

בקשתך לקבל קצבת זקנה, שאירים או נכות מארגנטינה

אדון נכבד, גברת נכבדה,

הנדון: הגשת תביעה לקצבת זקנה / שאירים / נכות עפ"י האמנה עם ארגנטינה

על מנת שנוכל לטפל בבקשתך לקצבת זקנה / שאירים / נכות מארגנטינה, אנו מבקשים להעביר למשרדנו:

את טופס הבקשה, לאחר המילוי בספרדית או באנגלית (**עליך למלא את כל העמודים**)

1. צילום של תעודת הזהות הישראלית (הצד עם מספר הזהות)
2. צילום מסמך בו מופיע מספר הביטוח הסוציאלי שלך בארגנטינה

עבור תביעה לקצבת שאירים יש לצרף בנוסף:
צילום מסמך בו מופיע מספר הביטוח הסוציאלי של המנוח / ה בארגנטינה

יש להגיש את התביעה באמצעות אחד ה**סניפים** של הביטוח הלאומי. פקיד הביטוח הלאומי יאמת את זהותך ואת חתימתך.

לאחר בדיקת הנתונים ואישורם, תביעתך - עם המסמכים הנלווים - תישלח אל המוסד הארגנטינאי, אשר יצור עמך קשר ישירות.

בכבוד רב,

צוות קשרי חוץ לאמנות בינלאומיות

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA ARGENTINA Y EL ESTADO DE ISRAEL

אמנה בין רפובליקת ארגנטינה לבין מדינת ישראל על ביטחון סוציאלי

SOLICITUD DE PRESTACIONES

טופס להגשת בקשת קצבה

Nº de expediente en Argentina מס' תיק בארגנטינה	
--	--

DD/MM/AAAA FECHA DE SOLICITUD תאריך/...../.....
--	-------------------

Vejez קצבת זקנה	
Prestación por Edad Avanzada גיל מוחלט	
Reconocimiento de Servicios הכרה בשנות עיסוק	
Invalidez קבצת נכות	
Fallecimiento קצבת שארים	
Otros אחר	

Organismo de Enlace destinatario מוסד מקשר המיועד
Denominación שם המוסד:
Dirección כתובת:
País מדינה:
Correo electrónico דואר אלקטרוני

1 Datos del Asegurado			
1.1 Apellido/s שם משפחה		1.2. Nombre/s שמות פרטיים	
1.3. DNI número מספר:		Ejemplar העתק:	
Otros documentos מסמכים אחרים* (completar en todos los casos donde se posea información. Solo a efectos de declaración, no es obligatorio adjuntar documentación (מלא בכל המקרים שבהם המידע זמין. לצרכי הצהרה בלבד, אין חובה לצרף אסמכתא).)			
Pasaporte/Cédula de Identidad דרכון/תעודת זהות	Nº		
1.4. Nº de identificación en Israel מספר זהות ישראלי	Nº		
1.5. Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) תאריך לידה/...../.....		1.6 Lugar de Nacimiento מקום לידה	
		Localidad עיר	Provincia/ Estado מחוז/מדינה
		País מדינה	
1.7 Sexo מין <input type="checkbox"/> Masculino זכר <input type="checkbox"/> Femenino נקבה		1.8 Nacionalidad אזרחות	
1.9 Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero רווק/ה <input type="checkbox"/> Casado נשוי/אה <input type="checkbox"/> Viudo אלמן/ה <input type="checkbox"/> Conviviente ידוע/ה בציבור <input type="checkbox"/> Divorciado גרוש/ה			
1.10 Fecha de Matrimonio (DD/MM/AAAA) (Partida de matrimonio actualizada posterior a la fecha del causante y anterior al año de fallecimiento) תאריך נישואין (תעודת נישואין מעודכנת לאחר תאריך הנפטר ולפני שנת הפטירה)/...../.....		1.11 Lugar de Matrimonio מקום הנישואין	
		Localidad עיר	Provincia/Estado מחוז/מדינה
		País מדינה	

1.12. N° de Acta – מספר תעודה	Tomo:	Folio:	1.13. Fecha de divorcio: (dd/mm/aaaa) תאריך גירושין/...../.....		1.14 Fecha de Inicio de la Convivencia (DD/MM/AAAA) תאריך תחילת החיים המשותפים/...../.....	
1.15. Domicilio כתובת מגורים Calle: רחוב		Número מספר	Piso קומה	Dpto. דירה	C.P מיקוד C.P	Localidad עיר
Provincia/ Estado מחוז/מדינה		País מדינה		N° de teléfono מספר טלפון		Correo electrónico דוא"ל
1.16. Fecha del primer ingreso a la Argentina תאריך הכניסה הראשונה לארגנטינה (DD/MM/AAAA) ----/----/-----						
1.17.						
Es beneficiario de una prestación de Seguridad Social זכאי לגמלת ביטוח לאומי <input type="checkbox"/> SI כן <input type="checkbox"/> NO לא						
Caso afirmativo indicar tipo y número de beneficio, Institución Competente y País. - אם כן, ציין סוג ומספר תיק הגמלה, מוסד מוסמך ומדינה.						
Ha solicitado una prestación de Seguridad Social הוגשה בקשה לגמלת ביטוח הסוציאלי <input type="checkbox"/> SI כן <input type="checkbox"/> NO לא						
Caso afirmativo indicar tipo y número de expediente, Institución Competente y País - אם כן, ציין את סוג ומספר התיק, את המוסד המוסמך ואת המדינה.						

2 Completar en caso de fallecimiento del asegurado השלם במקרה של מות המבוטח			
2.1. Fecha de fallecimiento תאריך פטירה (DD/MM/AAAA)/...../.....		2.2. Lugar de fallecimiento מקום פטירה	
		Localidad עיר	Provincia/ Estado מחוז/מדינה
		País מדינה	
2.3. N° de Partida de defunción מספר תעודת פטירה	Tomo כרך	Folio עמוד	2.4 Fecha de expedición תאריך הפקה (DD/MM/AAAA) .../.../.....

3 Datos del solicitante en caso de supervivencia- Pensión derecho habiente פרטי המבקש במקרה של תביעת שארים - קצבת המוטב				
3.1 Apellido/s שם משפחה		3.2. Nombre/s שם פרטי		
3.3.DNI número:		Ejemplar העתק:		
*Otros documentos *אחרים (completar en todos los casos donde se posea información. Solo a efectos de declaración, no es obligatorio adjuntar documentación). (מלא בכל המקרים שבהם המידע זמין לצרכי הצהרה בלבד, אין חובה לצרף אסמכתא).				
Pasaporte/Cedula de Identidad דרכון/תעודת זהות		N°		
3.4. N° de identificación en Israel מספר זהות ישראלי		N°		
3.5. Fecha de Nacimiento תאריך לידה (DD/MM/AAAA) /...../.....		3.6. Lugar de Nacimiento מקום לידה		
		Localidad עיר	Provincia מחוז	País מדינה
3.7. Sexo מין <input type="checkbox"/> Masculino זכר <input type="checkbox"/> Femenino נקבה		3.8. Nacionalidad אזרחות		3.9 Vinculo con el causante קשר למנוח
3.10. Domicilio רחוב: Calle:		Número מספר בית	Piso קומה	Dpto. דירה
Provincia/ Estado עיר/מחוז		País מדינה	Nº de teléfono מספר טלפון	
				Correo electrónico – אימיל
3.11.				
Es beneficiario de una prestación de Seguridad Social קיימת זכאות לקצבה מהביטוח הסוציאלי <input type="checkbox"/> SI כן <input type="checkbox"/> NO לא				
Caso afirmativo indicar tipo y número de beneficio, Institución Competente y País. אם כן, ציינו סוג ומספר תיק קצבה, ומוסד המוסמך במדינה				
Ha solicitado una prestación de Seguridad Social הוגשה בקשה לקצבת ביטוח הסוציאלי <input type="checkbox"/> SI כן <input type="checkbox"/> NO לא				
Caso afirmativo indicar tipo y número de expediente, Institución Competente y País. אם כן, ציינו סוג ומספר תיק קצבה, ומוסד המוסמך במדינה				

*completar en todos los casos donde se posea información. Solo a efectos de declaración, no es obligatorio adjuntar documentación.

*מלא בכל המקרים שבהם המידע זמין. לצרכי הצהרה בלבד, אין חובה לצרף אסמכתא.

4 Datos de otros derechohabientes פרטים של מוטבים נוספים								
Apellido/s y Nombre/s שמות משפחה ושמות פרטיים	Tipo y Nº de Documento סוג ומספר מסמך	Fecha y lugar de Nacimiento (aa/mm/dd) – Tomo-Folio תאריך ומקום לידה			Relación con el asegurado קשר למבוטח	Incapa- citado (Si כן /No לא) נכות	Percibe Beneficio משולמת גמלה (Si כן/No לא)	
		כ	ט	פ				
		.../.../.....						
		.../.../.....						
		.../.../.....						
		.../.../.....						
		.../.../.....						
		.../.../.....						
		.../.../.....						
		.../.../.....						

5. Declaración de períodos de seguro

הצהרת תקופות ביטוח

Nombre Empresa/ Actividad independiente שם עיסוק / חברה עצמאי	Dirección כתובת	País מדינה	Tipo de tarea סוג פעילות	Períodos	
				Desde החל מ (aa/mm/dd)/...../.....	Hasta עד (aa/mm/dd)/...../.....
				Desde/...../.....	Hasta/...../.....
				Desde/...../.....	Hasta/...../.....
				Desde/...../.....	Hasta/...../.....
				Desde/...../.....	Hasta/...../.....
				Desde/...../.....	Hasta/...../.....
				Desde/...../.....	Hasta/...../.....
				Desde/...../.....	Hasta/...../.....
				Desde/...../.....	Hasta/...../.....
				Desde/...../.....	Hasta/...../.....
				Desde/...../.....	Hasta/...../.....
				Desde/...../.....	Hasta/...../.....

6. Formas de pago del beneficio אופן תשלום הגמלה

Nombre de la entidad Bancaria שם הבנק

Titular de la cuenta שם בעל החשבון

Número de cuenta unipersonal מספר חשבון אישי

Dirección כתובת:

País מדינה:

Código Swift/ BIC מספר

IBAN

7. Datos del apoderado o representante legal para tramitar פרטי המייצג המשפטי

7.1 Apellido y Nombre שם משפחה ושם פרטי		7.2 DNI-CUIL-CUIT			7.3 Relación con el titular * מהות הקשר למבוטח	
7.4. Domicilio מגורים Calle רחוב		Nº מספר	Piso קומה	Dpto דירה	C.P. מיקוד	Localidad עיר
Teléfono מספר טלפון						

***cónyuge y parientes de consanguinidad hasta 4to grado o por afinidad hasta 2º grado. Abogado o procurador**

בן/בת זוג וקרבה משפחתית עד הדרגה הרביעית לפי קירבת דם ועד הדרגה השנייה לפי זיקה משפחתית. עו"ד או מייצג משפטי

8. En caso de solicitar Beneficio por Fallecimiento במקרה של הגשת תביעת שארית

DDJJ Artículo 1º de la Ley N° 17562

Atento lo requerido por el art. 9 de la Res S.E.S.S N° 121/76 tomo conocimiento por este acto de lo dispuesto en el artículo 1º de la Ley N° 17562 cuyos términos se transcriben: "NO" tendrán derecho a Pensión:

1. El cónyuge que por su culpa o culpa de ambos estuviere divorciado o separado de hecho al momento de la muerte del causante,
2. Los causahabientes, en caso de indignidad para suceder o desheredación, de acuerdo con las disposiciones del código civil y Comercial.

En consecuencia declaro bajo juramento:

Si No Me encontraba separada/o de hecho de mi cónyuge al tiempo de su fallecimiento.
 Si No Me encontraba separada/o judicialmente (juizado.....Secretaría.....)
 Si No Me encontraba separada/o Judicialmente por mutuo consentimiento (art. 67 bis C.C.)

DDJJ סעיף 1 לחוק מס' 17562

בהתאם לדרישות סעיף 9 להחלטה S.E.S.S מס' 121/76, אני מכיר בזאת בהוראות סעיף 1 לחוק מס' 17562, שבתנאיו רשום: "לא" יהיה זכאי לקצבה:
 1. בן זוג אשר, באשמתו או באשמת שניהם, היה גרוש או פרוד בפועל בעת פטירת המוריש,
 2. היורשים, במקרה של חוסר כדאיות לרשת או לנשל, בהתאם להוראות הקוד האזרחי והמסחרי.
 בהתאם לכך אני מצהיר בשבועה:

כן לא הייתי פרוד בפועל מבן/ת זוגי בעת מותו.
 כן לא הפרדה על פי פסק דין משפטי (תחום שיפוט.....מזכירות.....)
 כן לא הפרדה על פי פסק דין משפטי בהסכמה הדדית (art. 67 bis C.C.)

9. En caso de solicitar Beneficio por Invalidez במקרה של הגשת תביעת נכות

En cumplimiento de lo dispuesto por el Art. 49 de la Ley N° 24241, declaro bajo juramento haber alcanzado el siguiente nivel de educación formal. בהתאם להוראות סעיף 49 לחוק מס' 24241, אני מצהיר בשבועה שהגעתי לרמה הבאה של חינוך רשמי.

האם את/ה יודע/ת לקרוא? **¿Sabe leer?** Si כן No לא האם את/ה יודע/ת לכתוב? **¿Sabe Escribir?** Si כן No לא

Primaria Completa בית ספר יסודי Si כן No לא Hasta el..... Grado תואר.....

Secundaria Completa תיכון Si כן No לא Hasta el.....Año. Colegio שנות לימוד.....

En la especialidad בתחום ההתמחות..... Título Obtenido תואר שהתקבל.....

Terciaria Completa השכלה גבוהה מלאה כן No לא Hasta el Año שנה עד

En la especialidad בהתמחות Título Obtenido תואר שהושלם

Universitaria Completa לימודים אקדמיים כן No לא Hasta el Año שנה עד

En la especialidad בהתמחות Titulo Obtenido תואר שהושלם

Otros Estudios לימודים נוספים כן No לא Hasta el Año שנה עד

En la especialidad בהתמחות Titulo Obtenido תואר שהושלם

METODO DE PAGO DEL BENEFICIO

En el caso de no residir en el Estado Argentino y desear percibir sus haberes en el Estado de residencia, usted deberá otorgar poder para percibir a favor de una Entidad Bancaria o a una persona física residente en Argentina. A tal fin deberá cumplimentar el formulario Carta Poder PS 6.4, consultar en www.anses.gob.ar, que deberá estar firmado por el/la titular y certificado por autoridad competente. Se informa que en los datos del titular se debe consignar el número de DNI Argentino (solicitado en caso de corresponder) o documento extranjero.

En caso de elegir una entidad bancaria consultar el listado de Bancos autorizados en la web de ANSES y los procedimientos según banco correspondiente.

En caso de elegir una persona física quienes pueden ser apoderados para percibir son los siguientes: "el/la cónyuge, parientes por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo grado, abogado o procurador." El apoderado deberá residir en el Estado argentino.

איפן תשלום הגמלה

במקרה שאינך תושב במדינת ארגנטינה וברצונך לקבל את הקצבה במדינת המגורים, עליך להעניק ייפוי כח לגוף בנקאי או לאדם פרטי שמתגורר בארגנטינה. לכן, עליך למלא את טופס המצורף להודעה זו, ולוודא שהוא נחתם על ידי הבעלים ומאושר על ידי הרשות המוסמכת. לשם כך יש למלא את טופס ייפוי הכוח, PS 6.4 עיין ב- www.anses.gob.ar אשר צריך להיות חתום על ידי הבעלים ומאושר על ידי הרשות המוסמכת. יש לציין שבפרטי הבעלים יש לכלול את מספר תעודת הזהות הארגנטינאית (אם רלוונטי) או מסמך זה.

במקרה שתבחר להשתמש בשירותי בנק, יש לבדוק את רשימת הבנקים המורשים באתר ה-**ANSES** ולהקפיד על ההוראות המתאימות לכל בנק. במקרה שתבחר להשתמש באדם פרטי, האנשים המוסמכים לקבל יכולים להיות: "בן/בת זוג, קרובים לפי קרבת דם עד הדרגה הרביעית, וקרובים לפי קרבת נישואין עד הדרגה השנייה, עורך דין או מיופה כוח". האדם המוסמך יהיה חייב לגור במדינת ארגנטינה

El presente formulario reviste carácter de declaración jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los Art. 172, 275, 292 del Código Penal argentino para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

טופס זה הוא מסמך משפטי ויש למלא אותו מבלי להשמיט או לזייף נתונים כלשהם, הענישה על עבירות של הונאה וזיוף מסמכים בהתאם לסעיפים הקבועים 172, 275, 292 לחוק העונשין הארגנטינאי

Firma del solicitante חתימת המבקש

Certifico que los datos personales consignados en la presente, son copia fiel de los obrantes en el/ los documentos que en cada caso se indican y que la firma precedente fue colocada en mi presencia.

אני מאשר/ת כי הפרטים האישיים שמצויים במסמך זה הם עותק נאמן של הפרטים שמצויים במסמכים המצויים בכל מקרה ומקרה, ושהחתימה לעיל נחתמה בפניי. "

Firma y sello del Funcionario Operativo

חתימת הפקיד המטפל

Email de Contacto דוא"ל ליצירת קשר :

.....

10. Institución Emisora מוסד מגפיק				
10.1. Denominación שם	Dirección כתובת	Localidad עיר	Provincia מחוז	País מדינה
10.2. Sello חותם	10.3. Fecha תאריך (DD/MM/AAAA)/...../.....			
	10.4. Firma חתימה -----			