

**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 שאירים במסגרת האמנה לביטוח סוציאלי
(מוגשת למוסד לביטוח לאומי בישראל)
**Claims Form for Survivors' Pension according to the Convention on
Social Security**
(submitted to the National Insurance Institute in Israel)

Insurance Number in the
Czech Republic

מספר ביטוח
ברפובליקה
הצ'כית

1. Personal data of the claimant

1. פרטי המנוח/ה

Israeli ID-Number

מספר זהות
ישראלי

First name

שם
פרטי

Family name

שם משפחה

Sex

מין

Father's first name

שם
האב

Date of birth

תאריך
לידה

Immigration date to Israel

תאריך
עליה

Family status

מצב
משפחתי

since

מתאריך

Previous family status

מצב משפחתי
קודם

since

מתאריך

Last address of the
deceased

כתובת
המנוח של
המנוחה

2. Details concerning death

2. פרטי הפטירה

Date of death

תאריך

Causes(s) of death _____ פטירה
 נסיבות
 הפטירה

3. Data concerning periods abroad of the deceased

3. פרטים על שהות בחו"ל של המנוח/ה

Please state periods of stay abroad exceeding 12 months after immigration to Israel

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

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

4. Personal data of the widow / widower

4. פרטי האלמן/נה

Israeli ID-Number _____ מספר זהות
 ישראלי
 First name _____ שם
 המשפחה
 Family name _____ שם
 פרטי
 Sex _____ מין
 Date of birth _____ תאריך לידה
 Immigration date to Israel _____ תאריך עליה
 Address _____ כתובת

5. פרטי ילדים עד גיל 22

5. Personal data of children who still haven't reached 22 years of age

Child	1	2	3	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 את שם המוסד הלימודי או סוג השירות (צה"ל, שירות לאומי, עבודה, קד"ץ, שירות התנדבות).

* 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 or volunteer military service.)

6. Please transfer the monthly payments
due to me to the following bank account

6. מקום תשלום הקצבה

Name of Bank	_____	שם הבנק
Branch	_____	שם הסניף
Bank Address	_____	כתובת הבנק
Account number – including bank number and branch number	_____	מספר חשבון כולל מספר בנק וסניף
The account is held on my name and _____ name	_____	החשבון מתנהל על שמי ועל שם

7. Periods of employment and occupation of the deceased

If the deceased received old -age pension, the following information is not required.

If the deceased was male - please indicate employment periods since 01.04.1984 .

If the deceased was female - please indicate employment periods from 18 years of age and above.

7. תקופות עבודה ועיסוק של המנוח/ה

אם המנוח/ה קיבל/ה קצבת זקנה אין צורך למלא טבלה זו.

נפטר גבר - יירשמו פרטים על תעסוקתו מ- 01.04.1984

נפטרה אישה - יירשמו פרטים על תעסוקתה מגיל 18.

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) Type of occupation employee, self-employed, unemployed	התקופה	
from	until	National Insurance Branch where insurance periods were paid for during those times you were <u>not</u> a employee	Place of work - employee state name and address of employer. Self-employed state name of business		מתאריך	עד תאריך

8. Further information concerning the deceased

If negative, please fill in "No"

8. פרטים אחרים על המנוח/ה

אם התשובה הינה שלילית נא לרשום "לא"

The deceased			המנוח/ה
Received a pension from the National Insurance Institute of Israel			קיבל/ה קצבה מביטוח הלאומי
Received payments from the Ministry of Defence of Israel			קיבל/ה תגמולים ממשדד הבטחון

At the time of his / her death, he/she served in the Army or the Police			בעת הפטירה שירת/ה בצבא או במשטרה
---	--	--	--

9. Further information concerning the widow / widower		9. פרטים נוספים על האלמן/נה
I was married to the deceased (or was his/her lifetime partner)	no / לא <input type="checkbox"/> yes / כן <input type="checkbox"/> since _____	הייתי בן/בת זוג של המנוח/ה
I was separated from the deceased.	from _____ מ- to _____ עד	חייתי בנפרד מהמנוח/ה
I presently receive a pension from the National Insurance Institute of Israel .	no / לא <input type="checkbox"/> yes / כן <input type="checkbox"/> סוג הקצבה: _____ Type of : pension	משתלמת לי קצבה מהמוסד לביטוח לאומי
I have received alimony payments.	from _____ מ- to _____ עד	שולמו ל מזונות
I receive / shall receive payments from the Ministry of Defence	no / לא <input type="checkbox"/> yes / כן <input type="checkbox"/> since _____ מאריך	משתלם/ישתלם לי תגמול ממשרד הביטחון
The deceased pension was paid after his death	no / לא <input type="checkbox"/> yes / כן <input type="checkbox"/> from _____ על ידי	קצבת המנוח/ה שולמה לאחר הפטירה

10. Information concerning the Income of the widow / widower	10. פרטים על הכנסות האלמן/נה
Please give the gross monthly income and indicate type of currency, i.e. \$, DM or NIS. If you receive no income, please enter "No".	נא לציין את ההכנסה חודשית ברוטו ואת המטבע, כגון שקל, דולר, מרק וכדומה. אם אין הכנסות נא לרשום "אין".

	הכנסות אחרות other income sources	הכנסות מהון* Income from capital*	פנסיה/רנטה מחו"ל (Retirement Pension from abroad)	פנסיה בישראל Pension from Israel	עבודה monthly salary	
Amount						הסכום
Date (month/year)						במועד (חודש ושנה)

*שכר דירה, דיוידנדים, ריבית, הכנסות מרכוש

*Rent, Dividends, Accrued interest, Income from Real Estate

11. Data concerning the claimant, who isn't the widow / widower of the deceased: **11. פרטי מגיש/ת התביעה שאינו/ה האלמן/נה**

Family relationship	יחסי קרבה	Family name	שם משפחה	First name	שם פרטי
Address:					כתובת:

12. The reasons why the widow / **12. הסיבות לאי-הגשת התביעה על**
 widower has not presented his/her claim **ידי האלמן/נה**

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

לשימוש המשרד

שם הפקיד\ה

תאריך ההזנה

תאריך קבלת התביעה
חתימה