



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



המוסד לביטוח לאומי
 אגף זקנה 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

מספר זהות								שם פרטי (עברית)		שם משפחה (עברית)		
Israeli ID Number								First Name (Hebrew)		Last Name (Hebrew)		
מין								שם פרטי (לועזית)		שם משפחה (לועזית)		
M <input type="checkbox"/> זכר F <input type="checkbox"/> נקבה												
Sex								First Name (Latin Letters)		Last Name (Latin Letters)		
עבד/ה מחוץ לישראל				כתובת אחרונה								
no <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן				מדינה		עיר		מיקוד		רחוב		מס' בית
				State		Town		Zip code		Street		Number
The deceased worked abroad (outside of Israel)				Last address								

Marital status		מצב משפחתי		ארץ מגורים לפני העלייה		ארץ לידה		תאריך לידה	
Single <input type="checkbox"/>		רווק/ה		Immigrated to Israel from		Country of birth		Date of birth	
Married <input type="checkbox"/>		נשוי/אה							
Widowed <input type="checkbox"/>		אלמן/נה		יציאה מישראל למטרת		תאריך יציאה מישראל		תאריך עלייה לישראל	
Divorced <input type="checkbox"/>		גרשה/ה							
Separated <input type="checkbox"/>		פרוד/ה							
Since		החל מ-		Purpose of leaving Israel		Date of leaving Israel		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 _____ שם המוסד המבטח _____

C. Particulars of widow/er

ג. פרטים על האלמן/נה

מספר זהות								שם פרטי		שם משפחה		
Israeli ID Number								First Name		Last Name		
								תאריך עלייה לישראל		תאריך לידה		
								Date of immigration to Israel		Date of birth		
								כתובת נוכחית				
				מדינה		עיר		מיקוד		רחוב		מס' בית
state				town		zip code		street		number		
Current address												

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 22, 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 22 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 תשולם לי בחשבון:

מספר חשבון	מספר הסניף	שם הסניף וכתובתו	שם הבנק
account number	branch number	name and address of branch	name of bank
The account is held in my name alone		<input type="checkbox"/>	החשבון מתנהל על שמי בלבד
<input type="checkbox"/> החשבון מתנהל על שמי ועל שם _____, סוג הקרבה _____ (בן / בת, אח, וכו')			
<input type="checkbox"/> 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 להחתימם 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.	
חתימת / חתימות השותף/פים		חתימת מקבל הגמלה	תאריך
Signature of account bearers		Signature of pension recipient	Date

עמוד 3 מתוך 4

F. Particulars of employment of deceased in Israel and abroad (outside of Israel)

ו. 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'. Occupation: specify - "employee", "self-employed", "unemployed" etc.</p>	תקופה	
from	to			עד	החל ב-

G. Other particulars concerning deceased

ז. 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 ממשד 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

ח. פרטים על ההכנסות של האלמן

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

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	מ- _____ עד _____	חייתי 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 <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> על ידי _____	קצבת המנוח/ה נגבתה לאחר הפטירה
I receive a pension from the National Insurance Institute	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	משתלמת לי קצבה מביטוח לאומי
I receive an allowance from the Ministry of Defense	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> סוג התגמול _____ 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