

**אמנה בין מדינת ישראל לבין הרפובליקה הצ'כית על
ביטחון סוציאלי**
**Convention between the State of Israel and the Czech
Republic on Social Security**

**תביעה לקצבת זקנה במסגרת האמנה לביטוח
סוציאלי**

(מוגשת למוסד לביטוח לאומי בישראל)

**Claims Form for Old Age Pension According to the Convention on
Social Security**

(submitted to the National Insurance Institute of Israel)

Insurance Number in the
Czech Republic

מספר ביטוח
ברפובליקה
הצ'כית

1. Personal Data of the Claimant

**1. פרטי
מבוטח**

Israeli ID-Number

מספר זהות
ישראלי

First name

שם

Family name

פרטי

שם

Sex

משפחה

Father's first name

מין

שם

Date of birth

האב

Immigration date to Israel

תאריך

לידה

Migration date from Israel

תאריך

עליה

Family status

תאריך יציאה

מישראל

since

מצב משפחתי

Previous family status

מתאריך

since

מצב משפחתי

קודם

Address

מתאריך

כתובת

2. Personal data of the spouse

2. פרטי בן/בת הזוג

Israeli ID-Number

מספר זהות

Family name

שם

First Name

משפחה

שם פרטי

Sex	_____	מין
Date of birth	_____	תאריך לידה
Immigration date to Israel	_____	תאריך עליה
Address	_____	כתובת

3. פרטי ילדים עד גיל 22

3. Personal data of children under 22 years of age

Child	3	2	1	הילד
Israeli ID-Number				מספר זהות
First-and Family name				שם פרטי ומשפחה
Father's first name				שם האב
Date of birth				תאריך לידה
Sex				מין
Child, above the age of 18*.				ילד מעל גיל 18*

* הלומד או משרת - רשום שם המוסד הלימודי או סוג השירות (צה"ל, שירות לאומי, עתודה, קד"ץ, שירות בהתנדבות).

* and is presently studying or fulfilling military service - Please list names of educational institutions or type of military service (regular military service, national service, academic-reserves, pre-military training, volunteer military service).

4. Place of payment

4. מקום תשלום הקצבה

Name of bank _____ שם הבנק

Branch name _____ שם הסניף

Bank address _____ כתובת הבנק:

Account number including bank number and branch number _____ מספר חשבון כולל מספר בנק וסניף)

The account is in my name and in the name of _____ החשבון מתנהל על שמי ועל שם:

5. פרטי הכנסותיך ופרטי הכנסות בן/בת הזוג (נא לרשום הכנסה חודשית אחרונה)

5. Information concerning claimant's income and his / her spouse's income (please list only last month's income)

Source(s) of Income	אם אין הכנסות נא לציין				מקור ההכנסה
	הכנסות בן/ בת הזוג		הכנסות התובע/ת		
	Spouse's Income	Claimant's Income	נכון לחודש	סכום	
	נכון לחודש per month	סכום sum	נכון לחודש per month	סכום sum	
Work					עבודה
Pension from Israel					פנסיה בישראל
Pension from					פנסיה או

abroad					רנטה מחו"ל
Capital (income from rent, interest earned on capital, etc.)					הון (שכ"ד ריבית וכו')
Other income sources					הכנסות אחרות

6. Information concerning living abroad

Please indicate periods of stay abroad of over 12 months since your immigration to Israel.

6. פרטים על שהות בחו"ל

ציין תקופות בחו"ל העולות על 12 חודשים לאחר מועד העלייה

Stay abroad		Country	במדינה	תקופת שהות בחו"ל	
From	Until			עד	מ

7. Periods of Employment, including part time-employment

Male Claimants are to list all employment periods (part- and full-time) since 1954, or since immigration to Israel (if after 1954) up until the date of the claim.

Female claimants are requested (to their own benefit) to list all employment and occupation periods since the age of 18 or since date of immigration to Israel or since 1954 (the later of the three) up until the date of the claim.

7. תקופות עבודה ועיסוק

גבר מתבקש לרשום תקופות עבודה או עיסוק החל משנת 1954 או משנת העלייה אם עלה לאחר שנת 1954, עד למועד הגשת התביעה.

אשה מתבקשת, לטובתה, לרשום תקופות עבודה או עיסוק החל מגיל 18 או משנת העלייה או משנת 1954 (המאוחר ביניהם) ועד למועד הגשת התביעה.

Time period		סניף הביטוח הלאומי בו שולמו דמי הביטוח בתקופה בה לא היית שכיר	מקום עבודה (שכיר יציין שם המעביד וכתובתו. עצמאי ירשום שם העסק)	סוג העיסוק (שכיר, עצמאי, מובטל)	התקופה
from	until	National Insurance Institute branch where contributions were paid during those periods when you were not a salaried worker	Place of work – (employee: state name and address of employer. Self-employed state name of business)	Type of occupation (employee: self-employed, unemployed)	עד תאריך
					מתאר יך

8. Information concerning work

I have stopped working / I intend to stop working on the

.....

I have/will diminish my work hours (when) _____.

I continue to work full-time: _____

8. פרטי עבודה

הפסקתי/ אפסיק לעבוד
מ

צמצמתי/אצמצם היקף
עבודתי מ

אני ממשיך/ה לעבוד
בהיקף מלא

Declaration**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 שלא כדין. אם יחול שינוי בפרטים שמסרתי כגון בהכנסה, במצב משפחתי, בכתובת- אודיע על כך מיד למוסד לביטוח לאומי.

אני מסכים/ה שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין.

I hereby declare that the 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 unlawfully. If any change should occur regarding information given here, such as details of income or family status or address I shall immediately inform the National Insurance Institute.

I hereby agree that my bank will return to the National Insurance Institute, on their demand, any sum of money that they deposited in my account, by mistake or not in accordance with the law.

Signature / חתימה _____: Name/שם

_____:

_____ :Date / תאריך

For the use	לשימוש המשרד of the office
_____	_____
שם הפקיד/ה	תאריך ההזנה
	תאריך קבלת התביעה חתימה