

הסכם בין הרפובליקה הפדרלית של גרמניה לבין מדינת ישראל לביטחון סוציאלי
Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem Staat Israel über Soziale Sicherheit

Antrag auf Versichertenrente
aus der Deutschen Rentenversicherung

תביעה לקצבת זקנה
מהביטוח הסוציאלי הגרמני

Bitte beachten Sie die beiliegenden Erläuterungen beim Ausfüllen des Antrages. Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen Sie alle notwendigen Nachweise bei.

נא לקחת בחשבון את ההבהרות המצורפות כדי למלא טופס זה. נא לענות על כל השאלות באופן ברור ומדויק ולסמן את המתאים ב-X. נא לצרף את כל ההוכחות הדרושות.

Bitte mit lateinischen Buchstaben ausfüllen!

נא למלא את הטופס באותיות לועזיות!

A Angaben zum Versicherten

פרטים אישיים של המבוטח *

1	Deutsche Versicherungsnummer		מס' הביטוח/ מס' התיק הגרמני
2	Kennzeichen (soweit bekannt)		קוד (אם ידוע)
3	Israelische Identitätsnummer		מס' הזהות הישראלי
4	Name		שם המשפחה
5	Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)		שמות פרטיים (נא למתוח קו תחת השם הידוע)
6	Geburtsname (wenn abweichend)		שם הנעורים/ שם המשפחה לפני הנשואים (אם שונה)
7	Frühere Namen		שמות קודמים
8	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen)	יום Tag	חודש Monat
		שנה Jahr	תאריך לידה (נא לצרף תעודת לידה/ מסמך שמוכיח את תאריך הלידה או להשיג אימות בסעיף J של טופס זה.)
9	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)		מקום לידה (אזור, מחוז, מדינה)
10	Geschlecht	<input type="checkbox"/> זכר männlich	<input type="checkbox"/> נקבה weiblich
		<input type="checkbox"/> נמנע ohne Eintrag	<input type="checkbox"/> שונה divers
11	Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen)		אזרחות/יות נוכחית/ויות (נא לצרף הוכחה או להשיג אימות בסעיף J של טופס זה.)
12	Anschrift		כתובת
13	Telefonnummer		מספר טלפון
14	Telefaxnummer		מספר פקס

* טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד
(Dieser Vordruck ist in der männlichen Sprachform verfasst, wendet sich aber gleichermaßen an Frauen und Männer)



Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen (soweit bekannt)

--	--	--	--	--

15 Familienstand	<input type="checkbox"/> לא נשוי (רווקה, אלמנה או גרושה) / לא חי בברית זוגיות לזוגות חד מיניים nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden) / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend	מצב משפחתי
	<input type="checkbox"/> נשוי/נשואה / נשוי/נשואה מחדש / חי/בברית זוגיות לזוגות חד מיניים verheiratet / wieder verheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend	

B Antragstellung durch andere Person (Vollmacht / Nachweis bitte beifügen)

תביעה שהועברה על-ידי אדם אחר (נא לצרף ייפוי כוח/ הוכחה)

1	Name		שם המשפחה
2	Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)		שמות פרטיים (נא למתוח קו תחת השם הידוע)
3	Anschrift		כתובת
4	Telefonnummer		מספר טלפון
5	Telefaxnummer		מספר פקס

C Beantragte Leistungsart und Rentenbeginn

סוג הגמלה הנתבעת ותאריך התחלת הגמלה

1	Altersrente	<input type="checkbox"/>	קצבת זקנה												
2	Rente wegen Erwerbsminderung (Bitte auch Teil L ausfüllen)	<input type="checkbox"/>	קצבה בגין אובדן כושר עבודה חלקי או מלא (נא למלא גם סעיף L של טופס זה)												
3	Erziehungsrente für nach dem 30. Juni 1977 Geschiedene, die Kinder erziehen oder betreuen	<input type="checkbox"/>	קצבת גידול ילדים עבור זוגות שהתגרשו לאחר 30/06/1977 ומגדלים את ילדיהם												
4	Die Altersrente soll beginnen - zum frühestmöglichen Zeitpunkt mit Rentenminderung <input type="checkbox"/> - oder zum frühestmöglichen Zeitpunkt ohne Rentenminderung <input type="checkbox"/> - oder zum	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td></tr> <tr> <td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> </table>	יום	חודש	שנה	Tag	Monat	Jahr	קצבת הזקנה צריכה להתחיל - במועד המוקדם האפשרי ביותר אפילו עם הפחתת הקצבה או - במועד המוקדם האפשרי ביותר ללא הפחתת הקצבה - או מתאריך						
יום	חודש	שנה													
Tag	Monat	Jahr													
5	Ich erkläre hiermit, dass ich meine Beschäftigung(en) gegen Entgelt und / oder selbständige(n) Tätigkeit(en) - aufgegeben habe zum (Bitte Bescheinigung über Aufgabe der Beschäftigung oder Selbständigkeit beifügen) <input type="checkbox"/> - aufgeben werde zum	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td></tr> <tr> <td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td></tr> <tr> <td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> </table>	יום	חודש	שנה	Tag	Monat	Jahr	יום	חודש	שנה	Tag	Monat	Jahr	אני מצהיר בזה כי אינני מועסק כשכיר או עובד כעצמאי מתאריך: (נא לצרף אישור על הפסקת העבודה או סגירת העסק) - או אפסיק מהתאריך הזה:
יום	חודש	שנה													
Tag	Monat	Jahr													
יום	חודש	שנה													
Tag	Monat	Jahr													



Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen (soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--

<p>6 Auch nach Beginn der deutschen Altersrente</p> <p>- beabsichtige ich (weiterhin) eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit auszuüben.</p> <p>Wenn ja, bitte weitere Angaben:</p> <p>- abhängige Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder vom Arbeitgeber)</p> <p>monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen)</p> <p>- selbständige Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.)</p> <p>voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuererklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>גם לאחר התחלת קצבת הזקנה הגרמנית</p> <p>- אני מתכוון להמשיך לעבוד כשכיר או כעצמאי.</p> <p>אם כן, נא להוסיף נתונים נוספים:</p> <p>- תעסוקה בשכר (כולל תשלום פרישה מוקדמת מהמעסיק)</p> <p>הכנסה חודשית ברוטו (נא לצרף אישור מהמעסיק)</p> <p>- עבודה עצמאית (עסק, עבודה עצמאית, חקלאות וייעור וכו')</p> <p>הרווח החודשי הצפוי לפני הורדות מס (נא לצרף את ההודעה האחרונה על החזר מס מהשומה או אישור מיועץ המס)</p>
<p>7 Ich bin damit einverstanden, dass ein zurückzahlender Betrag von bis zu 200 EUR von meiner laufenden Rente bis zu deren Hälfte einbehalten wird.</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>אני מסכים שסכום החזר של עד 200 אירו ינוכה מהקצבה השוטפת שלי עד למחצית התשלום החודשי.</p>

D Ergänzende Angaben zum Versicherten

נתונים נוספים על המבוטח

<p>1 Wann haben Sie Deutschland verlassen?</p>	<p>יום Tag חודש Monat שנה Jahr</p>	<p>מתי עזבת את גרמניה?</p>
<p>2 Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)</p>		<p>מקום מגורים אחרון בגרמניה (מחוז, יישוב, רחוב)</p>
<p>3 Deutsche persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke</p>		<p>מספר הזיהוי האישי הגרמני לצרכי מיסוי</p>
<p>4 Sind Sie Verfolgter des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes oder des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligung in der ehemaligen DDR?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Entschädigungsbehörde</p> <p>- Aktenzeichen</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם אתה קורבן של רדיפות על ידי הנאצים על פי חוק הפיצויים הפדרלי הגרמני (BEG) או קורבן הרדיפות על פי חוק הפיצויים בעקבות אפליה תעסוקתית ברפובליקה הדמוקרטית הגרמנית לשעבר (DDR)?</p> <p>אם כן, נא לרשום: - שם רשות הפיצויים</p> <p>- מס' התיק</p>
<p>5 Sind Sie Vertriebener oder Flüchtling im Sinne des deutschen Bundesvertriebenengesetzes? (Bitte Vertriebenenausweis beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם אתה מגורש או פליט על פי חוק המגורשים הפדרלי? (נא לצרף תעודת המגורש)</p>
<p>6 Sind Sie nach deutschen Gesetzen mindestens 50 % als schwerbehinderter Mensch anerkannt? (Bitte Nachweis beifügen)</p> <p>Haben Sie vor dem 1. Januar 2007 mit Ihrem Arbeitgeber eine Vereinbarung über deutsche Altersteilzeit getroffen? (Bitte Nachweis beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם הנך מוכר כנכה עם נכות של לפחות 50 % על פי החוק הגרמני? (נא לצרף הוכחה)</p> <p>האם חתמת עם המעסיק שלך לפני ה- 1 בינואר 2007 על הסכם פרישה חלקית גרמנית? (נא לצרף הוכחה)</p>



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

E Angaben zum deutschen Versicherungsleben

Bitte machen Sie hier Angaben über

- Beschäftigungszeiten
- Zeiten der selbständigen Tätigkeit
- freiwillige Beitragszahlungen
- Ersatzzeiten (z. B. Wehrdienst, Kriegsgefangenschaft, Vertreibung)

Beschränken Sie sich dabei auf die Zeiten, die nicht in Ihrem Versicherungsverlauf enthalten sind und fügen Sie bitte entsprechende Nachweise bei. Einen Versicherungsverlauf können Sie bei Bedarf von Ihrem deutschen Rentenversicherungsträger anfordern.

נתונים על תקופות ביטוח גרמניות

נא למלא את הנתונים הבאים:

- תקופות תעסוקה
 - תקופות של עבודה עצמאית
 - תקופות של תשלום דמי ביטוח מרצון
 - תקופות תחליף (למשל שירות צבא, מאסר מלחמה, גירוש)
- הגבל את עצמך על תקופות שאינן נכללות בעבר הביטוחי שלך וצרף הוכחות מתאימות. במידת הצורך אתה יכול לפנות למוסד לביטוח הסוציאלי הגרמני הממונה עליך על מנת לקבל מידע על העבר הביטוחי שלך.

תקופה מתאריך - עד שנה / חודש / יום	תאר את סוג התעסוקה או העבודה העצמאית שביצעת (תרשום את סוג התקופה עבור תקופות תחליף)	שם וכתובת של המעסיק / חברה, במידה ואתה עצמאי יש לרשום "עצמאי"	שם וכתובת של קופת החולים בה היית מבוטח (Ersatzkasse, Innungskrankenkasse, AOK)
Zeitraum vom - bis Tag / Monat / Jahr	Genauere Bezeichnung der ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit (Bei Ersatzzeiten bitte die Art der Zeit angeben)	Name und Anschrift des Arbeitgebers / Unternehmens, bei Selbständigkeit bitte "selbständig" angeben	Name und Anschrift der Krankenkasse, bei der Sie versichert waren (z. B. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)

אם המקום לא מספיק, נא לצרף ולהמשיך בדף נוסף! / Falls Platz nicht ausreicht, bitte auf gesondertem Blatt fortsetzen!



F Weitere Angaben zum Versicherungsleben
(Bitte Nachweise beifügen, soweit nicht bereits früher übersandt)

נתונים נוספים על העבר הביטוחי
(נא לצרף הוכחות אם עוד לא שלחת בעבר)

<p>1 Sind Ihnen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden?</p> <p>Falls ja, bitte angeben: - Versicherungsträger - Versicherungsnummer, Aktenzeichen</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם אי-פעם קיבלת החזר של דמי ביטוח מהביטוח הסוציאלי הגרמני?</p> <p>אם כן, נא לרשום: - שם המוסד לביטוח הסוציאלי - מס' הביטוח, מס' התיק</p>
<p>2 Wurde für Sie ein Versorgungsausgleich nach deutschem Recht durchgeführt?</p> <p>Falls ja, - lebt Ihr früherer Partner noch? - Name und Anschrift des früheren Partners</p> <p>- sind Sie Ihrem früheren Partner zum Unterhalt verpflichtet oder haben Sie diesem eine Abfindung gezahlt? (Bitte Unterhaltstitel oder -vereinbarung und Zahlungsnachweis beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם בוצעה בשבילך חלוקה והתאמה על-פי החוק הגרמני של הזכויות לפנסיה שהצטברו בתקופת הנישואין?</p> <p>אם כן: - האם בן/בת הזוג הקודם שלך עדיין בחיים? - שם וכתובת בן/בת הזוג לשעבר</p> <p>- האם את/ה מחויבת/לשלם מזונות לבן/בת הזוג הקודם שלך או שילמת לה/לו פיצויים? (נא לצרף צו לתשלום מזונות או הסכם מזונות והוכחה לתשלום)</p>
<p>3 Haben Sie in Deutschland eine Berufsausbildung gemacht (auch ohne Abschluss)?</p> <p>Zeitraum</p> <p>Art der Berufsausbildung (Bitte Nachweis beifügen)</p> <p>ggf. Abschluss am (Bitte Nachweis beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p>bis / עד vom / מתאריך</p> <p>יום חודש שנה Tag Monat Jahr</p>	<p>האם למדת בגרמניה לימודים מקצועיים (גם ללא תעודת סיום)?</p> <p>תקופה</p> <p>סוג הלימודים המקצועיים (נא לצרף הוכחה) אם נכון: תאריך סיום הלימודים (נא לצרף הוכחה)</p>
<p>4 Waren Sie in Deutschland arbeitsunfähig oder haben Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p>bis / עד vom / מתאריך</p> <p>bis / עד vom / מתאריך</p>	<p>האם היית חולה (לא מסוגל לעבוד) בגרמניה או קיבלת שיקום בריאותי בתקופות שלא נכללות בעבר הביטוחי שלך?</p> <p>תקופות (נא לצרף הוכחות)</p>
<p>5 Waren Sie in Deutschland arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p>bis / עד vom / מתאריך</p> <p>bis / עד vom / מתאריך</p>	<p>האם היית רשום כמובטל בגרמניה ותקופה זו לא נכללת בעבר הביטוחי שלך?</p> <p>תקופות (נא לצרף הוכחות)</p>
<p>6 Haben Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung in Deutschland oder im Ausland absolviert und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p>bis / עד vom / מתאריך</p> <p>bis / עד vom / מתאריך</p>	<p>האם סיימת לימודים בבית ספר, בית ספר טכני, מכללה או אוניברסיטה בגרמניה או בחו"ל לאחר גיל 17 ותקופה זו לא נכללת בעבר הביטוחי שלך?</p> <p>תקופות (נא לצרף הוכחות)</p>



Versicherungsnummer												
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen (soweit bekannt)				
------------------------------	--	--	--	--

<p>7. Waren Sie zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat in Deutschland, in Israel oder in einem anderen Staat arbeitsunfähig und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> לא / nein</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> כן / ja</td> </tr> <tr> <td colspan="2">bis / עד</td> <td colspan="2">vom / מתאריך</td> </tr> <tr> <td colspan="2">bis / עד</td> <td colspan="2">vom / מתאריך</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> לא / nein		<input type="checkbox"/> כן / ja		bis / עד		vom / מתאריך		bis / עד		vom / מתאריך		<p>האם היית חולה (איבדת את כושר העבודה) למשך חודש ימים בין הגילאים 17 ו-25 בגרמניה, בישראל או במדינה אחרת ותקופה זו לא נכללת בעבר הביטוחי שלך?</p> <p>תקופות (נא לצרף הוכחות)</p>
<input type="checkbox"/> לא / nein		<input type="checkbox"/> כן / ja												
bis / עד		vom / מתאריך												
bis / עד		vom / מתאריך												
<p>8. Haben Sie nach Vollendung des 16. Lebensjahres in einem der folgenden Länder gewohnt: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, der Schweiz oder nach dem 15. Lebensjahr in Dänemark, Griechenland oder in den Niederlanden?</p> <p>Zeitraum</p> <p>Zeitraum</p> <p>Zeitraum</p> <p>Zeitraum</p>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> לא / nein</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> כן / ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> לא / nein		<input type="checkbox"/> כן / ja		<p>האם התגוררת לאחר גיל 16 באחת המדינות הבאות: אוסטרליה, פינלנד, איסלנד, ישראל, קנדה / קוויבק, ליכטנשטיין, נורווגיה, שווייצריה או לאחר גיל 15 בדנמרק, יוון או הולנד?</p> <p>תקופה</p> <p>תקופה</p> <p>תקופה</p> <p>תקופה</p>								
<input type="checkbox"/> לא / nein		<input type="checkbox"/> כן / ja												
<p>9. Waren Sie auch außerhalb Deutschlands erwerbstätig?</p> <p>Falls ja, bitte weitere Angaben machen. Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (z.B. für Beamte / gleichgestellte Personen, EU-Bedienstete, Selbständige, Landwirte).</p> <p>Zeitraum</p> <p>Zeitraum</p> <p>Zeitraum</p> <p>Zeitraum</p> <p>Zeitraum</p> <p>Zeitraum</p> <p>Zeitraum</p> <p>Zeitraum</p> <p>Zeitraum</p>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> לא / nein</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> כן / ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> לא / nein		<input type="checkbox"/> כן / ja		<p>האם עבדת גם מחוץ לגרמניה?</p> <p>אם כן, נא לתת נתונים נוספים. יש לפרט גם תקופות במערכות פנסיה מיוחדות (כמו למשל לעובדי מדינה/פקידים ואנשים עם מעמד שווה, עובדי האיחוד האירופי, עצמאיים, חקלאים).</p> <p>תקופה</p> <p>תקופה</p> <p>תקופה</p> <p>תקופה</p> <p>תקופה</p> <p>תקופה</p> <p>תקופה</p> <p>תקופה</p>								
<input type="checkbox"/> לא / nein		<input type="checkbox"/> כן / ja												



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

G Zeiten der Kindererziehung, soweit nicht bereits früher beantragt
(Bei Erziehung in Deutschland werden weitere Angaben notwendig)

תקופות גידול ילדים, במידה ולא נתת את המידע בעבר
(במקרה של גידול ילדים בגרמניה יש להוסיף נתונים נוספים)

Folgende Kinder wurden erzogen:		הילדים הבאים גודלו:					
1	Name des Kindes	שם משפחה של הילד					
	Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)	שמות פרטיים (נא למתוח קו תחת השם הידוע)					
	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen)	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr	תאריך הלידה (נא לצרף הוכחת הלידה או להוסיף אישור רשמי בסעיף J)		
	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)	מקום הלידה (ארץ, מחוז, עיר)					
	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?	<input type="checkbox"/> לא nein		<input type="checkbox"/> כן ja		האם עבדת בזמן ההיריון והיית מחויבת להפסיק את התעסוקה על בסיס של תקופות חופשת לידה סטטוטוריות?	
	Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.	<input type="checkbox"/> לא nein		<input type="checkbox"/> כן ja		אני הייתי המגדלת/העיקרית של הילד מהלידה ועד לגיל 10.	
im folgenden Staat / במדינה הבאה		bis / עד			vom / מתאריך		
		יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr
		יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr
		יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr
2	Name des Kindes	שם משפחה של הילד					
	Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)	שמות פרטיים (נא למתוח קו תחת השם הידוע)					
	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen)	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr	תאריך הלידה (נא לצרף הוכחת הלידה או להוסיף אישור רשמי בסעיף J)		
	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)	מקום הלידה (ארץ, מחוז, עיר)					
	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?	<input type="checkbox"/> לא nein		<input type="checkbox"/> כן ja		האם את עבדת בזמן ההיריון והיית מחויבת להפסיק את התעסוקה על בסיס של תקופות חופשת לידה סטטוטוריות?	
	Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.	<input type="checkbox"/> לא nein		<input type="checkbox"/> כן ja		אני הייתי המגדלת/העיקרית של הילד מהלידה ועד לגיל 10.	
im folgenden Staat / במדינה הבאה		bis / עד			vom / מתאריך		
		יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr
		יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr
		יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr



3	Name des Kindes	שם משפחה של הילד
	Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)	שמות פרטיים (נא למתוח קו תחת השם הידוע)
	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen)	תאריך הלידה (נא לצרף הוכחת הלידה או להוסיף אישור רשמי בסעיף J)
	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)	מקום הלידה (ארץ, מחוז, עיר)
	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?	האם את עבדת בזמן ההיריון והיית מחויבת להפסיק את התעסוקה על בסיס של תקופות חופשת לידה סטטוטוריות?
	Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.	אני הייתי המגדלת/העיקרית/ של הילד מהלידה ועד לגיל 10.
	im folgenden Staat / במדינה הבאה	bis / עד
		vom / מתאריך
4	Wurde die Anrechnung von Kinder-erziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt? Falls ja, bitte angeben: - Name, Vorname - Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum	האם גם אדם אחר ביקש להכיר בתקופות גידול עבור הילדים האלו? אם כן, נא לפרט: - שם, שם פרטי - מס' ביטוח סוציאלי גרמני או תאריך לידה
5	Haben Sie, Ihr Ehegatte oder Ihr Eingetragener Lebenspartner unmittelbar vor oder während der Erziehungszeit für eine Beschäftigung / Tätigkeit außerhalb Deutschlands Pflichtbeiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?	האם את, בן/בת הזוג שלך או בן/ בת ברית זוגיות שלך לפני או במשך תקופת הגידול של הילד שילם/מה דמי ביטוח חובתיים לביטוח הסוציאלי הגרמני עבור עבודה מחוץ לגרמניה?
6	Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der genannten Kinder oder während der aufgeführten Kindererziehungszeiten Mitglied oder ziviles Gefolge von ausländischen Streitkräften im Sinne des NATO-Truppenstatuts, der alliierten Behörden und Streitkräfte in Deutschland, einschließlich Berlin (West), oder Familienangehöriger eines solchen Mitgliedes?	האם היית חבר או עובד אזרחי של כוחות צבאיים זרים על-פי חוקת כוחות הנאט"ו, חבר של רשויות וכוחות של בעלי הברית בגרמניה, כולל ברלין (מערבית), או בן/בת משפחה של חבר כזה בסמיכות ללידת אחד הילדים המוזכרים לעיל או בזמן תקופות גידול הילדים הרשומות?



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

H Weitere Angaben zu sonstigen Ansprüchen

נתונים נוספים על זכויות אחרות

<p>1 Haben Sie bereits eine israelische oder eine andere ausländische Rente beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeit des Bezuges - Art der Rente - Versicherungsträger (Name und Anschrift) - Versicherungsnummer oder Aktenzeichen 	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p>bis / עד vom / מתאריך</p>	<p>האם כבר הגשת תביעה לקצבה ישראלית או קצבה אחרת מחוץ לארץ או אתה כבר מקבל או קיבלת כזאת?</p> <p>אם כן, נא לפרט:</p> <ul style="list-style-type: none"> - תקופת הקבלה - סוג הקצבה - שם המוסד לביטוח הסוציאלי (שם וכתובת) - מספר הביטוח או מס' התיק
<p>2 Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der deutschen Rentenversicherung beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name und Vorname des verstorbenen Ehegatten - Sterbedatum - Versicherungsträger - Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Partners 	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p>יום Tag חודש Monat שנה Jahr</p> <p>יום Tag חודש Monat שנה Jahr</p>	<p>האם הגשת תביעה לקצבת שאירים מהביטוח הסוציאלי הגרמני או אתה כבר מקבל או קיבלת קצבה כזאת?</p> <p>אם כן, נא לרשום:</p> <ul style="list-style-type: none"> - שם משפחה ושם פרטי של בן/בת הזוג ז"ל - תאריך הפטירה - שם המוסד לביטוח הסוציאלי - מספר ביטוח או תאריך הלידה של בן/בת הזוג ז"ל
<p>3 Haben Sie eine Leistung aus der deutschen, der israelischen oder einer anderen ausländischen Unfallversicherung beantragt oder wird eine Unfallrente bezogen oder wurde hierfür eine Abfindung gewährt?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger und Staat (Name und Anschrift) - Aktenzeichen 	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם הגשת תביעה לקצבה מביטוח תאונות גרמני, ישראלי או מארץ אחרת, או האם אתה מקבל קצבת תאונה או קיבלת פיצויים במקומה?</p> <p>אם כן, נא לרשום:</p> <ul style="list-style-type: none"> - שם המוסד לביטוח הסוציאלי ומדינה (שם וכתובת) - מספר התיק



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	------------------------------

I Erklärung

הצהרה

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei wesentlich falschen Angaben durch die Behörden der Bundesrepublik Deutschland strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ich verpflichte mich, dem leistungspflichtigen Rentenversicherungsträger nach Antragstellung und Bewilligung der Rente unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Rentenversicherungsträger zurückzuzahlen.

Ich ermächtige hiermit die Israelische Nationalversicherungsanstalt, dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information, betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, den israelischen Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rentenleistung und Kinderleistung sowie dessen Höhe zu geben, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Leistung erforderlich, ermächtige ich die Israelische Nationalversicherungsanstalt zudem, ärztliche Berichte von Ärzten und Krankenhäusern für den zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger zu beschaffen.

Ich willige ein, dass alle vorgelegten Unterlagen und Beweismittel, die sich auf diesen Antrag beziehen oder die nach einer Entscheidung über diesen Antrag erforderlich werden, von der Israelischen Nationalversicherungsanstalt dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger und vom zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger der Israelischen Nationalversicherungsanstalt zur Verfügung gestellt werden dürfen, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.

Soweit für die Bearbeitung des Rentenanspruchs erforderlich, willige ich ein, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die ich im Rentenverfahren vorlege oder in den Akten enthalten sind oder während des Rentenverfahrens erstellt werden, von dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger oder der Israelischen Nationalversicherungsanstalt eingesehen und verwertet werden dürfen. Ich willige außerdem ein, dass die behandelnden Ärzte, Psychologen und Einrichtungen diesen Versicherungsträgern jede erforderliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilen. Dies schließt auch die Übersendung von dort vorliegenden oder während des Rentenverfahrens erstellten medizinischen Unterlagen ein.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen kann.

אני מצהיר שמסרתי את כל הנתונים של שאלון זה לפי מיטב ידיעתי. ידוע לי, כי מסירת נתונים כוזבים ביועין עלולה לגרום לתביעה לדיון פלילי על ידי הרשויות של הרפובליקה הפדרלית של גרמניה.

הנני מתחייב לאחר הגשת התביעה ואישור הקצבה להודיע למוסד לביטוח הסוציאלי הגרמני המוסמך בכתב וללא דחוי, אם יהיה שנוי במצבי האיש אשר יכול להשפיע על תשלום הקצבה או הזכאות לקצבה ולהחזיר תשלומי יתר למוסד לביטוח הסוציאלי.

אני מסמיך בזאת את המוסד לביטוח לאומי הישראלי להעביר למוסד לביטוח הסוציאלי הגרמני המוסמך כל מידע שכלול בתיקים שלו הנוגע באזרחות, בחוסר נתינות או מעמד פליט, בתקופות הביטוח הישראליות הרשומות, בזכאות לפנסיה וגמלת ילדים ובסכום שלה. כמו כן, ובהתאם לצרכי הקצבה המבוקשת, אני מסמיך את המוסד לביטוח לאומי הישראלי להשיג דוחות רפואיים מרופאים ובתי חולים עבור המוסד לביטוח הסוציאלי הגרמני האחראי.

הריני נותן בזאת את הסכמתי לכך שהמוסד לביטוח לאומי הישראלי יעמיד לרשות המוסד לביטוח הסוציאלי הגרמני המוסמך והמוסד לביטוח הסוציאלי הגרמני המוסמך יעמיד לרשות המוסד לביטוח לאומי הישראלי את כל המסמכים והוכחות שהוגשו ושמתחייחים לתביעה זו או שיהיו דרושים לאחר החלטה על תביעה זו כדי לאפשר החלטה על זכאות לקצבה.

אני מסכים, בהתאם לצרכי הקצבה המבוקשת, שהמוסד לביטוח הסוציאלי הגרמני המוסמך או המוסד לביטוח לאומי הישראלי יבדקו, יעבדו וישתמשו בכל הדוחות הרפואיים או ממצאי האבחון שאני מגיש בהליך תביעת הקצבה או שכלולים בתיקים הרפואיים, או שייאספו במשך הליך תביעת הקצבה. בנוסף אני מסכים שרופאים מטפלים, פסיכולוגים והמוסדות השונים יעבירו כל מידע דרוש על מצבי הבריאות למוסדות ביטוח אלה, כולל העברת מסמכים רפואיים הנמצאים בדם או שהוכנו במשך הליך תביעת הקצבה.

ידוע לי כי אני רשאי לחזור בי ולבטל את הסכמותיי עבור העתיד.

Unterschrift des Antragstellers	חתימת התובע
Datum / תאריך	Unterschrift / חתימה

Bitte noch die Zahlungserklärung in Teil K ausfüllen und unterschreiben!

Bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung bitte auch Teil L ausfüllen!

נא גם למלא עוד את הצהרת התשלום בסעיף K ולחתום עליו!

במקרה של תביעה לקצבה בגין אובדן כושר עבודה חלקי או מלא נא למלא גם סעיף L!



Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen (soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--

J Bestätigung durch die Israelische Nationalversicherungsanstalt

אישור המוסד לביטוח לאומי בישראל

<p>Tag der Antragstellung nach Artikel 27 des Abkommens</p>	<table border="1"> <tr> <td>יום Tag</td> <td>חודש Monat</td> <td>שנה Jahr</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr				<p>תאריך הגשת התביעה על פי סעיף 27 של האמנה</p>
יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr						
<p>Sind dabei deutsche Zeiten geltend gemacht worden?</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם התובע טען על תקופות בגרמניה?</p>						
<p>Die Angaben zur Person des Rentenbewerbers (Name, Vorname, Geburtsdatum sowie die Staatsangehörigkeit) werden bestätigt durch:</p> <p>gültigen Reisepass</p> <p>sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>אנחנו מאשרים את הנתונים האישיים של תובע הקצבה (שם משפחה, שם פרטי, תאריך לידה ואזרחות) על בסיס:</p> <p>דרכון תקף</p> <p>תעודה/תעודות אחרת/ות (נא לפרט)</p>						
<p>Die Angaben zu den Kindern in Teil G (Name, Vorname, Geburtsdatum) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>אנחנו מאשרים את הנתונים האישיים של הילדים בסעיף G (שם משפחה, שם פרטי, תאריך לידה) על בסיס תעודות שהוגשו.</p>						
<p>Datum</p>	<table border="1"> <tr> <td>יום Tag</td> <td>חודש Monat</td> <td>שנה Jahr</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr				<p>תאריך</p>
יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr						
<p>Unterschrift</p>		<p>חתימה</p>						
<p>Stempel der Israelischen Nationalversicherungsanstalt</p>		<p>חותמת המוסד לביטוח לאומי בישראל</p>						



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

K Zahlungserklärung

הצהרת תשלום

<p>1 Konto in Israel Die Leistung soll durch Überweisung auf mein Konto bei einem Geldinstitut in Israel gezahlt werden.</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Name der Bank des Zahlungsempfängers</p> <p>Anschrift der Bank des Zahlungsempfängers</p> <p>Ort, Provinz, Postleitzahl</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>חשבון בישראל אני מבקש להעביר את הקצבה לחשבון שלי בבנק בישראל.</p> <p>שם הבנק של מקבל התשלום</p> <p>כתובת הבנק של מקבל התשלום</p> <p>ישוב, אזור, מיקוד</p> <p>סוויפט קוד - SWIFT</p> <p>מס' החשבון הבינלאומי IBAN</p>
<p>- Ich bin alleiniger Inhaber des oben genannten Kontos und allein darüber Verfügungsberechtigt.</p> <p>- Das oben genannte Konto ist ein Gemeinschaftskonto, dessen Inhaber ich und mein Ehepartner sind. (Bitte auch den Mitinhaber am Ende des Teils K unterschreiben lassen)</p> <p>- Für das oben genannte Konto wurde eine Kontovollmacht erteilt für</p> <p>Name und Anschrift (Bitte auch den Kontobevollmächtigten am Ende des Teils K unterschreiben lassen)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>- אני לבד בעל החשבון והמורשה הבלעדי של החשבון הנ"ל.</p> <p>- החשבון הנ"ל הוא חשבון משותף בבעלותי ובבעלות בן/בת זוגי.</p> <p>(השותף בחשבון חייב גם לחתום בסוף סעיף K של הטופס)</p> <p>- נתתי ייפוי כוח עבור החשבון הנ"ל עבור</p> <p>שם וכתובת המורשה (גם על מורשה החשבון לחתום בסוף סעיף K של הטופס)</p>
<p>2 Konto in Deutschland Die Leistung soll durch Überweisung auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland gezahlt werden.</p> <p>Name des Geldinstituts</p> <p>Anschrift des Geldinstituts</p> <p>Name und Anschrift des Kontoinhabers, sofern vom Berechtigten abweichend, bzw. des Kontomitinhabers oder Kontobevollmächtigten (Bitte auch den Kontomitinhaber / Kontobevollmächtigten am Ende des Teils K unterschreiben lassen)</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>חשבון בגרמניה יש להעביר את הקצבה לחשבון בבנק ברפובליקה הפדרלית של גרמניה.</p> <p>שם הבנק</p> <p>כתובת הבנק</p> <p>שם מלא וכתובת של בעל החשבון אם הוא לא הזכאי לתשלום, או של השותף בחשבון או של המורשה לחשבון (גם על השותף בחשבון או המורשה לחשבון לחתום בסוף סעיף K של הטופס)</p> <p>סוויפט קוד - SWIFT</p> <p>מס' החשבון הבינלאומי IBAN</p>



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

<p>3 Zahlung an den Bevollmächtigten Die Rentennachzahlung soll an meinen Bevollmächtigten gezahlt werden - durch Überweisung auf das folgende Konto / Anderkonto in der Bundesrepublik Deutschland</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	<p>תשלום למיזופה כוח / מורשה יש לשלם את סכום הקצבה הרטרואקטיבי למיזופה הכוח שלי</p> <p>- באמצעות העברה לחשבון הבא / חשבון נאמנות ברפובליקה הפדרלית של גרמניה</p> <p>סוויפט קוד - SWIFT - קוד מזהה של הבנק BIC</p> <p>מס' החשבון הבינלאומי IBAN</p> <p>שם הבנק</p> <p>כתובת הבנק</p>
<p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 260px; height: 20px;"></div>	
<p>International Bank Account Number - IBAN</p>	<p>D E</p> <div style="border: 1px solid black; width: 520px; height: 20px;"></div>	
<p>Name des Geldinstituts</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 280px; height: 20px;"></div>	
<p>Anschrift des Geldinstituts</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 280px; height: 20px;"></div>	

<p>4 Ich erkläre, dass der Anspruch erfüllt ist, wenn die Leistung in der vorstehend von mir gewünschten Form angewiesen wird.</p> <p>Ich / Wir verpflichte(n) mich / uns, jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder die Höhe der Rente oder den Rentenanspruch selbst beeinflusst, unverzüglich schriftlich dem Standort der Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 13496 Berlin, DEUTSCHLAND mitzuteilen.</p> <p>Ferner verpflichte(n) ich / wir mich / uns, zuviel gezahlte Beträge an die Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 50417 Köln, DEUTSCHLAND als Rentenüberweisungsstelle zurückzuzahlen. Dazu habe(n) ich / wir das jeweils kontoführende Geldinstitut - mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber - beauftragt, die zuviel gezahlten Beträge an die Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 50417 Köln zurückzuüberweisen bzw. die Deutsche Post AG ist hiermit ermächtigt, die zuviel gezahlten Beträge von meinem / unserem Konto bei dem jeweils kontoführenden Geldinstitut einzuziehen. Dieser Auftrag bzw. die Ermächtigung kann nur von mir - aber nicht von meinen Erben - widerrufen werden.</p>	<p>אני מצהיר שהתביעה סופקה אם הקצבה מועברת בדרך התשלום שאני בחרתי למעלה.</p> <p>אני/ אנחנו מתחייב/ים להודיע לרשות המשלמת, Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 13496 Berlin, Germany, באופן מיידי על כל שינוי במצבי ובתנאי החיים שלי שמשפיעים על תשלום הקצבה, על הסכום או על זכאותי לקצבה.</p> <p>בנוסף אני/ אנחנו מתחייב/ים להחזיר כל תשלום יתר למקום המעביר פנסיות: Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 50417 Köln, Germany. לשם כך אני/ אנחנו נותנ/ים הוראה לבנק שמנהל את חשבון הפנסיה שלי - גם לגבי היורשים שלי - להעביר בחזרה כל תשלום יתר ל- Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, Deutsche Post AG, 50417 Köln ו-או יש זכות ל- Post AG לחייב את חשבוננו בבנק בו מתנהל חשבון הפנסיה שלי בכל תשלום יתר. רק ל- ולא ליורשיי יש זכות לבטל הוראה זו או הרשאה זו.</p>
---	--

<p>תאריך Datum</p>	<p>חתימת הבוער Unterschrift des Antragstellers</p>	<p>חתימת בעל/ חשבון משותף/ים או של המורשה לחשבון Unterschrift des Kontomitinhabers oder der Kontobevollmächtigten</p>
------------------------	--	---

<p>5 Bestätigung des israelischen Geldinstituts Wir bestätigen die Angaben unter Punkt 1.</p>	<p>אישור מהבנק הישראלי אנחנו מאשרים את הנתונים בנקודה 1 על החשבון.</p>
<p>מקום, תאריך Ort, Datum</p>	<p>חתימה / חותמת הבנק Unterschrift, Stempel des Geldinstituts</p>



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

L Angaben zur Erwerbsminderung

Bitte nur ausfüllen, wenn Rente wegen Erwerbsminderung beantragt wird.

Sollten Sie über aktuelle ärztliche Unterlagen / Krankenhausberichte verfügen, so legen Sie diese bitte in Kopie bei.

נתונים לגבי אובדן כושר עבודה חלקי או מלא

נא למלא פרק זה רק אם נתבעת קצבה בגין אובדן כושר עבודה.

באם יש לרשותך מסמכים ודוחות רפואיים חדשים או סיכום מבית חולים, נא לצרף העתקים.

<p>1 Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank? Falls ja, seit wann?</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <p>יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag</p>	<p>האם אתה כרגע בלתי-מסוגל לעבוד עקב מחלה? אם כן, ממת'י ?</p>
<p>2 Seit wann halten Sie sich für erwerbsgemindert?</p>	<p>יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag יום Tag</p>	<p>מתי התחלת, לפי דעתך, לאבד את כושר העבודה?</p>
<p>3 Haben Sie ab diesem Zeitpunkt Erwerbseinkommen bezogen aus - abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgeld vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם מאז שהתחלת לאבד את כושר העבודה הייתה לך פרנסה/הכנסה מעבודה כמועסק (כולל פנסיה מוקדמת מהמעסיק) הכנסה ברוטו חודשית (נא לצרף אישור מהמעסיק)</p>
<p>- selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit; Land- und Forstwirtschaft) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuerklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>מעבודה עצמאית (עסק, פעילות מסחרית, עבודה עצמאית חקלאות, ייעור) רווח חודשי צפוי על-פי חוק מסים (נא לצרף דו"ח מס אחרון או אישור מרואה חשבון / יועץ מסים)</p>
<p>4 Haben Sie ab diesem Zeitpunkt kurzfristiges Erwerbersatzeinkommen bezogen aus - gesetzlicher Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfalls, Berufskrankheit usw.</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם מאז קיבלת הכנסה חילופית במקום שכר עבודה או פיצוי שכר לזמן קצר - מקצבה מוגדרת בחוק בגלל אי כושר עבודה עקב מחלה, תאונה או מחלה תעסוקתית וכו'</p>
<p>Art der Leistung</p> <p>Bezugszeitraum</p> <p>Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - Bemessungsgrundlage (Bitte Nachweis beifügen)</p>	<p>bis / עד vom / מתאריך</p>	<p>סוג הקצבה תקופת קבלת הקצבה סכום הכנסת הברוטו החודשי שעליו מבוססת הקצבה המוגדרת בחוק - בסיס הערכה (נא לצרף הוכחה)</p>
<p>- gesetzlicher Leistung wegen Arbeitslosigkeit, Kurzarbeitergeld, witterungsbedingten Arbeitsausfalls - gesetzlicher Leistung wegen Mutterschaft</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja <input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>- מקצבה המוגדרת בחוק בעקבות אבטלה, עבודה מקוצרת, הפסד של שעות עבודה בגלל מזג אוויר - מקצבה המוגדרת בחוק בעקבות אמהות</p>
<p>Art der Leistung</p> <p>Bezugszeitraum</p> <p>Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - Bemessungsgrundlage (Bitte Nachweis beifügen)</p>	<p>bis / עד vom / מתאריך</p>	<p>סוג הקצבה תקופת קבלת הקצבה סכום הכנסת הברוטו החודשי שעליו מבוססת הקצבה המוגדרת בחוק - בסיס הערכה (נא לצרף הוכחה)</p>
<p>Ich bin damit einverstanden, dass ein zurückzahlender Betrag von bis zu 200 EUR von meiner laufenden Rente bis zu deren Hälfte einbehalten wird.</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>אני מסכים שסכום החזר של עד 200 אירו ינוכה מהקצבה השוטפת שלי עד למחצית התשלום החודשי.</p>



<p>5 Wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert? (Bitte fügen Sie Ihre ärztlichen Befunde und Unterlagen bei)</p>		<p>בגלל איזה מצב בריאותי / מחלה אתה רואה את עצמך סובל מאיבוד כושר עבודה? (נא לצרף מסמכים רפואיים וממצאים רפואיים שלך)</p>
<p>6 Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten? In welchem Umfang?</p>	<p>שעות ביום / Stunden täglich</p>	<p>איזה עבודות, לפי דעתך, הנך עדיין מסוגל לבצע? באיזה הקף של זמן?</p>
<p>7 Haben Sie erfolgreich eine Berufsausbildung, Umschulung, weitere Qualifizierung absolviert oder bestand ein Anlernverhältnis? Beginn und Ende erlernter oder angelernter Beruf (Bitte Nachweis beifügen)</p>	<p> <input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja <input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja bis / עד vom / מתאריך </p>	<p>האם סיימת בהצלחה הכשרה מקצועית, הסבה, הכשרה נוספת, התמחות או היית חניך? תאריך ההתחלה והסיום מקצוע שלמדת (נא לצרף הוכחה)</p>
<p>8 Ist die Gesundheitsstörung durch eine Berufskrankheit, einen Unfall oder eine andere Person verursacht worden? Falls ja, bitte angeben: - die Ursache - der Tag des Unfalls Falls der Unfall durch eine andere Person verursacht wurde, bitte Name und Anschrift des Schädigers angeben. Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht? Falls ja, gegen wen? (Bitte Name und Anschrift angeben)</p>	<p> <input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja יום Tag חודש Monat שנה Jahr <input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja </p>	<p>האם הבעיה הבריאותית נגרמה על ידי מחלה תעסוקתית, תאונה או אדם אחר? אם כן, נא לפרט: - הגורם/ סיבה - תאריך התאונה במקרה שהתאונה נגרמה על ידי אדם אחר, נא לרשום את שם וכתובת הגורם האם הגשת תביעה בגין נזקים? אם כן, נגד מי? (נא לרשום את השם והכתובת)</p>
<p>9 Waren Sie in der letzten Zeit in ambulanter ärztlicher Behandlung oder wurden in den letzten Jahren ärztliche Untersuchungen veranlasst? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei) Falls ja, bitte angeben: - Name und Anschrift des Arztes - Art der Leiden - Beginn und Ende der Behandlung</p>	<p> <input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja bis / עד vom / מתאריך </p>	<p>האם בזמן האחרון היית בטיפול רפואי מחוץ לבית חולים או נערכו בדיקות רפואיות בשנים האחרונות? (נא לצרף מסמכים רפואיים) אם כן, נא לפרט: - שם וכתובת של הרופא - סוג הבעיות הבריאותיות / מחלה - תאריך תחילת וסיום הטיפול</p>



Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen (soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>10 Waren Sie in den letzten Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei)</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Name und Anschrift des Krankenhauses</p> <p>- Art der Leiden</p> <p>- Beginn und Ende der Behandlung</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>		<p>האם בשנים האחרונות היית מאושפז בבית חולים? (נא לצרף מסמכים רפואיים)</p> <p>אם כן, נא לציין: - שם וכתובת של בית החולים</p> <p>- סוג הבעיות הבריאותיות / מחלה</p> <p>- תאריך תחילת וסיום הטיפול</p>
	<p>bis / עד</p>	<p>מתאריך / vom</p>	

