



תביעה לקצבת שאירים - עברית / אנגלית

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 ☐ F נקבה ☐ מין								שם פרטי (לועזית) First Name (Latin Letters)				שם משפחה (לועזית) Last Name (Latin letters)			
עבד/ה מחוץ לישראל				Last address כתובת אחרונה											
The deceased worked abroad (outside of Israel) no ☐ לא yes ☐ כן				מדינה State		עיר Town		מיקוד Zip code		רחוב Street		מס' בית Number			

Marital status	מצב משפחתי	ארץ מגורים לפני העלייה Immigrated to Israel from	ארץ לידה Country of birth	תאריך לידה Date of birth
Single ☐	רווק/ה			
Married ☐	נשוי/אה			
Widowed ☐	אלמן/נה	יציאה מישראל למטרת	תאריך יציאה מישראל	תאריך עלייה לישראל
Divorced ☐	גרופה	Purpose of leaving Israel	Date of leaving Israel	Date of immigration to Israel
Separated ☐	פרוד/ה			
Since	מתאריך			

ב. פרטים על הפטירה

Cause of decease

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

Name of the insuring institution _____

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		מס' בית			
Email										כתובת דואר אלקטרוני				Tel.											

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 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

Child	3	2	1	הילד
Israeli ID Number				מספר זהות ישראלי
Name				שם
Date of birth				תאריך לידה
Sex	M ☐ זכר F ☐ נקבה	M ☐ זכר F ☐ נקבה	M ☐ זכר F ☐ נקבה	מין
Marital status				מצב משפחתי
Lives with me	no ☐ לא yes ☐ כן	no ☐ לא yes ☐ כן	no ☐ לא yes ☐ 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 תשולם 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		☐	החשבון מתנהל על שמי בלבד
☐ החשבון מתנהל על שמי ועל שם _____, סוג הקרבה _____ (בן / בת, אח, וכו')			
☐ 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 להחתימה על טופס עדכון החשבון. אנו מסכימים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיפוי 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 כדין, 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/ים		Signature of pension recipient חתימת מקבל הגמלה	Date תאריך

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	נא לציין: לגבי שכיר - שם המעביד וכתובתו; לגבי עצמאי - שם העסק וכתובתו; לגבי אחרים - מקורות מחייה	תקופה		
from	to		עד	החל ב-

G. Other particulars concerning deceased

2. פרטים אחרים על המנוח/ה

The deceased	No	כן	המנוח/ה
Received a pension from the Israeli National Insurance Institute	☐	☐	קיבל/ה קצבה מביטוח לאומי
Received an allowance from the Ministry of Defense	☐	☐	קיבל/ה תגמולים ממשדד הביטחון
At the time of his / her decease served in the army or the police	☐	☐	בעת הפטירה שירת/ה בצבא או במשטרה

H. Particulars concerning widower's income

3. פרטים על ההכנסות של האלמן

Please specify currency in each case (NIS, \$, Euro etc.)

נא לציין את סוג המטבע, כגון שקל חדש, דולר, אירו וכדומה.

If you have no income please specify "none"

אם אין הכנסה יש לרשום "אין"

הכנסות אחרות	other income	שכר דירה, דיווידנדים, ריבית, הכנסות מרכוש	rentals, dividends, interest, income from property	פנסיה \ רנטה מחו"ל	pension \ reparations from abroad	פנסיה בישראל	pension from Israel	עבודה	work
Sum									
Date (month and year)									

I. Further particulars on widow/er

ט. פרטים נוספים על האלמן/נה

I was the spouse or common-law spouse of the deceased	מ- _____ עד _____	הייתי בן/בת הזוג של האלמן/נה
I lived separately from the deceased	מ- _____ עד _____	חייתי בנפרד מהמנוח/ה
the pension of the deceased was withdrawn from the bank after his / her decease	כן ☐ לא ☐ על ידי _____	קצבת המנוח/ה נגבתה לאחר הפטירה
I receive a pension from the National Insurance Institute	כן ☐ לא ☐	משתלמת לי קצבה מביטוח לאומי
I receive an allowance from the Ministry of Defense	כן ☐ לא ☐ kind of allowance _____ file number _____	משתלם לי תגמול ממשרד הביטחון סוג התגמול _____ מס' תיק _____

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
--------------------	---------------	-------------------------------