



אמנה בין מדינת ישראל לבין הרפובליקה הפדרלית של גרמניה / רפובליקת אוסטריה  
על ביטחון סוציאלי  
Abkommen zwischen dem Staat Israel und der Bundesrepublik Deutschland / der  
Republik Österreich über soziale Sicherheit

תביעה לקצבת נכות כללית  
Antrag auf Invaliditätsrente aus Israel

שאלון לטיפול בתביעות לקצבת נכות מהביטוח הלאומי בישראל  
ימולא על ידי תובע שמקום מושבו בגרמניה או באוסטריה

FRAGEBOGEN zur Bearbeitung von Anträgen auf Invaliditätsrente von der israelischen  
Nationalversicherung

Vom Antragsteller, der seinen Wohnsitz in Deutschland oder Österreich hat, auszufüllen

Personalien des Antragstellers		פרטים אישיים של התובע
1. Vorname		1. שם פרטי
Familienname		שם משפחה
2. Israelische ID Nr		2. מס' תעודת זהות
3. Sozialversicherungsnummer im Ausland		3. מס' ביטוח סוציאלי בחו"ל
4. Geburtsdatum		4. תאריך לידה
5. Familienstand	ledig <input type="checkbox"/>	רווק
	verheiratet <input type="checkbox"/>	נשוי
	verwitwet <input type="checkbox"/>	אלמן
5. Familienstand		5. מצב משפחתי
6. Datum der Auswanderung aus Israel	DD / MM / YYYY	6. תאריך הגירה מישראל
7. Anschrift		7. כתובת

Angaben über die Beschäftigung		נתונים על התעסוקה
Wurde die Arbeit eingestellt?	Nein <input type="checkbox"/>	לא
	Ja <input type="checkbox"/>	כן
Wurde die Arbeit eingeschränkt?	Nein <input type="checkbox"/>	לא
	Ja <input type="checkbox"/>	כן
Wenn ja, seit wann?	DD / MM / YYYY	אם כן, ממת?
Ist der \ die Ehegatte(in) berufstätig?	Nein <input type="checkbox"/>	לא
	Ja <input type="checkbox"/>	כן

בל/30135 (10.2024)

For correspondence:  
National Insurance Institute  
International Affairs  
217 Jaffa Street  
Jerusalem 9199908, Israel

tel: 04-8812345  
972-8-9369669  
fax: 02-6512683

טל:  
פקס:

למכתבים:  
ביטוח לאומי  
קשרי חוץ  
רחוב יפו 217  
ירושלים 9199908



3

פרטים על ההכנסה החודשית ברוטו של התובע ושל בן / בת הזוג Angaben über das monatliche Brutto-Einkommen des Antragsstellers und des Ehepartners			
	Arbeitseinkommen הכנסות מעבודה	Pension (Art der Pension) מפנסיה (סוג הפנסיה)	Anderes Einkommen הכנסות אחרות
Einkommen des \ der Antragsstellers(in) הכנסות התובע/ת			
Einkommen des \ der Ehegatten(in) הכנסות בן / בת הזוג			

4

Angaben von abhängigen Angehörigen		פרטים על התלויים
<b>Ehepartner</b>		<b>בן / בת הזוג</b>
Vor und Zuname		שם ושם משפחה
Geburtsdatum	DD / MM / YYYY	תאריך לידה
Israelische ID Nr		מס' תעודת זהות ישראלית
<b>1. Kind</b>		<b>1. ילד</b>
Vorname		שם פרטי
Geburtsdatum	DD / MM / YYYY	תאריך לידה
Israelische ID Nr		מס' תעודת זהות ישראלית
<b>2. Kind</b>		<b>2. ילד</b>
Vorname		שם פרטי
Geburtsdatum	DD / MM / YYYY	תאריך לידה
Israelische ID Nr		מס' תעודת זהות ישראלית
<b>3. Kind</b>		<b>3. ילד</b>
Vorname		שם פרטי
Geburtsdatum	DD / MM / YYYY	תאריך לידה
Israelische ID Nr		מס' תעודת זהות ישראלית

בל/30135 (10.2024)



Zahlungsart	נתוני התשלום	
Kontonummer		מס' החשבון
Name der Bank		שם הבנק
Anschrift der Bank	כתובת הבנק	
IBAN		IBAN
BIC		BIC

Deklaration	הצהרה
	<p>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.</p> <p>אני מסכים/מסכימה שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין.</p> <p>Hiermit erkläre ich, daß alle von mir in dem Antrag gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Ich weiß, daß ich gegen das Strafgesetz verstoße, wenn ich falsche Angaben mache oder Wesentliches verschweige, und daß die Nationalversicherungsanstalt dazu berechtigt ist, unrechtmäßig ausgezahlte Beträge zurückzufordern. Ich werde der Nationalversicherungsanstalt jede Änderung der von mir gemachten Angaben wie Einkommen, Familienstand, Anschrift umgehend mitteilen. Ich erkläre mich damit einverstanden, daß die Bank der Nationalversicherungsanstalt in dem Fall einer Überzahlung oder einer unrechtmäßigen Zahlung jede von ihr geforderte Summe von meinem Konto abhebt.</p>

Datum תאריך Name Unterschrift שם חתימה

Bitte folgende Unterlagen beifügen	נא לצרף את המסמכים הבאים
1. Aktuelle ärztliche Gutachten der letzten drei Monate	1. דו"חות רפואיים אקטואליים של 3 החודשים האחרונים
2. Kopie des deutschen / österreichischen Rentenbescheides	2. העתק ההחלטה של המוסד הגרמני / אוסטרי בתביעה לקצבת נכות מגרמניה

בל/30135 (10.2024)

**For correspondence:**  
National Insurance Institute  
International Affairs  
217 Jaffa Street  
Jerusalem 9199908, Israel

tel: 04-8812345  
972-8-9369669  
fax: 02-6512683

טל:  
פקס:

**למכתבים:**  
ביטוח לאומי  
קשרי חוץ  
רחוב יפו 217  
ירושלים 9199908