the aforementioned bank, using computerized communication, to verify my ownership of the bank account as I declared above and that the aforementioned bank and / or whoever works on its behalf, shall give the NII the information it needs to verify the bank account details I have given above. **Alternatively, I am aware that the NII may require additional documents and certificates to verify the details of the bank account I provided above and that I will have to supply these on demand.**

Additional details concerning the deceased

פרטים נוספים על המנוח

- Received an allowance from the Ministry of Defense ☐ קיבל תגמולים ממשרד הביטחון
- Served in the army or in the police at the date of death ☐ בעת הפטירה שירת/ה בצבא או במשטרה

Declaration

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.
ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
כמו כן אני מתחייב להודיע על כל יציאה למדינה שלישית לתקופה העולה על שלושה חודשים.

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____

I, the undersigned, hereby declare that all details I have given in the claim and the appendices are accurate and complete.

I am aware that providing incorrect details or withholding of data is a violation of the law and that a person who fraudulently or knowingly causes the payment of a pension or the increase of a pension by withholding relevant data, will be liable to a fine or imprisonment.

I am aware that any change in any information I have given in this claim or its appendixes, influences my eligibility for a benefit or creation of debt, and therefore I undertake to notify about any change within 30 days.

I also undertake to notify about all travel to a third country for a period exceeding three months.

I know that in any case of discrepancy between the original Hebrew text of this form and the English translation provided, the Hebrew version will prevail.

Date _____ Signature of signatory ✕ _____

Details of the signee who is not the claimant

מספר זהות ישראליית Israeli Identity number	שם פרטי (עברית) First name (Hebrew)	שם משפחה (עברית) Family name (Hebrew)
<div>ס"ב</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		
	שם פרטי (אנגלית) First name (English)	שם משפחה (אנגלית) Family name (English)

כניסה Entrance	דירה Apartment	מס' בית House number	רחוב / תא דואר Street / POB	
מדינה Country		מיקוד Postal code	יישוב Town	
_____ @ _____ Email address כתובת דואר		טלפון נייד ללא קוד המדינה Mobile telephone number without international country code <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	טלפון קווי ללא קוד המדינה Telephone number without international country code <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	

אני **מסרב** לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל



☐ **I refuse** to receive messages containing personal information through digital channels (text messages - SMS, email) instead of regular mail

* Family relationship *

**** Reason why the claim was filed **** _____

✎* If you are the legal guardian - please attach the court order

**** If you are not the legal guardian, you must provide a medical certificate testifying to the claimant's condition**

* יחסי קרבה *

**** הסיבה שבגינה הגיש תביעה ****

✎ * אם את/ה אפוטרופוס – יש לצרף צו מבית המשפט

**** אם אינך אפטרופוס עלייך להמציא אישור רפואי על מצבו של התובע**