



עמיתים קרנות הפנסיה הוותיקות

אישור חיים למקבל קצבה מקרן פנסיה Life certificate for a pension fund Beneficiary

Type of pension	סוג הקצבה
Allowance pension <input type="checkbox"/> קצבת זקנה	Survivor pension <input type="checkbox"/> קצבת שאירים
	Disability pension <input type="checkbox"/> קצבת נכות

Details of the beneficiary				פרטי מקבל הקצבה
Israeli identity number מספר זהות ישראלי	sex / מין	תאריך לידה Date of birth	שם פרטי First name	שם משפחה Last name
<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> ז F <input type="checkbox"/> נ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Details of the beneficiary				כתובת מקבל הקצבה	
מיקוד Zip code	יישוב Town	דירה Apartment	כניסה Entrance	מס' בית House number	תא דואר/רחוב Street/POB
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Email address	כתובת דואר אלקטרוני	Country/state	מדינה	Phone number	טלפון
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Type of pension				מצב משפחתי	
Common-Law partnership <input type="checkbox"/> ידועה/ה בציבור	Divorced <input type="checkbox"/> גרושה/ה	Widow <input type="checkbox"/> אלמנה/ה	Married <input type="checkbox"/> נשוי/ה	Single <input type="checkbox"/> רווקה/ה	

Signature of beneficiary _____ חתימת מקבל הקצבה

Date _____ תאריך

Authorization (Fill out in one of the languages השפות באחת) אישור

Name of contact person						שם איש קשר
Address of contact person						כתובת איש קשר
טלפון Phone number	מיקוד Zip code	יישוב Town	דירה Apartment	כניסה Entrance	מס' בית House number	תא דואר/רחוב Street/POB
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

אני הח"מ _____ מאשר בזה כי ביום _____ הפגיעה בפניי מר/ גב' _____

שהזדהה/ הזדהתה בפני לפי אמצעי זהוי _____ (סוג ומדינה) מס' _____, אישר/ה את נכונות התעודה וחתם עליה בנוכחותי.

תאריך: _____ מיקום: _____ חתימה וחומתת המאשר: _____

I, the undersigned hereby certify that on the date _____ Mr./Ms. _____ appeared before me and proved their identity to me by _____ (identity card type & country) number _____, confirmed the truth and correctness of this certificate and signed it in my presence. Signature of certifying authority and stamp _____ Place _____ Date _____

The pension fund must be provided with an original signed authorization. יש להמציא לקרן הפנסיה אישור חתום במקור בלבד.



מוקד שירות לקוחות: 6667* | אתר אינטרנט: www.amitim.com | מען למשלוח מכתבים: ת.ד. 7280, תל-אביב. מיקוד 6107201

כתובת דואר אלקטרוני: amitimmail@amitim.com