

הסכם בין הרפובליקה הפדרלית של גרמניה לבין מדינת ישראל לביטחון סוציאלי
Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem Staat Israel über Soziale Sicherheit

Antrag auf Versichertenrente
aus der Deutschen Rentenversicherung

תביעה לקצבת זקנה
מהביטוח הסוציאלי הגרמני

Bitte beachten Sie die beiliegenden Erläuterungen beim Ausfüllen des Antrages. Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen Sie alle notwendigen Nachweise bei.

נא לקחת בחשבון את ההבהרות המצורפות כדי למלא טופס זה. נא לענות על כל השאלות באופן ברור ומדויק ולסמן את המתאים ב-X. נא לצרף את כל ההוכחות הדרושות.

Bitte mit lateinischen Buchstaben ausfüllen!

נא למלא את הטופס באותיות לועזיות!

A Angaben zum Versicherten

פרטים אישיים של המבוטח *

1	Deutsche Versicherungsnummer		מס' הביטוח/ מס' התיק הגרמני
2	Kennzeichen (soweit bekannt)		קוד (אם ידוע)
3	Israelische Identitätsnummer		מס' הזהות הישראלי
4	Name		שם המשפחה
5	Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)		שמות פרטיים (נא למתוח קו תחת השם הידוע)
6	Geburtsname (wenn abweichend)		שם הנעורים/ שם המשפחה לפני הנשואים (אם שונה)
7	Frühere Namen		שמות קודמים
8	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen)	יום Tag חודש Monat שנה Jahr	תאריך לידה (נא לצרף תעודת לידה/ מסמך שמוכיח את תאריך הלידה או להשיג אימות בסעיף J של טופס זה.)
9	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)		מקום לידה (אזור, מחוז, מדינה)
10	Geschlecht	<input type="checkbox"/> זכר männlich <input type="checkbox"/> נקבה weiblich <input type="checkbox"/> נמנע ohne Eintrag <input type="checkbox"/> שונה divers	מין
11	Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen)		אזרחות/יות נוכחית/ויות (נא לצרף הוכחה או להשיג אימות בסעיף J של טופס זה.)
12	Anschrift		כתובת
13	Telefonnummer		מספר טלפון
14	Telefaxnummer		מספר פקס

* טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד
(Dieser Vordruck ist in der männlichen Sprachform verfasst, wendet sich aber gleichermaßen an Frauen und Männer)



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

E Angaben zum deutschen Versicherungsleben

Bitte machen Sie hier Angaben über

- Beschäftigungszeiten
- Zeiten der selbständigen Tätigkeit
- freiwillige Beitragszahlungen
- Ersatzzeiten (z. B. Wehrdienst, Kriegsgefangenschaft, Vertreibung)

Beschränken Sie sich dabei auf die Zeiten, die nicht in Ihrem Versicherungsverlauf enthalten sind und fügen Sie bitte entsprechende Nachweise bei. Einen Versicherungsverlauf können Sie bei Bedarf von Ihrem deutschen Rentenversicherungsträger anfordern.

נתונים על תקופות ביטוח גרמניות

נא למלא את הנתונים הבאים:

- תקופות תעסוקה
 - תקופות של עבודה עצמאית
 - תקופות של תשלום דמי ביטוח מרצון
 - תקופות תחליף (למשל שירות צבא, מאסר מלחמה, גירוש)
- הגבל את עצמך על תקופות שאינן נכללות בעבר הביטוחי שלך וצרף הוכחות מתאימות. במידת הצורך אתה יכול לפנות למוסד לביטוח הסוציאלי הגרמני הממונה עליך על מנת לקבל מידע על העבר הביטוחי שלך.

תקופה מתאריך - עד שנה / חודש / יום	תאר את סוג התעסוקה או העבודה העצמאית שביצעת (תרשום את סוג התקופה עבור תקופות תחליף)	שם וכתובת של המעסיק / חברה, במידה ואתה עצמאי יש לרשום "עצמאי"	שם וכתובת של קופת החולים בה היית מבוטח (Ersatzkasse, Innungskrankenkasse, AOK)
Zeitraum vom - bis Tag / Monat / Jahr	Genauere Bezeichnung der ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit (Bei Ersatzzeiten bitte die Art der Zeit angeben)	Name und Anschrift des Arbeitgebers / Unternehmens, bei Selbständigkeit bitte "selbständig" angeben	Name und Anschrift der Krankenkasse, bei der Sie versichert waren (z. B. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)

אם המקום לא מספיק, נא לצרף ולהמשיך בדף נוסף! / Falls Platz nicht ausreicht, bitte auf gesondertem Blatt fortsetzen!



F Weitere Angaben zum Versicherungsleben
(Bitte Nachweise beifügen, soweit nicht bereits früher übersandt)

נתונים נוספים על העבר הביטוחי
(נא לצרף הוכחות אם עוד לא שלחת בעבר)

<p>1 Sind Ihnen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden?</p> <p>Falls ja, bitte angeben: - Versicherungsträger - Versicherungsnummer, Aktenzeichen</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם אי-פעם קיבלת החזר של דמי ביטוח מהביטוח הסוציאלי הגרמני?</p> <p>אם כן, נא לרשום: - שם המוסד לביטוח הסוציאלי - מס' הביטוח, מס' התיק</p>
<p>2 Wurde für Sie ein Versorgungsausgleich nach deutschem Recht durchgeführt?</p> <p>Falls ja, - lebt Ihr früherer Partner noch? - Name und Anschrift des früheren Partners</p> <p>- sind Sie Ihrem früheren Partner zum Unterhalt verpflichtet oder haben Sie diesem eine Abfindung gezahlt? (Bitte Unterhaltstitel oder -vereinbarung und Zahlungsnachweis beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם בוצעה בשבילך חלוקה והתאמה על-פי החוק הגרמני של הזכויות לפנסיה שהצטברו בתקופת הנישואין?</p> <p>אם כן: - האם בן/בת הזוג הקודם שלך עדיין בחיים? - שם וכתובת בן/בת הזוג לשעבר</p> <p>- האם את/ה מחויבת/לשלם מזונות לבן/בת הזוג הקודם שלך או שילמת לה/לו פיצויים? (נא לצרף צו לתשלום מזונות או הסכם מזונות והוכחה לתשלום)</p>
<p>3 Haben Sie in Deutschland eine Berufsausbildung gemacht (auch ohne Abschluss)?</p> <p>Zeitraum</p> <p>Art der Berufsausbildung (Bitte Nachweis beifügen)</p> <p>ggf. Abschluss am (Bitte Nachweis beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p>bis / עד vom / מתאריך</p> <p>יום חודש שנה Tag Monat Jahr</p>	<p>האם למדת בגרמניה לימודים מקצועיים (גם ללא תעודת סיום)?</p> <p>תקופה</p> <p>סוג הלימודים המקצועיים (נא לצרף הוכחה) אם נכון: תאריך סיום הלימודים (נא לצרף הוכחה)</p>
<p>4 Waren Sie in Deutschland arbeitsunfähig oder haben Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p>bis / עד vom / מתאריך</p> <p>bis / עד vom / מתאריך</p>	<p>האם היית חולה (לא מסוגל לעבוד) בגרמניה או קיבלת שיקום בריאותי בתקופות שלא נכללות בעבר הביטוחי שלך?</p> <p>תקופות (נא לצרף הוכחות)</p>
<p>5 Waren Sie in Deutschland arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p>bis / עד vom / מתאריך</p> <p>bis / עד vom / מתאריך</p>	<p>האם היית רשום כמובטל בגרמניה ותקופה זו לא נכללת בעבר הביטוחי שלך?</p> <p>תקופות (נא לצרף הוכחות)</p>
<p>6 Haben Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung in Deutschland oder im Ausland absolviert und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p>bis / עד vom / מתאריך</p> <p>bis / עד vom / מתאריך</p>	<p>האם סיימת לימודים בבית ספר, בית ספר טכני, מכללה או אוניברסיטה בגרמניה או בחו"ל לאחר גיל 17 ותקופה זו לא נכללת בעבר הביטוחי שלך?</p> <p>תקופות (נא לצרף הוכחות)</p>



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

K Zahlungserklärung

הצהרת תשלום

<p>1 Konto in Israel Die Leistung soll durch Überweisung auf mein Konto bei einem Geldinstitut in Israel gezahlt werden.</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Name der Bank des Zahlungsempfängers</p> <p>Anschrift der Bank des Zahlungsempfängers</p> <p>Ort, Provinz, Postleitzahl</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>חשבון בישראל אני מבקש להעביר את הקצבה לחשבון שלי בבנק בישראל.</p> <p>שם הבנק של מקבל התשלום</p> <p>כתובת הבנק של מקבל התשלום</p> <p>ישוב, אזור, מיקוד</p> <p>סוויפט קוד - SWIFT</p> <p>מס' החשבון הבינלאומי IBAN</p>
<p>- Ich bin alleiniger Inhaber des oben genannten Kontos und allein darüber Verfügungsberechtigt.</p> <p>- Das oben genannte Konto ist ein Gemeinschaftskonto, dessen Inhaber ich und mein Ehepartner sind. (Bitte auch den Mitinhaber am Ende des Teils K unterschreiben lassen)</p> <p>- Für das oben genannte Konto wurde eine Kontovollmacht erteilt für</p> <p>Name und Anschrift (Bitte auch den Kontobevollmächtigten am Ende des Teils K unterschreiben lassen)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>- אני לבד בעל החשבון והמורשה הבלעדי של החשבון הנ"ל.</p> <p>- החשבון הנ"ל הוא חשבון משותף בבעלותי ובבעלות בן/בת זוגי.</p> <p>(השותף בחשבון חייב גם לחתום בסוף סעיף K של הטופס)</p> <p>- נתתי ייפוי כוח עבור החשבון הנ"ל עבור</p> <p>שם וכתובת המורשה (גם על מורשה החשבון לחתום בסוף סעיף K של הטופס)</p>
<p>2 Konto in Deutschland Die Leistung soll durch Überweisung auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland gezahlt werden.</p> <p>Name des Geldinstituts</p> <p>Anschrift des Geldinstituts</p> <p>Name und Anschrift des Kontoinhabers, sofern vom Berechtigten abweichend, bzw. des Kontomitinhabers oder Kontobevollmächtigten (Bitte auch den Kontomitinhaber / Kontobevollmächtigten am Ende des Teils K unterschreiben lassen)</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>חשבון בגרמניה יש להעביר את הקצבה לחשבון בבנק ברפובליקה הפדרלית של גרמניה.</p> <p>שם הבנק</p> <p>כתובת הבנק</p> <p>שם מלא וכתובת של בעל החשבון אם הוא לא הזכאי לתשלום, או של השותף בחשבון או של המורשה לחשבון (גם על השותף בחשבון או המורשה לחשבון לחתום בסוף סעיף K של הטופס)</p> <p>סוויפט קוד - SWIFT</p> <p>מס' החשבון הבינלאומי IBAN</p>



L Angaben zur Erwerbsminderung

Bitte nur ausfüllen, wenn Rente wegen Erwerbsminderung beantragt wird.

Sollten Sie über aktuelle ärztliche Unterlagen / Krankenhausberichte verfügen, so legen Sie diese bitte in Kopie bei.

נתונים לגבי אובדן כושר עבודה חלקי או מלא

נא למלא פרק זה רק אם נתבעת קצבה בגין אובדן כושר עבודה.

באם יש לרשותך מסמכים ודוחות רפואיים חדשים או סיכום מבית חולים, נא לצרף העתקים.

<p>1 Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank? Falls ja, seit wann?</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p>יום Tag יום Tag יום Tag שנה Jahr חודש Monat שנה Jahr</p>	<p>האם אתה כרגע בלתי-מסוגל לעבוד עקב מחלה? אם כן, ממת'י ?</p>
<p>2 Seit wann halten Sie sich für erwerbsgemindert?</p>	<p>יום Tag יום Tag יום Tag שנה Jahr חודש Monat שנה Jahr</p>	<p>מתי התחלת, לפי דעתך, לאבד את כושר העבודה?</p>
<p>3 Haben Sie ab diesem Zeitpunkt Erwerbseinkommen bezogen aus - abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgeld vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם מאז שהתחלת לאבד את כושר העבודה הייתה לך פרנסה/הכנסה מעבודה כמועסק (כולל פנסיה מוקדמת מהמעסיק) הכנסה ברוטו חודשית (נא לצרף אישור מהמעסיק)</p>
<p>- selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit; Land- und Forstwirtschaft) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuerklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>מעבודה עצמאית (עסק, פעילות מסחרית, עבודה עצמאית חקלאות, ייעור) רווח חודשי צפוי על-פי חוק מסים (נא לצרף דו"ח מס אחרון או אישור מרואה חשבון / יועץ מסים)</p>
<p>4 Haben Sie ab diesem Zeitpunkt kurzfristiges Erwerbsersatzekommen bezogen aus - gesetzlicher Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfalls, Berufskrankheit usw.</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם מאז קיבלת הכנסה חילופית במקום שכר עבודה או פיצוי שכר לזמן קצר - מקצבה מוגדרת בחוק בגלל אי כושר עבודה עקב מחלה, תאונה או מחלה תעסוקתית וכו' סוג הקצבה</p>
<p>Art der Leistung Bezugszeitraum Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - Bemessungsgrundlage (Bitte Nachweis beifügen)</p>	<p>bis / עד vom / מתאריך</p>	<p>תקופת קבלת הקצבה סכום הכנסת הברוטו החודשי שעליו מבוססת הקצבה המוגדרת בחוק - בסיס הערכה (נא לצרף הוכחה)</p>
<p>- gesetzlicher Leistung wegen Arbeitslosigkeit, Kurzarbeitergeld, witterungsbedingten Arbeitsausfalls - gesetzlicher Leistung wegen Mutterschaft</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja <input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>- מקצבה המוגדרת בחוק בעקבות אבטלה, עבודה מקוצרת, הפסד של שעות עבודה בגלל מזג אוויר - מקצבה המוגדרת בחוק בעקבות אמהות סוג הקצבה</p>
<p>Art der Leistung Bezugszeitraum Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - Bemessungsgrundlage (Bitte Nachweis beifügen)</p>	<p>bis / עד vom / מתאריך</p>	<p>תקופת קבלת הקצבה סכום הכנסת הברוטו החודשי שעליו מבוססת הקצבה המוגדרת בחוק - בסיס הערכה (נא לצרף הוכחה)</p>
<p>Ich bin damit einverstanden, dass ein zurückzahlender Betrag von bis zu 200 EUR von meiner laufenden Rente bis zu deren Hälfte einbehalten wird.</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>אני מסכים שסכום החזר של עד 200 אירו ינוכה מהקצבה השוטפת שלי עד למחצית התשלום החודשי.</p>



