

עמוד 1 מתוך 4

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                 מס' זהות                  סוג                  01             </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                 דפים                  המסמך             </div> </div>										לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------------

**National Insurance Institute**  
 Department of Old-Age and Survivors  
 13 Weizmann Avenue  
 Jerusalem 91909, Israel

**המוסד לביטוח לאומי**  
 אגף קצבאות אזרחים  
 ותיקים ושאיירים  
 שדרות ויצמן 13  
 ירושלים 91909



Survivors Pension Claim - Hebrew / English

תביעה לקצבת שאירים - עברית / אנגלית

**A. Particulars of deceased**

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

Marital status										מצב משפחתי										ארץ מגורים לפני העלייה										Immigrated to Israel from										ארץ לידה										Country of birth										תאריך לידה										Date of birth																																																																																																													
Single										רווקה										Married										נשואה										Widowed										אלמן/נה										Divorced										גרושה										Separated										פרודה										Since										מתאריך										יציאה מישראל למטרת										Purpose of leaving Israel										תאריך יציאה מישראל										Date of leaving Israel										תאריך עלייה לישראל										Date of immigration to Israel									

**B. Particulars of decease**

ב. פרטים על הפטירה

Date of decease \_\_\_\_\_ תאריך הפטירה

Cause of decease \_\_\_\_\_ נסיבות הפטירה

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

Name of the insuring institution \_\_\_\_\_

**C. Particulars of widow/er**

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										Mס' בית										number									
Email										כתובת דואר אלקטרוני										Tel.										טלפון																																																																																									

#### 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 ל/לה 18 שנים
- (ב) לא מלאו ל/לה 20 שנים ולומד/ת בתיכון
- (ג) לא מלאו ל/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 <input type="checkbox"/> זכר F <input type="checkbox"/> נקבה	M <input type="checkbox"/> זכר F <input type="checkbox"/> נקבה	M <input type="checkbox"/> זכר F <input type="checkbox"/> נקבה	מין
Marital status				מצב משפחתי
Lives with me	no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן	no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן	no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> 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 תשלום 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		<input type="checkbox"/>	החשבון מתנהל על שמי בלבד
_____ סוג הקרבה , _____ (בן / בת, אח, וכו')		<input type="checkbox"/>	החשבון מתנהל על שמי ועל שם _____
<input type="checkbox"/> the account is held in my name and in the name of _____		_____ , kind of relation _____ (son / daughter, brother etc)	
<b>Bank account member's declaration</b> 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.		<b>הצהרות השותפים לחשבון</b> אנו מתחייבים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון החשבון. אנו מסכימים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופיו 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/פים	Signature of pension recipient חתימת מקבל הגמלה	Date תאריך	

עמוד 3 מתוך 4

**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		<p>נא לציין: לגבי שכיר - שם המעביד וכתובתו; לגבי עצמאי - שם העסק וכתובתו; לגבי אחרים - מקורות מחייה</p> <p>Please specify - for employee: name and address of employer; for self-employed; name and address of business; others: source of income</p>	<p>התעסקות: ציין - "עובד שכיר", "עצמאי", מחוסר עבודה" וכו'.</p> <p>Occupation: specify - "employee", "self-employed", "unemployed" etc.</p>	תקופה	
from	to			עד	החל ב-

**G. Other particulars concerning deceased**

**2. פרטים אחרים על המנוח/ה**

The deceased	No	לא	Yes	כן	המנוח/ה
Received a pension from the Israeli National Insurance Institute	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		קיבל/ה קצבה מביטוח לאומי
Received an allowance from the Ministry of Defense	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		קיבל/ה תגמולים ממשרד הביטחון
At the time of his / her decease served in the army or the police	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		בעת הפטירה שירת/ה בצבא או במשטרה

**H. Particulars concerning widower's income**

Please specify currency in each case (NIS, \$, Euro etc.)  
If you have no income please specify "none"

**3. פרטים על ההכנסות של האלמן**

נא לציין את סוג המטבע, כגון שקל חדש, דולר, אירו וכדומה.  
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						הסכום
Date (month and year)						המועד (חודש ושנה)

**I. Further particulars on widow/er**

**ט. פרטים נוספים על האלמן/נה**

I was the spouse or common-law spouse of the deceased	no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן from _____ מ- to _____ עד	הייתי בן/בת הזוג של האלמן/נה
I lived separately from the deceased	no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן from _____ מ- to _____ עד	חייתי בנפרד מהמנוח/ה
the pension of the deceased was withdrawn from the bank after his / her decease	no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן by _____ על ידי	קצבת המנוח/ה נגבתה לאחר הפטירה
I receive a pension from the National Insurance Institute	no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן	משתלמת לי קצבה מביטוח לאומי
I receive an allowance from the Ministry of Defense	no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן kind of allowance _____ סוג התגמול file number _____ מס' תיק	משתלם לי תגמול ממשרד הביטחון

**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 \_\_\_\_\_