

7. Periods of employment and occupation of the deceased

7. תקופות עבודה ועיסוק של המנוח/ה

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

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

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

נפטר גבר – יירשמו פרטים על תעסוקתו מ- 01.04.1984

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

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 (salaried-worker, self-employed, unemployed)	התקופה	
From	to	National Insurance Branch where insurance periods were paid for during those times you were <u>not</u> a salaried-worker.	Place of work – salaried-workers give name and address of employer. Self-employed give name of business		עד תאריך	מתאריך

8. Further information concerning the deceased

8. פרטים נוספים על המנוח/ה

If negative, please fill in "No"

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 ממשרד הביטחון
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 לי 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 שאיננו האלמן/נה

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

12. The reason why the widow / widower has not presented his/her claim: הסיבות לאי-הגשת התביעה על 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 herein, 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.

שם/Name: _____ חתימה/Signature _____

תאריך/Date _____

לשימוש המשרד	For office's use		
_____	_____	_____	_____
תאריך קבלת התביעה	שם הפקיד/ה	תאריך ההזנה	חתימה
Date of application	Officer's name	Reviewal date	Signature