

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 Hinterbliebenenrente**  
aus der Deutschen Rentenversicherung

**תביעה לקצבת שאירים**  
מהביטוח הסוציאלי הגרמני

Bitte beachten Sie die beiliegenden Erläuterungen beim Ausfüllen des Antrags. 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 verstorbenen Versicherten**

**פרטים אישיים של המבוטח \* ז"ל**

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 N bestätigen lassen)	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr		תאריך לידה (נא לצרף תעודת לידה/ הוכחה או אישור בסעיף N של טופס זה)
9	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)					מקום לידה (אזור, מחוז, מדינה)
10	Sterbedatum (Bitte Sterbeurkunde beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr		תאריך פטירה (נא לצרף תעודת פטירה או אישור בסעיף N של טופס זה)
11	Geschlecht	<input type="checkbox"/> זכר männlich		<input type="checkbox"/> נקבה weiblich		מין
12	Staatsangehörigkeit(en) im Zeitpunkt des Todes (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)					אזרחות/יות נוכחית/ויות (נא לצרף הוכחה או אישור בסעיף N של טופס זה)
13	Wann hat der verstorbene Versicherte Deutschland verlassen?	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr		מתי המבוטח ז"ל עזב את גרמניה?
14	Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)					מקום מגורים אחרון בגרמניה (ישוב, אזור, רחוב)

\* 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)
------------------------------

**B Personalien der Witwe / des Witwers / des hinterbliebenen Lebenspartners**  
(Bitte Personalien der Waise(n) im Teil G eintragen)

Nähere Informationen zum hinterbliebenen Lebenspartner können Sie den Erläuterungen entnehmen.

**פרטים אישיים של האלמנה/ האלמן / בן/בת ברית זוגיות שאיר/ה**  
(נא לרשום את הפרטים האישיים של היתום/ים בסעיף G של טופס זה)

מידע נוסף לגבי בן/בת ברית זוגיות שאיר/ה מזוג חד מיני אפשר למצוא בהבהרות המצורפות.

1	Name		שם המשפחה
2	Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)		שמות פרטיים (נא למתוח קו תחת השם הידוע)
3	Geburtsname (wenn abweichend)		שם הנעורים/ שם המשפחה לפני הנשואים (אם שונה)
4	Frühere Namen		שמות קודמים
5	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)	יום Tag חודש Monat שנה Jahr	תאריך לידה (נא לצרף תעודת לידה/ מסמך שמוכיח את תאריך הלידה או להשיג אימות בסעיף N של טופס זה.)
6	Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)		אזרחות/יות נוכחית/יות (נא לצרף הוכחה או להשיג אימות בסעיף N של טופס זה.)
7	Anschrift		כתובת
8	Telefonnummer		מספר טלפון
9	Telefaxnummer		מספר פקס
10	Haben Sie in Deutschland gelebt? Falls ja, wann haben Sie Deutschland verlassen?	<input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja	האם חיית בגרמניה? אם כן, מתי עזבת את גרמניה?
11	Eigene deutsche Versicherungsnummer des Hinterbliebenen		מס' ביטוח/ תיק גרמני של האלמן/ה אלמנה/ה עצמו/ה
12	Eigene israelische Identitätsnummer des Hinterbliebenen		מס' תעודת זהות ישראלית של האלמן/ה עצמו/ה
13	Tag der Eheschließung / der Eintragung der Lebenspartnerschaft mit dem Versicherten (Bitte Heirats- / Lebenspartnerschafts-urkunde beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)	יום Tag חודש Monat שנה Jahr	תאריך הנשואין / הרישום של ברית הזוגיות לזוגות חד מיניים עם המבוטח ז"ל (נא לצרף תעודת נשואין/ תעודת ברית הזוגיות או אישור בסעיף N של טופס זה)
14	Bestand die Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft bis zum Tod des Versicherten?	<input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja	האם נשואים אלו / ברית הזוגיות היו בתוקף בעת הפטירה של המבוטח?
15	Haben Sie nach dem Tod des Versicherten wieder geheiratet / eine Eingetragene Lebenspartnerschaft begründet? Falls ja, am	<input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja	האם לאחר מותו של המבוטח נישאת שנית / הקמת ברית זוגיות רשומה? אם כן, בתאריך



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

**C Antragstellung durch andere Person**  
(Vollmacht / Nachweis bitte beifügen)

הגשת התביעה 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

**D Beantragte Leistungsart**

סוג הקצבה הנתבעת

1	Witwenrente / Witwerrente / Rente an Hinterbliebene aus Eingetragener Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/>	קצבת שאירים / קצבת שאיר של ברית זוגיות רשומה לזוגות חד מיניים
2	Witwenrente / Witwerrente nach dem vorletzten Ehegatten / Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	קצבת שאירים לאחר בן/בת זוג / בן/בת ברית זוגיות שלפני האחרון
3	Witwenrente / Witwerrente an vor dem 1.7.1977 geschiedene Ehegatten (Bitte Scheidungsurteil beifügen)	<input type="checkbox"/>	קצבת שאירים עבור בן/בת זוג שהתגרש לפני 01/07/1977 (נא לצרף תעודת גירושין)
4	Waisenrente (Angaben zu den Waisen in Teil G)	<input type="checkbox"/>	קצבה לילד שאיר (נא לתת נתונים של הילדים השאירים בחלק G)
Nur ausfüllen, falls Sie noch nicht das Alter für eine große Witwenrente / Witwerrente erreicht haben (siehe Erläuterungen Teil D, Punkte 5 und 6).			נא למלא רק, אם טרם הגעת לגיל הזכאות לקצבת שאירים גדולה (ראה הבהרות סעיף D, נקודות 5 ו-6)
5	Erziehen Sie noch ein Kind unter 18 Jahren oder sorgen Sie für ein Kind, das wegen Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten? (Bitte Geburtsnachweis oder Nachweis über die Behinderung beifügen) Falls ja, bitte angeben: - Name des Kindes - Geburtsdatum des Kindes	<input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja	האם אתה עדיין מגדל ילד מתחת לגיל 18 או האם אתה דואג לילד אשר בעקבות נכותו אינו יכול לכלכל את עצמו? (נא לצרף הוכחה או תעודת לידה או הוכחה על הנכות) אם כן, נא לציין: - שם הילד - תאריך לידה של הילד
6	Halten Sie sich für erwerbsgemindert? (Bitte fügen Sie ärztliche Befunde und Unterlagen bei)	<input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja	האם אתה רואה את עצמך סובל מאובדן כושר עבודה חלקי או מלא? (נא לצרף דוחות ומסמכים רפואיים)



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

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

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

**E Weitere Angaben zum Renten Antrag**

**נתונים נוספים על תביעת הקצבה**

<p>1 Ist der Tod des Versicherten durch einen Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit o. ä. verursacht worden? Falls ja, bitte angeben: - Ursache  - Tag des Unfalls</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">יום Tag</td> <td style="text-align: center;">חודש Monat</td> <td style="text-align: center;">שנה Jahr</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr				<p>האם המבוטח ז"ל נפטר עקב תאונת עבודה, מחלה תעסוקתית או נסיבות דומות?  אם כן, נא לציין: - סיבה  - תאריך התאונה</p>
יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr						
<p>2 Ist der Tod des Versicherten durch eine andere Person oder durch einen Unfall verursacht worden? Falls ja, bitte angeben: - Ursache  - Tag des Unfalls  Falls der Tod durch eine andere Person verursacht wurde: Bitte Name und Anschrift des Schädigers angeben.</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">יום Tag</td> <td style="text-align: center;">חודש Monat</td> <td style="text-align: center;">שנה Jahr</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr				<p>האם פטירת המבוטח נגרמה על ידי אדם אחר או עקב תאונה?  אם כן, נא לציין: - סיבה  - תאריך התאונה  אם הפטירה נגרמה על ידי אדם אחר: נא לציין את שם וכתובת של גורם הנזק</p>
יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr						
<p>3 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</p>	<p>האם הוגשו תביעות בגין נזקים?  אם כן, נגד מי? נא לציין שם וכתובת</p>						
<p>Aktenzeichen</p>	<p style="text-align: right;">מספר התיק</p>							
<p>4 Hat der verstorbene Versicherte bereits eine israelische oder eine andere ausländische Rente beantragt / bezogen? Falls ja, bitte angeben: - Zeit des Bezuges  - Art der Rente  - Versicherungsträger / Staat (Name und Anschrift)  - Versicherungsnummer, Aktenzeichen</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">bis / עד</td> <td style="width: 50%;">vom / מתאריך</td> </tr> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>	bis / עד	vom / מתאריך			<p>האם המבוטח ז"ל כבר קיבל או הגיש תביעה לקצבה ישראלית או קצבה אחרת מחו"ל?  אם כן, נא לציין: - תקופת הקבלה  - סוג הקצבה  - חברת הביטוח / מדינה (שם וכתובת)  - מספר הביטוח/ מס' התיק</p>		
bis / עד	vom / מתאריך							



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

**F Zusätzliche Angaben der Witwe / des Witwers / des hinterbliebenen Lebenspartners**

**נתונים נוספים על האלמנה / האלמן / בן/בת ברית זוגיות השאירה**

<p>1 Haben Sie weitere Hinterbliebenenrenten aus dem Ausland oder aus Deutschland beantragt oder schon einmal bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:            - Versicherungsträger / Staat            - Versicherungsnummer, Aktenzeichen</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein</p> <p><input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם אתה הגשת תביעה או כבר קיבלת קצבת שאירים נוספת מחו"ל או מגרמניה?</p> <p>אם כן, נא לפרט:            - שם חברת הביטוח / מדינה            - מס' הביטוח/ מספר התיק</p>
<p>2 Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der deutschen, der israelischen oder einer anderen ausländischen Unfallversicherung beantragt oder wird eine solche bezogen oder wurde hierfür eine Abfindung gewährt?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:            - Versicherungsträger / Staat            - Versicherungsnummer, Aktenzeichen</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein</p> <p><input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם הגשת תביעה לקצבת שאירים או כבר קיבלת שאירים או האם קיבלת פיצויים במקומה מביטוח תאונות גרמני, ישראלי או מארץ אחרת?</p> <p>אם כן, נא לפרט:            - שם חברת הביטוח / מדינה            - מספר הביטוח/ מספר התיק</p>
<p>3 Deutsche persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>מספר הזיהוי האישי הגרמני לצרכי מיסוי</p>
<p>Nur ausfüllen, wenn die Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft            - nach dem 31.12.2001 geschlossen wurde oder            - vor dem 1.1.2002 geschlossen wurde und beide Ehegatten / Eingetragenen Lebenspartner nach dem 1.1.1962 geboren sind</p>		<p>למלא רק אם הנישואין / ברית הזוגיות הרשומה לזוגות חד מיניים            - נרשמו/ה לאחר 31/12/2001 או            - נרשמו/ה לפני 01/01/2002 ושני בני/בנות הזוג נולדו אחרי 01/01/1962</p>
<p>4 Haben Sie selbst ein Kind vor dessen 3. Lebensjahr erzogen?</p> <p>Falls ja,            - wurden für dieses Kind bereits deutsche Berücksichtigungszeiten anerkannt / beantragt?            - Für welche Person?</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein</p> <p><input type="checkbox"/> כן ja</p> <p><input type="checkbox"/> לא nein</p> <p><input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם את/ה בעצמך גידלת ילד לפני יום ההולדת השלישי שלו?</p> <p>אם כן,            - האם כבר נתבעו או הוכרו לאותו ילד תקופות גרמניות שיש להתחשב בהן עבור גידול ילדים?            - עבור איזה אדם (אם או אב הילד)?</p>



Versicherungsnummer

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

Kennzeichen (soweit bekannt)

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

### G Personalien der Waise(n)

(Bitte Nachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)

Für jede Waise, die das 18. Lebensjahr vollendet hat, sind ein eigenes Formblatt D/I 2 und Schul-, Hochschul- oder Ausbildungsnachweise notwendig.

פרטי הילד/ים השאיר/ים / יתומים  
(נא לצרף הוכחה או אישור בסעיף N)

יש למלא טופס D/I 2 נפרד עבור כל ילד שאיר שמלאו  
לו 18 שנים ולצרף הוכחות ללימודים בבית ספר/ בית ספר  
גבוה/ לימודים מקצועיים

1	Staatsangehörigkeit אזרחות	Bei Waisen über 18 Jahre: Art der Ausbildung oder "behindert" במקרה של ילד שאיר מעל גיל :18 סוג הלימודים או "נכה"	Kindschaftsverhältnis zum verstorbenen Versicherten יחס משפחתי של הילד למבוטח ז"ל	Geburtsdatum תאריך לידה	Vorname שם פרטי	Name der Waise שם משפחה של הילד השאיר
2	Anschrift, falls abweichend von der Anschrift der Witwe / des Witwers			כתובת, אם שונה מכתובת האלמן/ה		

### H Zusätzliche Angaben zu den Waisen

פרטים נוספים על הילדים השאירים

1	<p>Wurde von einer Waise eine der folgenden Leistungen beantragt oder werden solche Leistungen bezogen?</p> <p>- Waisenrente aus der deutschen Rentenversicherung eines anderen Elternteils Falls ja, bitte angeben: - Vorname der Waise - Name des verstorbenen Elternteils - Versicherungsträger - Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Elternteils</p>	<p>לא <input type="checkbox"/> nein      כן <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>האם ילד שאיר אחד תבע או מקבל אחד מהקצבאות הבאות?</p> <p>- קצבת ילד שאיר (יתומים) מהביטוח הסוציאלי הגרמני של הורה אחר אם כן, נא לפרט: - שם פרטי של הילד השאיר</p> <p>- שם ההורה המנוח</p> <p>- שם חברת הביטוח</p> <p>- מספר הביטוח או תאריך הלידה של ההורה המנוח</p>
2	<p>- Waisenrente aus der deutschen, der israelischen oder einer anderen ausländischen Unfallversicherung Falls ja, bitte angeben: - Vorname der Waise - Versicherungsträger / Staat - Aktenzeichen</p>	<p>לא <input type="checkbox"/> nein      כן <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>- קצבת ילד שאיר (יתומים) מביטוח תאונות גרמני, ישראלי או מארץ אחרת אם כן, נא לפרט: - שם פרטי של הילד השאיר</p> <p>- שם חברת הביטוח / מדינה</p> <p>- מספר התיק</p>



Versicherungsnummer

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

Kennzeichen (soweit bekannt)

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

<p>3 - sonstige Waisenrenten / -leistungen nach deutschem Recht</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Vorname der Waise</p> <p>- Name des verstorbenen Elternteils</p> <p>- Behörde</p> <p>- Aktenzeichen</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>- קצבת ילד שאיר אחרת על-פי חוק גרמני</p> <p>אם כן, נא לפרט:</p> <p>- שם פרטי של הילד השאיר</p> <p>- שם ההורה המנוח</p> <p>- רשות</p> <p>- מספר התיק</p>																				
<p>4 Deutsche persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke</p>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																					<p>מספר הזיהוי האישי הגרמני לצרכי מיסוי</p>

**I Angaben zum eigenen laufenden Einkommen des Hinterbliebenen**

**נתונים על הכנסה עצמית שוטפת של השאיר**

<p>Seit dem Tod des Versicherten beziehen oder bezogen Sie</p> <p>1 Einkommen aus</p> <p>abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber)</p> <p>selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.)</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 מאז מותו/ה של המבוטח/ת את/ה מקבל/ת או קיבלת</p> <p>הכנסה מתעסוקה בשכר (כולל תשלום פרישה מוקדמת, תוספות ופיצויים מהמעסיק)</p> <p>מעבודה עצמאית (עסק, עבודה עצמאית, חקלאות וייעור 'וכו')</p>
<p>2 kurzfristiges Erwerbseinkommen wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>הכנסה חילופית במקום שכר עבודה לזמן קצר כמו מקצבה מוגדרת בחוק או פרטית בגלל מחלה, תאונה, אבטלה או אמהות</p>
<p>3 dauerhaftes Erwerbseinkommen wie eigene Rente aus der deutschen, israelischen oder einer anderen gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung oder einem Versorgungssystem</p> <p>- Versicherungsträger / Staat</p> <p>- Versicherungsnummer / Aktenzeichen</p> <p>eigene Rente vom Arbeitgeber oder aus einer privaten Lebens-, Unfall- oder Rentenversicherung</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>הכנסה חילופית קבועה במקום שכר עבודה כמו קצבה עצמית שלך מהביטוח הוסיאלי או ביטוח תאונות הממשלתי הגרמני, הישראלי או ארץ אחרת או ממקור תמיכה ממסדי אחר</p> <p>- שם מוסד הביטוח / מדינה</p> <p>- מס' ביטוח / תיק קצבה עצמית מהמעביד או מביטוח חיים, ביטוח תאונות או ביטוח פנסיות פרטי</p>
<p>4 Haben Sie ein kurzfristiges oder dauerhaftes Erwerbseinkommen beantragt?</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם הגשת תביעה להכנסה חילופית במקום שכר עבודה לזמן קצר או קבוע?</p>
<p>5 Wurde anstelle einer dauerhaften Leistung eine Abfindung gewährt?</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם אושר פיצוי במקום קצבה קבועה?</p>



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

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

<p>6 Vermögenseinkommen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden, Gewinne aus Aktien oder anderen Beteiligungen)</li> <li>- aus Versicherungen</li> <li>- aus Vermietung / Verpachtung</li> <li>- aus privaten Veräußerungsgeschäften</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> לא nein</td> <td><input type="checkbox"/> כן ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> לא nein</td> <td><input type="checkbox"/> כן ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> לא nein</td> <td><input type="checkbox"/> כן ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> לא nein</td> <td><input type="checkbox"/> כן ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja	<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja	<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja	<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja	<p>הכנסה מנכסים /רכוש - מנכס הון (ריבית, דיבידנדים, רווחים ממניות או מהשתתפות אחרת) - מביטוחים - משכירות / חכירה - מעסקאות מכירה פרטיות</p>		
<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja											
<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja											
<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja											
<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja											
<p>7 Sind Sie als Antragsteller krankenversichert? (Bitte Nachweis beifügen)</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> לא nein</td> <td><input type="checkbox"/> כן ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja	<p>האם כתובע יש לך ביטוח בריאות? (נא לצרף הוכחה)</p>								
<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja											
<p>8 Sind weitere Kinder unter 27 Jahren vorhanden, für die keine Waisenrente beantragt wird, weil sie nicht Kinder des Verstorbenen sind?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Name und Vorname des Kindes</li> <li>- Geburtsdatum des Kindes Bei Kindern, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bitte angeben:</li> <li>- Art der Ausbildung oder Behinderung (Bitte Nachweis beifügen)</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> לא nein</td> <td><input type="checkbox"/> כן ja</td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <tr> <td style="text-align: center;">יום Tag</td> <td style="text-align: center;">חדש Monat</td> <td style="text-align: center;">שנה Jahr</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja	יום Tag	חדש Monat	שנה Jahr				<p>האם ישנם ילדים נוספים מתחת לגיל 27 שעבורם לא נתבעת קצבה לילד שאיר משום שהם לא הילדים של המבוטח המנוח? אם כן, נא לפרט: - שם ושם פרטי של הילד - תאריך הלידה של הילד עבור ילדים מעל גיל 18 יש לפרט כדלקמן: - סוג הלימודים או הנכות (נא לצרף הוכחות)</p>		
<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja											
יום Tag	חדש Monat	שנה Jahr										
<p><b>Angaben zum eigenen Einkommen des Hinterbliebenen im Kalenderjahr vor Rentenbeginn</b></p>			<p><b>נתונים על הכנסה עצמית של השאיר בשנה הקלנדרית לפני התחלת הקצבה</b></p>									
<p>9 Im Kalenderjahr vor dem Tod des Versicherten bezogen Sie</p> <p>Einkommen aus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber)</li> <li>selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.)</li> </ul> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeiträume</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> לא nein</td> <td><input type="checkbox"/> כן ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> לא nein</td> <td><input type="checkbox"/> כן ja</td> </tr> </table> <table border="0" style="margin-top: 10px;"> <tr> <td style="text-align: center;">bis / עד</td> <td style="text-align: center;">vom / מתאריך</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">bis / עד</td> <td style="text-align: center;">vom / מתאריך</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja	<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja	bis / עד	vom / מתאריך			bis / עד	vom / מתאריך	<p>בשנה הקלנדרית לפני מוות המבוטח היו לך הכנסות מתעסוקה בשכר (כולל תשלום פרישה מוקדמת, תוספות ופיצויים מהמעסיק) מעבודה עצמאית (עסק, עבודה עצמאית, חקלאות וייעור וכו')</p> <p>אם כן, נא לפרט: - תקופות</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											
bis / עד	vom / מתאריך											
<p>10 kurzfristiges Erwerbserstatzeinkommen wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeiträume des Bezuges</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> לא nein</td> <td><input type="checkbox"/> כן ja</td> </tr> </table> <table border="0" style="margin-top: 10px;"> <tr> <td style="text-align: center;">bis / עד</td> <td style="text-align: center;">vom / מתאריך</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">bis / עד</td> <td style="text-align: center;">vom / מתאריך</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja	bis / עד	vom / מתאריך			bis / עד	vom / מתאריך	<p>הכנסה חילונית במקום שכר עבודה לזמן קצר כמו מקצבה מוגדרת בחוק או פרטית בגלל מחלה, תאונה, אבטלה או אמהות</p> <p>אם כן, נא לפרט: - תקופות הקבלה</p>		
<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja											
bis / עד	vom / מתאריך											
bis / עד	vom / מתאריך											





Versicherungsnummer									

Kennzeichen (soweit bekannt)					

**J Angaben zum deutschen Versicherungsleben des verstorbenen Versicherten**

(nur auszufüllen, wenn der verstorbene Versicherte noch keine Rente bezog)

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 im Versicherungsverlauf enthalten sind und fügen Sie bitte entsprechende Nachweise bei. Einen Versicherungsverlauf können Sie bei Bedarf vom deutschen Rentenversicherungsträger anfordern.

**נתונים על תקופות ביטוח גרמניות של המבוטח המנוח**

(נא למלא רק במקרה אם המבוטח עוד לא קיבל פנסיה מגרמניה)

נא לפרט נתונים על

- תקופות תעסוקה
- תקופות של עבודה עצמאית
- תקופות של תשלום דמי ביטוח מרצון חופשי
- תקופות תחליף (למשל שירות צבא, מאסר מלחמה, גירוש)

גבל את עצמך לתקופות שעדיין לא נכללות בעבר הביטוחי של המנוח וצרף את ההוכחות המתאימות. במידת הצורך אתה יכול לבקש מידע לגבי העבר הביטוחי שלו מהמוסד לביטוח סוציאלי הגרמני האחראי

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

Falls Platz nicht ausreicht, bitte auf gesondertem Blatt fortsetzen!

אם המקום לא מספיק, נא להמשיך בדף נוסף ולצרף אותו!



**K Weitere Angaben zum Versicherungsleben des Verstorbenen**

(Bitte nur ausfüllen und Nachweise beifügen, wenn der verstorbene Versicherte noch keine Rente bezog)

**נתונים נוספים על תקופות ביטוח גרמניות של המבוטח המנוח**  
 (נא למלא ולצרף הוכחות רק במידה והמבוטח עוד לא קיבל פנסיה מגרמניה)

<p>1 War der Verstorbene Verfolgter des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes oder des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligungen in der ehemaligen DDR?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:                  - Entschädigungsbehörde                   - Aktenzeichen</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם המנוח היה קורבן של רדיפות על ידי הנאצים במובן של חוק הפיצויים הפדרלי הגרמני (BEG) או קורבן הרדיפות במובן של חוק הפיצויים על חסרון תעסוקתי ברפובליקה הדמוקרטית הגרמנית לשעבר (DDR)?</p> <p>אם כן, נא לציין:                  - שם רשות הפיצויים                   - מס' התיק</p>
<p>2 Sind Sie, die Waise oder war der Verstorbene Vertriebene(r) oder Flüchtling im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?                  Falls ja, bitte Vertriebenenausweis(e) beifügen.</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם אתה, הילד השאיר או המנוח היה מגורש או פליט במובן של החוק הפדרלי על מגורשים?                  (אם כן, נא לצרף תעודת המגורש)</p>
<p>3 Sind dem Verstorbenen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden?                  Falls ja, bitte angeben:                  - Versicherungsträger                  - Versicherungsnummer, Aktenzeichen</p>	<p><input type="checkbox"/> לא nein <input type="checkbox"/> כן ja</p>	<p>האם המנוח קיבל אי-פעם החזר של דמי ביטוח מהביטוח הסוציאלי הגרמני?                  אם כן, נא לפרט:                  - שם המוסד לביטוח סוציאלי                  - מס' הביטוח, מס' התיק</p>
<p>4 Hat der Verstorbene in Deutschland Zeiten der Berufsausbildung zurückgelegt (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 Tag   חודש Monat   שנה Jahr</p>	<p>האם המנוח למד לימודים מקצועיים בגרמניה (גם אם בלי תעודת סיום)?</p> <p>תקופה</p> <p>סוג הלימודים המקצועיים (נא לצרף הוכחה)</p> <p>אם נכון: תאריך סיום הלימודים (נא לצרף הוכחה)</p>
<p>5 War der Verstorbene in Deutschland arbeitsunfähig oder hat er 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 המנוח היה חולה (לא מסוגל לעבוד) בגרמניה או קיבל שיקום בריאותי בתקופות שלא נכללות בעבר הביטוחי שלו?</p> <p>תקופות (נא לצרף הוכחות)</p>
<p>6 War der Verstorbene 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 המנוח היה רשום כמובטל בגרמניה ותקופה זו לא נכללת בעבר הביטוחי שלו?</p> <p>תקופות (נא לצרף הוכחות)</p>



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

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

7	<p>Hat der Verstorbene nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulbildung in Deutschland oder im Ausland absolviert und ist diese Zeit nicht im Versicherungsverlauf enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>	<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja	<p>האם המנוח סיים לימודים בבית ספר, בית ספר טכני, מכללה או אוניברסיטה בגרמניה או בחו"ל לאחר גיל 17 ותקופה זו לא נכללת בעבר הביטוחי שלו ?</p> <p><b>תקופות</b> (נא לצרף הוכחות)</p>	
		bis / עד	vom / מתאריך		
8	<p>War der Verstorbene zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat in Deutschland oder im Ausland arbeitsunfähig und ist diese Zeit nicht im Versicherungsverlauf enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>	<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja	<p>האם המנוח היה חולה (לא מסוגל לעבוד) לפחות למשך חודש ימים בגרמניה או במדינה אחרת בין גיל 17 לבין גיל 25 ותקופה זו לא נכללת בעבר הביטוחי שלו ?</p> <p><b>תקופות</b> (נא לצרף הוכחות)</p>	
		bis / עד	vom / מתאריך		
9	<p>Hat der Verstorbene 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>	<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja	<p>האם המנוח התגורר באחת המדינות הבאות לאחר גיל 16: אוסטרליה, פינלנד, איסלנד, ישראל, קנדה / קוויבק, ליכטנשטיין, נורווגיה, שבדיה, שוויצריה או לאחר גיל 15 בדנמרק, יוון או הולנד ?</p>	
		Staat / מדינה	bis / עד		vom / מתאריך
Zeitraum	Versicherungsträger / מוסד ביטוח סוציאלי		Versicherungsnummer / מס' ביטוח		תקופה
	Staat / מדינה		bis / עד		
Zeitraum	Versicherungsträger / מוסד ביטוח סוציאלי		Versicherungsnummer / מס' ביטוח		תקופה
	Staat / מדינה		bis / עד		
10	<p>War der Verstorbene auch außerhalb Deutschlands erwerbstätig? Wenn ja, bitte weitere Angaben machen. Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (z. B. für Beamte / gleichgestellte Personen, EU-Bedienstete, Selbständige, Landwirte).</p>	<input type="checkbox"/> לא nein	<input type="checkbox"/> כן ja	<p>האם המנוח עבד גם מחוץ לגרמניה? 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 (EU), עצמאיים, חקלאים).</p>	
		Staat / מדינה	bis / עד		vom / מתאריך
Zeitraum	Versicherungsträger / מוסד ביטוח סוציאלי		Versicherungsnummer / מס' ביטוח		תקופה
	Staat / מדינה		bis / עד		
Zeitraum	Versicherungsträger / מוסד ביטוח סוציאלי		Versicherungsnummer / מס' ביטוח		תקופה
	Staat / מדינה		bis / עד		
Zeitraum	Versicherungsträger / מוסד ביטוח סוציאלי		Versicherungsnummer / מס' ביטוח		תקופה
	Staat / מדינה		bis / עד		
Zeitraum	Versicherungsträger / מוסד ביטוח סוציאלי		Versicherungsnummer / מס' ביטוח		תקופה
	Staat / מדינה		bis / עד		



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

**L Zeiten der Kindererziehung des Verstorbenen**  
 (Bitte nur ausfüllen und Nachweise beifügen, wenn der verstorbene Versicherte noch keine Rente bezog. Bei Erziehung in Deutschland werden weitere Angaben notwendig.)

**תקופות גידול ילדים של המנוח**  
 (נא למלא ולצרף הוכחות רק אם המבוטח המנוח עוד לא קיבל פנסיה. במקרה של גידול 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 N bestätigen lassen)	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr
	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)	מקום הלידה (מחוז, ארץ, מדינה)		
	War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?	<input type="checkbox"/> לא nein		<input type="checkbox"/> כן ja מתאריך / vom
	Der Verstorbene hat das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.	<input type="checkbox"/> לא nein		<input type="checkbox"/> כן ja המנוח היה המגדל העיקרי 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
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 N bestätigen lassen)	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr
	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)	מקום הלידה (מחוז, ארץ, מדינה)		
	War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?	<input type="checkbox"/> לא nein		<input type="checkbox"/> כן ja מתאריך / vom
	Der Verstorbene hat das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.	<input type="checkbox"/> לא nein		<input type="checkbox"/> כן ja המנוח היה המגדל העיקרי 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



Versicherungsnummer

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

Kennzeichen (soweit bekannt)

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

3	<b>Name des Kindes</b>  Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)  Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)  Geburtsort (Kreis, Land, Staat)  War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?  Der Verstorbene hat das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.	<p style="text-align: right;">שם משפחה של הילד</p> <p style="text-align: right;">שמות פרטיים (נא למתוח קו תחת השם הידוע)</p> <p style="text-align: right;">תאריך הלידה (נא לצרף הוכחת הלידה או להוסיף אישור רשמי בסעיף N)</p> <p style="text-align: right;">מקום הלידה (מחוז, ארץ, מדינה)</p> <p style="text-align: right;">האם המנוחה עבדה בזמן ההיריון והייתה מחויבת להפסיק את התעסוקה על בסיס של תקופות חופשת לידה סטטוטוריות?</p> <p style="text-align: right;">המנוח היה המגדל העיקרי של הילד מהלידה ועד לגיל 10.</p>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">יום Tag</td> <td style="width: 15%;">חודש Monat</td> <td style="width: 15%;">שנה Jahr</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td colspan="3"> </td> </tr> </table> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> לא nein         </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">bis / עד</td> <td style="width: 45%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> כן ja         </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: small;">מתאריך / vom</td> </tr> </table> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> לא nein         </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">bis / עד</td> <td style="width: 45%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> כן ja         </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: small;">מתאריך / vom</td> </tr> </table>	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr										<input type="checkbox"/> לא nein	bis / עד	<input type="checkbox"/> כן ja	מתאריך / vom			<input type="checkbox"/> לא nein	bis / עד	<input type="checkbox"/> כן ja	מתאריך / vom		
יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr																									
<input type="checkbox"/> לא nein	bis / עד	<input type="checkbox"/> כן ja																									
מתאריך / vom																											
<input type="checkbox"/> לא nein	bis / עד	<input type="checkbox"/> כן ja																									
מתאריך / vom																											
im folgenden Staat / במדינה הבאה		bis / עד	vom / מתאריך																								
		יום Tag	יום Tag																								
		חודש Monat	חודש Monat																								
		שנה Jahr	שנה Jahr																								
4	Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt?  Falls ja, bitte angeben: - Name, Vorname  - Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum	<p style="text-align: right;">האם גם אדם אחר ביקש להכיר בתקופות גידול עבור הילדים האלו?</p> <p style="text-align: right;">אם כן, נא לפרט: - שם המשפחה, שם פרטי - מס' ביטוח סוציאלי גרמני או תאריך לידה</p>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">יום Tag</td> <td style="width: 15%;">חודש Monat</td> <td style="width: 15%;">שנה Jahr</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td colspan="3"> </td> </tr> </table> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> לא nein         </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">bis / עד</td> <td style="width: 45%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> כן ja         </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: small;">מתאריך / vom</td> </tr> </table>	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr										<input type="checkbox"/> לא nein	bis / עד	<input type="checkbox"/> כן ja	מתאריך / vom								
יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr																									
<input type="checkbox"/> לא nein	bis / עד	<input type="checkbox"/> כן ja																									
מתאריך / vom																											
5	Haben Sie oder der Verstorbene unmittelbar vor oder während der Erziehungszeit für eine Beschäftigung / Tätigkeit außerhalb Deutschlands Pflichtbeiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?	<p style="text-align: right;">האם את/ה, או בן/בת הזוג המנוח שילם/ת דמי ביטוח חובה לביטוח הסוציאלי הגרמני עבור עבודה מחוץ לגרמניה בתקופה המידית שלפני או במשך תקופת גידול ילד?</p>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">יום Tag</td> <td style="width: 15%;">חודש Monat</td> <td style="width: 15%;">שנה Jahr</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td colspan="3"> </td> </tr> </table> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> לא nein         </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">bis / עד</td> <td style="width: 45%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> כן ja         </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: small;">מתאריך / vom</td> </tr> </table>	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr										<input type="checkbox"/> לא nein	bis / עד	<input type="checkbox"/> כן ja	מתאריך / vom								
יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr																									
<input type="checkbox"/> לא nein	bis / עד	<input type="checkbox"/> כן ja																									
מתאריך / vom																											
6	War der Verstorbene 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?	<p style="text-align: right;">האם המנוח היה 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?</p>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">יום Tag</td> <td style="width: 15%;">חודש Monat</td> <td style="width: 15%;">שנה Jahr</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td colspan="3"> </td> </tr> </table> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> לא nein         </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">bis / עד</td> <td style="width: 45%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> כן ja         </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: small;">מתאריך / vom</td> </tr> </table>	יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr										<input type="checkbox"/> לא nein	bis / עד	<input type="checkbox"/> כן ja	מתאריך / vom								
יום Tag	חודש Monat	שנה Jahr																									
<input type="checkbox"/> לא nein	bis / עד	<input type="checkbox"/> כן ja																									
מתאריך / vom																											



**M Erklärung**

**הצהרה**

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

Ich verpflichte mich, dem leistungspflichtigen Rentenversicherungsträger nach Antragstellung und nach Bewilligung der Rente unverzüglich

- jede Änderung meiner Familienverhältnisse und die Beantragung und den Empfang der im Teil F, H und I aufgeführten Leistungen bzw. Einnahmen
- Änderungen, die auf den Bezug der Hinterbliebenen- / Waisenrente Einfluss haben (z. B. Unterbrechung oder Beendigung der Ausbildung)
- den Tod des Kindes usw.

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.

Nur für Anträge auf große Witwen- / Witwerrente, wenn Sie das entsprechende Lebensalter noch nicht erreicht haben, kein Kind erziehen und sich für erwerbsgemindert halten sowie bei Anträgen auf Waisenrente wegen Behinderung:

Soweit für die Bearbeitung des Rentenanspruchs erforderlich, willige ich ein, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die ich im Rentenverfahren vorlege oder die in den Akten enthalten sind oder während des Rentenverfahrens erstellt werden, von dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger oder von der Israelischen Nationalversicherungsanstalt eingesehen und verwertet werden dürfen. Ich willige außerdem ein, dass die behandelnden Ärzte, Psychologen und Einrichtungen diesen Rentenversicherungsträgern 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 ביודעין עלולה לגרום לתביעה לדין פלילי על ידי הרשויות של הרפובליקה הפדרלית של גרמניה.

הנני מתחייב לאחר הגשת התביעה ואישור הקצבה להודיע למוסד לביטוח הוציאלי הגרמני המוסמך בכתב וללא דחוי על:

- כל שנוי של מצבי האישי והמשפחתי והגשת תביעה ואת הקבלה של הקצבות או הכנסות הרשומות בסעיף I-H,F
- כל שנוי שעלול להשפיע על תשלום קצבת השאירים / קצבת ילד שאיר (כמו למשל הפסקת או סיום הלימודים)
- מוות הילד וכו' ולהחזיר תשלומי יתר למוסד לביטוח הוציאלי.

אני מסמיך בזאת את המוסד לביטוח לאומי הישראלי להעביר למוסד לביטוח הוציאלי 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 הוציאלי הגרמני האחראי.

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

הנקודה הבאה מתייחסת רק למקרה של תביעה לקצבת שאירים גדולה לפני הגעתך לגיל המתאים, אינך מגדל ילד ורואה את עצמך מופחת בכושר ההחלטה על תביעה זו כדי לאפשר החלטה על זכאות לקצבה:

אני מסכים, בהתאם לצרכי הקצבה המבוקשת, שהמוסד לביטוח הוציאלי 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 am Ende des Formblatts (Teil O) ausfüllen und unterschreiben!

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



**N 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>Die Angaben zur Person (Name, Vorname, Geburtsdatum sowie die Staatsangehörigkeit) des Verstorbenen (Teil A) und der Hinterbliebenen (Teil B und G) werden bestätigt durch:</p>	<p>לא <input type="checkbox"/> nein      כן <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>אנחנו מאשרים את הנתונים האישיים (שם משפחה, שם פרטי, תאריך לידה ואזרחות) של המנוח (סעיף A) ושל האלמנה/ והילדים השאירים (סעיף B ו-G) על בסיס:</p>						
<p>gültigen Reisepass</p>	<p>לא <input type="checkbox"/> nein      כן <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>דרכון תקף</p>						
<p>sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)</p>	<p>לא <input type="checkbox"/> nein      כן <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>תעודה/תעודות אחרת/ות (נא לפרט)</p>						
<p>Die Angaben zum Sterbedatum und zur bis zum Tode bestehenden Ehe / Lebenspartnerschaft werden bestätigt durch die beigefügte Kopie des Originals:</p>	<p>לא <input type="checkbox"/> nein      כן <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>אנחנו מאשרים את הנתונים של תאריך הפטירה ושל הנישואין / ברית הזוגיות שהתקיימו עד לפטירה באמצעות העתק המסמך המקורי המצורף:</p>						
<p>Sterbeurkunde</p>	<p>לא <input type="checkbox"/> nein      כן <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>תעודת פטירה</p>						
<p>sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)</p>	<p>לא <input type="checkbox"/> nein      כן <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>תעודה/תעודות אחרת/ות (נא לפרט)</p>						
<p>Die Angaben zu den Kindern in Teil L (Name, Vorname, Geburtsdatum) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.</p>	<p>לא <input type="checkbox"/> nein      כן <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>אנחנו מאשרים את הנתונים האישיים של הילדים בסעיף L (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)

**O Zahlungserklärung**

**הצהרת תשלום**

<p><b>1 Konto in Israel</b> Die Leistung soll durch Überweisung auf mein Konto bei einem Geldinstitut in Israel gezahlt werden.</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><b>חשבון בישראל</b> 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>יישוב, 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>- Für das oben genannte Konto wurde eine Kontovollmacht erteilt für</p> <p>Name und Anschrift (Bitte auch den Kontobevollmächtigten am Ende des Teils N 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>נתתי ייפוי כוח עבור החשבון הנ"ל עבור</p> <p>שם וכתובת המורשה (גם על מורשה החשבון לחתום בסוף סעיף N של הטופס)</p>
<p><b>2 Konto in Deutschland</b> 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 N 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><b>חשבון בגרמניה</b> 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 N של הטופס)</p> <p>סוויפט קוד - SWIFT</p> <p>מס' החשבון הבינלאומי IBAN</p>



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

**3 Zahlung an den Bevollmächtigten**

Die Rentennachzahlung soll an meinen Bevollmächtigten gezahlt werden

- durch Überweisung auf das folgende Konto / Anderkonto in der Bundesrepublik Deutschland

SWIFT Bank Identifier Code - BIC

International Bank Account Number - IBAN

D E

Name des Geldinstituts

Anschrift des Geldinstituts

**תשלום למיזופה כוח / מורשה**

יש לשלם את סכום הקצבה הרטרואקטיבי למיזופה הכוח שלי

- באמצעות העברה לחשבון הבא / חשבון נאמנות ברפובליקה הפדרלית של גרמניה

סוויפט קוד - SWIFT - קוד מזהה

של הבנק BIC

מס' החשבון הבינלאומי IBAN

שם הבנק

כתובת הבנק

**4** Ich erkläre, dass der Anspruch erfüllt ist, wenn die Leistung in der vorstehend von mir gewünschten Form angewiesen wird.

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.

Ferner verpflichte(n) ich / wir mich / uns, zu viel 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 zu viel gezahlten Beträge an die Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 50417 Köln zurückzuüberweisen bzw. die Deutsche Post AG ist hiermit ermächtigt, die zu viel 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.

אני מצהיר שהתביעה סופקה אם הקצבה מועברת בדרך התשלום שאני בחרתי למעלה.

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.

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 נותן/ים הוראה לבנק שמנהל את חשבון הפנסיה שלי - גם לגבי היורשים שלי - להעביר בחזרה כל תשלום יתר ל- Niederlassung Renten Service, Deutsche Post AG, 50417 Köln ו-או יש זכות ל- Deutsche Post AG לחייב את חשבוני/נו בבנק בו מתנהל חשבון הפנסיה שלי בכל תשלום יתר. רק לי - ולא ליורשיי - יש זכות לבטל הוראה זו או הרשאה זו.

תאריך  
Datum

חתימת הבובע  
Unterschrift des Antragstellers

חתימת בעלי חשבון משותף/ים או של המורשה לחשבון  
Unterschrift des Kontomitinhabers oder der Kontobevollmächtigten

**5 Bestätigung des israelischen Geldinstituts**

Wir bestätigen die Angaben unter Punkt 1.

**אישור מהבנק הישראלי**

אנחנו מאשרים את הנתונים בנקודה 1 על החשבון.

מקום, תאריך  
Ort, Datum

חתימה / חותמת הבנק  
Unterschrift, Stempel des Geldinstituts

