



Solicitud de pensión para derecho habientes

Beneficios de acuerdo a los convenios internacionales

Si el cónyuge o uno de los progenitores estaba asegurado por el sistema de seguro social en Israel y en uno de los siguientes países: Argentina, Austria, Bélgica, Bulgaria, República Checa, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Italia, Países Bajos, Noruega, Polonia, Rumania, Rusia, Eslovaquia, Suecia, Suiza, Reino Unido, Uruguay, los supervivientes pueden presentar un formulario de "pensión para sobrevivientes", de acuerdo con el convenio entre Israel y el Estado del que se trate. Para presentar dicho formulario, por favor leer las siguientes instrucciones, completar el formulario adjunto y enviarlo al Departamento de Asuntos Internacionales.

Para que su pedido sea admitido, por favor lea los siguientes requisitos

- ↵ Una copia de su certificado de matrimonio, en el caso que el matrimonio no esté registrado en Israel.
- ↵ Una copia del certificado de defunción, si la fecha de fallecimiento no está registrada en Israel.
- ↵ Un [certificado de fe de vida](#) para usted, emitido en su país de residencia permanente.
- ↵ Una copia de su pasaporte si usted no posee un número de identidad israelí.
- ↵ Certificado de períodos asegurados del/de la difunto/a, por cada país excepto Israel.
- ↵ Si usted desea que su pensión sea pagada en su cuenta extranjera: envíe una confirmación impresa por parte de su banco que incluya: los nombres de los titulares de la cuenta, el IBAN (número de cuenta bancaria internacional) y el nombre y dirección del banco.

Si usted desea que su pensión sea pagada en su cuenta israelí, por favor especifique los datos del banco en el formulario de solicitud. Por favor, tenga en cuenta que la cuenta debe estar a su nombre.

- ↵ Si usted tiene hijos menores a 24 años:
 - Un certificado de nacimiento y una copia del pasaporte por cada hijo, si no está registrado en Israel.
 - Un certificado de fe de vida por cada hijo.
- ↵ Antes de presentar una solicitud verifique si se exige la presentación de documentación adicional en el formulario correspondiente.

Solo para viudos: a los documentos arriba detallados agregue también lo siguiente

- ↵ Su evaluación fiscal sobre los ingresos del año en el que su cónyuge falleció.
- ↵ Si es un trabajador en relación de dependencia: sus recibos de sueldo del año en curso.
- ↵ Si es un cuentapropista, una declaración de ingresos efectuado por su contador.
- ↵ Si usted dejó de trabajar o redujo la cantidad de horas de trabajo, una declaración oficial de su empleador.

Cómo presentar una solicitud

- ↵ Su solicitud, junto a los documentos pertinentes, debe enviarse al Instituto Nacional de Seguros, Oficina Central, Departamento de Asuntos Internacionales, a la siguiente dirección: calle Jaffa 217 Jerusalén 9199908, Israel.
Usted también puede presentar la solicitud y sus adjuntos vía fax al 972-2-6512683 o a través de nuestro sitio web ("apartado Convenios Internacionales"). No se exige presentar los documentos originales. No obstante, el Instituto Nacional de Seguros podrá pedirle algún documento original, si su copia o fax fuera ilegible o por cualquier otro motivo, de acuerdo al criterio del funcionario interviniente.
- ↵ Por dudas y preguntas, comuníquese con el centro de atención telefónica al *6050. Para llamar desde el exterior, marque 972-8-9369669.
- ↵ Para más información, consulte el sitio web www.btl.gov.il.

Por favor, firme su solicitud antes de entregarla - El formulario sin firma será devuelto al solicitante

Este formulario refiere a cada género de manera indistinta, salvo que se especifique lo contrario.



תביעה לקצבת שאירים

ביטוח במדינות האמנה

אם בן/בת זוג או הורה ז"ל היה מבוטח 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 בעלי 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 למנים 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](mailto:ammanot@btli.gov.il) ("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](mailto:ammanot@btli.gov.il) 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

טופס זה פונה לשני המינים, למעט אם נאמר אחרת במפורש



תביעה לקצבת שאירים
Solicitud de pensión para derechohabientes

עמוד 1 מתוך 8 / 8

1

Datos de la persona fallecida

פרטים על המנוח

מספר זהות ישראלי Número de identificación israelí	שם פרטי (עברית) Nombre (en hebreo)	שם משפחה (עברית) Apellido (en hebreo)
Sexo / מין F / נ <input type="checkbox"/> M / ז <input type="checkbox"/>	שם פרטי (אנגלית) Nombre (en inglés)	שם משפחה (אנגלית) Apellido (en inglés)
País de nacimiento / ארץ לידה	Fecha de nacimiento / תאריך לידה שנה / חודש / יום Año / Mes / Día	המנוח עבד מחוץ לישראל? ¿El fallecimiento se produjo fuera de Israel? כן <input type="checkbox"/> sí לא <input type="checkbox"/> no
תאריך יציאה מישראל Fecha de partida de Israel שנה / חודש / יום Año / Mes / Día	תאריך הגירה למדינת המגורים האחרונה Fecha de migración al último país de residencia שנה / חודש / יום Año / Mes / Día	מדינת המגורים האחרונה Último país de residencia

Estado civil al momento del fallecimiento

מצב משפחתי בעת הפטירה

אלמן/נה Viudo נשוי/ה Casado פרודה/ה Separado

רווק/ה Soltero גרוש/ה Divorciado

מתאריך / desde
שנה / חודש / יום
Año / Mes / Día

Causa del deceso

פרטים על הפטירה

סיבת הפטירה	תאריך פטירה Fecha del fallecimiento שנה / חודש / יום Año / Mes / Día
שם המוסד הסוציאלי המבטח בח"ל Nombre de la institución de seguridad social en el extranjero	מספר הביטוח הסוציאלי של המנוח במדינת המגורים האחרונה Número de seguridad social de la persona fallecida en su último país de residencia

2

פרטים על שהות של המנוח/ה בארץ ובח"ל

Detalles sobre la estadía de la persona fallecida en Israel y en el extranjero

יש לציין רק תקופות העולות על 5 שנים רצופות מגיל 18 או מיום העלייה
Sólo se deben especificar los períodos que excedan de 5 años consecutivos desde la edad de 18 años o desde la fecha de inmigración.

מטרת השהות Propósito de la estadía	שם מדינה Nombre del país	Hasta עד תאריך	Desde מתאריך
		<p>יום חודש שנה Día Mes Año</p>	<p>1</p> <p>יום חודש שנה Día Mes Año</p>
		<p>יום חודש שנה Día Mes Año</p>	<p>2</p> <p>יום חודש שנה Día Mes Año</p>
		<p>יום חודש שנה Día Mes Año</p>	<p>3</p> <p>יום חודש שנה Día Mes Año</p>
		<p>יום חודש שנה Día Mes Año</p>	<p>4</p> <p>יום חודש שנה Día Mes Año</p>

Datos del/de la viudo/a

פרטי האלמן / אלמנה

מספר זהות ישראליית Número de identificación israelí _____	שם פרטי (עברית) Nombre (en hebreo)	שם משפחה (עברית) Apellido (en hebreo)
	שם פרטי (אנגלית) Nombre (en inglés)	שם משפחה (אנגלית) Apellido (en inglés)
	Sexo / מין F / נ <input type="checkbox"/> M / ז <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento / תאריך לידה _____ יום חודש שנה Día Mes Año

Dirección actual

כתובת נוכחית

כניסה Entrada	דירה Departamento	מס' בית Número de casa	רחוב / תא דואר Calle / Apartado de correo
מדינה País	מיקוד Código postal	יישוב Ciudad	
_____ @ _____ Email כתובת דואר אלקטרוני	טלפון נייד ללא קוד המדינה Número de teléfono celular (sin código internacional) _____	טלפון קווי ללא קוד המדינה Número de teléfono de línea (sin código internacional) _____	

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

Me niego a recibir mensajes que contengan información personal a través de canales digitales (mensajes de texto – SMS, correo electrónico), en lugar del correo postal.

הצהרת הכנסות של האלמן (אלמנה לא צריכה למלא סעיף זה)
Declaración de ingresos del viudo. Las viudas no necesitan completar esta sección

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.

Por favor, complete todos los datos e indique la moneda. Si no tiene ingresos, indique "ninguno". Debe completar todos sus ingresos desde el año del fallecimiento de su cónyuge hasta la fecha.

הכנסותיי (במטבע מקומי) / Mis ingresos (en moneda local)			תקופה / Período
מדמי שכירות, דיווידנד או ריבית De rentas, dividendos o intereses	מפנסיה, גמלה או רנטה De pensión o beneficio	מעבודה De trabajo u ocupación	
			desde _____ מ hasta _____ עד
			año _____ שנה
			desde _____ מ hasta _____ עד

Continúo trabajando
 No continúo trabajando
Fecha en la que cesé de trabajar

אני ממשיך לעבוד
 אני לא ממשיך לעבוד
תאריך הפסקת עבודתי האחרונה

יום Día	חודש Mes	שנה Año							

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.

Es importante que adjunte un comprobante de despido o telegrama de renuncia enviado a su último empleador (si corresponde).
Adjunte comprobantes de ingresos (por ejemplo, liquidaciones de impuestos, liquidaciones salariales, comprobantes de pensión o contratos de alquiler) y complete esta sección siguiendo las instrucciones anteriores para que podamos procesar su solicitud lo antes posible.

Detalles adicionales de la persona fallecida

פרטים נוספים על המנוח

Recibió una asignación del Ministerio de Defensa	<input type="checkbox"/>	קיבל תגמולים ממשרד הביטחון
Servía en el ejército o en la policía a la fecha de su fallecimiento	<input type="checkbox"/>	בעת הפטירה שירת/ה בצבא או במשטרה

Declaración

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 **x** _____

Yo, el abajo firmante, declaro por la presente que toda la información que he proporcionado en la solicitud y sus anexos es exacta y completa.

Soy consciente de que proporcionar información incorrecta o retener datos constituye una infracción a la ley y que quien, de forma fraudulenta o a sabiendas, cauce el pago o incremento de una pensión reteniendo datos relevantes, será pasible de una multa o pena de prisión.

Soy consciente de que cualquier cambio en la información que he proporcionado en esta solicitud o sus anexos influirá en mi elegibilidad para una prestación o en la generación de deuda, y por lo tanto, me comprometo a notificar cualquier cambio en un plazo de 30 días.

También me comprometo a notificar cualquier viaje que pretenda realizar a un tercer país por un período superior a tres meses.

Comprendo que prevalecerá la versión en hebreo en caso de discrepancia entre el texto original en hebreo de este formulario y la traducción al castellano proporcionada.

Fecha _____

Firma **x** _____

פרטי החותם על התביעה שאינו התובע		Datos del firmante que no es el reclamante
שם פרטי (עברית) Nombre (en hebreo)	שם משפחה (עברית) Apellido (en hebreo)	מספר זהות ישראלי Número de identificación israelí
שם פרטי (אנגלית) Nombre (en inglés)	שם משפחה (אנגלית) Apellido (en inglés)	

כניסה Entrada	דירה Departamento	מס' בית Número de casa	רחוב / תא דואר Calle / Apartado de correo	
	מדינה País	מיקוד Código postal	יישוב Ciudad	
_____ @ _____ Email כתובת דואר אלקטרוני		טלפון נייד ללא קוד המדינה Número de teléfono celular (sin código internacional)	טלפון קווי ללא קוד המדינה Número de teléfono de línea (sin código internacional)	
אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל				
<input type="checkbox"/>				
Me niego a recibir mensajes que contengan información personal a través de canales digitales (mensajes de texto – SMS, correo electrónico), en lugar del correo postal.				
*Vínculo o relación familiar: * _____ ** Motivo por el cual se presentó el reclamo ** _____		* יחסי קרבה * _____ ** הסיבה שבגינה הגיש תביעה ** _____ * אם את/ה אפטרופוס – יש לצרף צו מבית המשפט ** אם אינך אפטרופוס עלייך להמציא אישור רפואי על מצבו של התובע		
* Si usted es el tutor legal, adjunte la orden judicial ** * Si no es el tutor legal, deberá proporcionar un certificado médico que acredite la condición del reclamante.				