

אמנה בין מדינת ישראל לבין הרפובליקה הפינלנד על ביטוח סוציאלי
Convention between the State of Israel and the Republic of Finland on Social Security

תביעה לקצבת שאירים במסגרת האמנה לביטוח סוציאלי
 (מוגשת למוסד לביטוח לאומי בישראל)

**Application Form for Survivors Pension According to the
 Convention on Social Security**

(submitted to the National Insurance Institute in Israel)

Insurance Number מספר ביטוח
 in Finland בפינלנד

1. Personal data of the claimant 1. פרטי המנוחה

Israeli ID-Number מספר זהות ישראלי _____

First name שם פרטי _____

Family name שם משפחה _____

Sex מין
 זכר נקבה
 male female

Father's first name שם האב _____

Date of birth תאריך לידה _____

Immigration date to Israel תאריך עלייה _____

Family status מצב משפחתי _____
 since מתאריך _____

Previous family status מצב משפחתי קודם _____
 since מתאריך _____

Last address of the כתובת המנוח
 deceased של המנוחה _____

2. Details concerning death 2. פרטי הפטירה

Date of death תאריך פטירה _____

Cause (s) of death סיבת הפטירה _____

3. Data concerning periods abroad of the 3. פרטים על שהות בחו"ל של המנוחה
 deceased

Please state periods of stay abroad exceeding 12 ציין תקופות בחו"ל העולות על 12 חודשים לאחר
 months after immigration to Israel מועד העלייה

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

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 זכר נקבה מין
 male female
 Date of birth _____ תאריך לידה
 Immigration date to Israel _____ תאריך עלייה
 Address _____ כתובת

5. Personal data of children under 22 years of age

5. פרטי ילדים עד גיל 22

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, who has reached the age of 18*				ילד מעל גיל 18 *

הלומד או משרת רשום את שם המוסד הלימודי או סוג השירות (צה"ל, שירות לאומי, עתודה, קד"צ, 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. Place of payment

6. מקום תשלום הקצבה

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

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.

Signature / חתימה _____ :Name/ שם

_____ Date / תאריך

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