

Danish CPR Number _____	מספר ה CPR הדני _____
Israeli Identity Number _____	מספר ת.ז. ישראלי _____

Convention on Social Security
Between the State of Israel and the Kingdom of Denmark
אמנה בדבר בטחון סוציאלי בין מדינת ישראל לבין ממלכת דנמרק

INVESTIGATION OF A CLAIM FOR SURVIVORS BENEFIT

טופס תביעה לקיצבת שארים

Articles 21-29 of the Convention

סעיפים 21-29 לאמנה

Article 14-16 of the Administrative Agreement

סעיפים 14-16 להסכם המנהלי

1.	Institution concerned	המוסד המוסמך
1.1	Name _____	שם
1.2	Address 1) _____	כתובת

INFORMATION CONCERNING
THE CLAIMANT

חלק אי פרטים לגבי התובע

2.1	Name _____	שם משפחה
	Forenames _____	שם פרטי
	Name at birth _____	שם בעת הלידה
	Former names _____	שמות קודמים
2.2	Place of birth _____	מקום הלידה
	Date of birth _____	תאריך הלידה
	Sex <input type="radio"/> F/נקבה <input type="radio"/> M/זכר	מין
	Date of immigration into Israel (day, month, year) _____	תאריך ההגירה לישראל
	Date of leaving Israel (day, month, year) _____	תאריך היציאה מישראל
2.3	Nationality _____	לאום
2.4	Civil status on the date of application ²⁾ _____	מצב משפחתי בעת הבקשה
	<input type="radio"/> רווק/ה <input type="radio"/> נשוי/אה <input type="radio"/> אלמן/נה <input type="radio"/> גרוש/ה <input type="radio"/> פרוד/ה	
	single married widow/er divorced separated	

2.5	Address on the date of introduction of the application	_____	כתובת בעת הגשת הבקשה
2.6	Last address in Denmark	_____	כתובת אחרונה בדנמרק
2.7	Last employer in Denmark (name and address)	_____	מעסיק אחרון בדנמרק (שם וכתובת)
2.8a	Last employer in Israel (name and address)	_____	מעסיק אחרון בישראל (שם וכתובת) 1)
2.9	Competent Danish institution ¹⁾	_____	מוסד הדני המוסמך
2.10	Correspondence number with this institution	_____	מספר התיק להתקשרות באותו מוסד
2.11	Competent Israeli institution ¹⁾	_____	המוסד הישראלי המוסמך
2.12	Israeli identity number	_____	מספר תעודת הזהות הישראלית

3	Any other benefit of the claimant		גמלאות אחרות של התובע
	Long-term benefit		גמלאות ארוכות טווח
	The claimant is in receipt of a pension	<input type="radio"/>	התובע מקבל קיצבה
	The claimant was in receipt of a pension	<input type="radio"/>	התובע קיבל קיצבה
	The claimant is not in receipt of a pension	<input type="radio"/>	התובע אינו מקבל קיצבה
3.1	In the affirmative, please complete following table (3.2 to 3.6)		אם התשובה חיובית, נא מלא את הטבלה הבאה (3.2-3.6)

המוסד האחראי לתשלום Institution responsible for payment					
		Name	השם	Name	השם
		_____	_____	_____	_____
		Address ¹⁾	כתובת ¹⁾	Address ¹⁾	כתובת ¹⁾
		_____	_____	_____	_____
3.2	Type of pension 5)				סוג הפנסיה
3.3	Pension number, if any				מספר הפנסיה, אם יש
3.4	Commencing date				תאריך תחילת תשלום
3.5	Date of termination, if applicable				תאריך הפסקת התשלום
3.6	Amount as fixed	הסכום שנקבע			
	Per week				לשבוע
	Per month				לחודש
	Per quarter				לרבעון
	Per year				לשנה
3.7	The information given under 3.2 through 3.6 has been verified by us with the help of documentary evidence produced by the person concerned has not been verified by us				המידע בסעיפים 3.2-3.6 אושר על ידנו באמצעות מסמכים אשר סופקו על ידי האדם הנדון <input type="radio"/> לא אושר על ידנו

4.1	The surviving spouse is working as an employee	_____	(בן הזוג שנותר בחיים 2) עובד כשכיר
	is a self-employed person	<input type="radio"/>	עובד כעצמאי
	is not working	<input type="radio"/>	אינו עובד
4.2	if applicable, particulars of claimant's work Most recent occupation	_____ _____	אם מתאים, פרטים על עבודת התובע התעסוקה האחרונה
	status		מעמד כ -
	self-employed	<input type="radio"/>	עצמאי
	salaried worker	<input type="radio"/>	שכיר

	Gross monthly income from work	_____	הכנסה חודשית ברוטו מעבודה
	I continue to work	<input type="radio"/> yes/כן <input type="radio"/> no/לא	אני ממשיך לעבוד
	Other gross monthly income	_____	הכנסה חודשית ברוטו ממקור אחר
	Currency	_____	במטבע
	Amount	_____	הסכום
4.3	The surviving spouse was a dependemt of the deceased person	<input type="radio"/>	בן הזוג שנותר בחיים היה תלוי בבן הזוג הנפטר
	was not dependent of the deceased person	<input type="radio"/>	לא היה תלוי בבן הזוג שנפטר
4.4	is incapacitated for work; if so please attach a medical report	<input type="radio"/>	בלתי כשיר לעבודה; אם כן נא לצרף אישורים רפואיים
	permanently	<input type="radio"/>	באופן קבוע
	temporarily, for more than 3 months	<input type="radio"/>	זמנית, לתקופה העולה על 3 חודשים
	is not incapacitated for work	<input type="radio"/>	אינו בלתי כשיר לעבודה
4.5	Date of marriage	_____	תאריך נישואין
4.6	Lives separated from the deceased; please indicate since when	_____	חי בנפרד מהמנוח מ (ציין ממת)
4.7	Date of divorce, if applicable	_____	תאריך גירושין, אם מתאים
4.8	Date of remarriage if applicable	_____	תאריך נישואין מחדש, אם מתאים
4.9	Name and forename (s) of the spouse	_____	שם ושם משפחה של בן הזוג חדש

PART B INFORMATION CONCERNING THE DECEASED
מידע הנוגע לנפטר

חלק ב

5.1	Name	_____	שם משפחה
	Forenames	_____	שם פרטי
	Name at birth	_____	שם בעת הלידה
	Former names	_____	שמות קודמים
5.2	Place of birth	_____	מקום הלידה
	Date of birth	_____	תאריך הלידה
	Sex ²⁾	<input type="radio"/> F/נקבה <input type="radio"/> M/זכר	מין
	Date of immigration into Israel (day, month, year)	_____	תאריך ההגירה לישראל
5.3	Nationality	_____	לאום
5.4	Date of marriage	_____	תאריך נישואין
5.5	Address ¹⁾⁶⁾	_____	כתובת
5.6	Last address in Denmark ¹⁾	_____	כתובת אחרונה בדנמרק
5.7	Last employer in Denmark (name and address)	_____	מעסיק אחרון בדנמרק (שם וכתובת)
5.8	Competent Danish institution ¹⁾	_____	המוסד הדני המוסמך
5.9	Correspondence number in this institution	_____	מספר התיק באותו מוסד
5.10	Competent Israeli institution ¹⁾	_____	המוסד הישראלי המוסמך
5.11	Israeli identity number	_____	מספר תעודת הזהות הישראלית
5.12	The deceased	_____	הנפטר
	was	<input type="radio"/>	היה
	was not	<input type="radio"/>	לא היה
	entitled to a pension or allowance on the date of his death	_____	זכאי לפנסיה או קיצבה ביום מותו
5.13	In the affirmative, please complete the following table	_____	אם התשובה חיובית, נא מלא את הטבלה הבאה

המוסד האחראי לתשלום Institution responsible for payment			
	Name השם _____	Name השם _____	Name השם _____
	Address ¹⁾ כתובת _____	Address ¹⁾ כתובת _____	Address ¹⁾ כתובת _____
5.14	Type of pension or allowance 5)		סוג הפנסיה או הקצבה
5.15	Pension or allowance number, if any		מספר הפנסיה או הקצבה
5.16	Commencing date		תאריך תחילת התשלום
5.17	Date of termination if applicable		תאריך הפסקת התשלום (בעת הצורך)
Amount as fixed הסכום שנקבע			
	Per week		לשבוע
	Per month		לחודש
	Per quarter		לרבעון
	Per year		לשנה

5.19	The information given under 5.13 through 5.18. has been verified by us with the help of documentary evidence produced by the person concerned	○	המידע בסעיפים 5.13-5.18 אושר על ידינו באמצעות מסמכים אשר סופקו על ידי המבוטח
5.20	has not been verified by us	○	לא אושר על ידינו סיבת המוות
5.21	Cause of death	_____	
5.22	If the person mention in 5.1 is a missing person, please put a cross in the box and state, if applicable, the date of decease as stated in the declaration of presumed death	○	אם האדם המוזכר בסעיף 5.1 נפטר, נא סמן כאן, את תאריך הפטירה המשוער כמצויין בתעודת הפטירה
5.23	The deceased was was not insured under Israeli legislation on the date of his decease	○ ○	המנוח היה לא היה מבוטח לפי החוק הישראלי בתאריך הפטירה

PART C INFORMATION CONCERNING THE CHILDREN
מידע הנוגע לילדים

חלק ג

6.1	The children mentioned on page 9 have lost both parents	_____	הילדים המוזכרים בדף 9 איבדו את שני הוריהם
	have not lost both parents	_____	לא איבדו את שני הוריהם
6.2	If both parents are dead, please give the name and address of the children's guardian or the person appointed to receive the benefit	_____	אם שני ההורים נפטרו, נא פרט את שם וכתובת אפוטרופוס הילדים או האדם אשר מונה לקבלת הגמלה
6.3	Surname	_____	שם משפחה
	Forenames	_____	שם פרטי
6.4	Address 1)	_____	כתובת

**DIRECTIONS FOR ANSWERING THE
QUESTIONS ON PAGE 7, BOX 5**

The heavy typed letters a), b) and c) appear in the column of page 7. These letters have been introduced for briefness' sake and refer to the explanations given below. Please state the data indicated in the explanation behind the figure or in the box marked by a heavy typed letter.

Signification of a):

Place the corresponding letter on the relevant line: A=legitimate child; B=natural child; C=recognized natural child; D=adopted child; E=child of the other spouse maintained by the claimant; F=grandchild; G=other children

Signification of b):

Only if this address is different from the address mentioned under 2.5.

Signification of c):

If the child is in receipt of a pension from an institution other than the competent Danish institution, please state the name and address of the institution and correspondence number with that institution.

הוראות למענה על השאלות בדף 7, משבצת 5

האותיות א), ב), ג) מופיעות בטור שבעמוד 7.

אותיות אלה הוכנסו לצורך הבהרה ומכוונות אל ההסברים לעיל. נא פרט את הנתונים שבהסבר מאחורי המספר או בתיבה המסומנת.

החשיבות של א)

כתוב את האות המתאימה בשורה המתאימה:
A=ילד חוקי; B=ילד טבעי; C=ילד טבעי מוכר;
D=ילד מאומץ; E=ילדו של בן הזוג אשר התובע
מפרנסו; F=נכד; G=ילד אחר

החשיבות של ב)

רק אם כתובת זו שונה מהכתובת המצויינת
בסעיף 2.5.

החשיבות של ג)

אם הילד מקבל קצבה ממוסד אחר שאינו המוסד
הדני המוסמך, נא פרט את שם וכתובת המוסד
ומספר התיק באותו מוסד.

PART D INFORMATION CONCERNING THE INSURANCE CAREER חלק ד
פרטים על תקופות הביטוח

8 Deceased נפטר 0

9 Information about each working period or פרטים לגבי כל תקופת עבודה או תקופת מגורים
period of residence

Period תקופה	Nature of employment or the period of unemployment	Name and address of the employer	Place and country of employment	Address at the time of the employment or the period of unemployment
from -מ to עד	סוג התעסוקה או תקופת אי התעסוקה	שם וכתובת המעסיק	מקום וארץ התעסוקה	כתובת בזמן התעסוקה או בתקופת אי התעסוקה
9.1				
9.2				
9.3				
9.4				
9.5				
9.6				
9.7				
9.8				

PART E

VARIOUS DATA

נתונים שונים

חלק ה

10.1	Date of the application	_____	תאריך הגשת הבקשה
10.2	Commencing date of the pension if it has been awarded ex officio	_____	תאריך תחילת תשלום הקצבה המשתלמת מכוח הוראות החוק (מבלי שהוגשה תביעה)

11

11.1	Name and address of the bank in Denmark at which the claimant holds an account	_____	שם וכתובת הבנק בדנמרק בו יש לתובע חשבון בנק
11.2	Number of the applicant's account at this bank	_____	מספר חשבון הבנק
11.3	The above account is in my name only	no <input type="radio"/> לא yes <input type="radio"/> כן	החשבון הני"ל הוא על שמי בלבד
11.4	The above account is in my name and the name of		החשבון הני"ל הוא על שמי ועל שם

12	The institution to which the application was submitted	_____	המוסד אליו הופנתה הבקשה
	has granted an advance payment	<input type="radio"/>	העניק מקדמה
	has not granted an advance payment	<input type="radio"/>	לא העניק מקדמה
13	According to article 37 to the Convention	_____	לפי סעיף 37 לאמנה
	there are grounds for making deductions for compensate	<input type="radio"/>	יש סיבות להפחתות מהגמלה
	there are no grounds for making deductions for compensate	<input type="radio"/>	אין סיבות להפחתות מהגמלה
14	Enclosed please find form IL-DK 205	<input type="radio"/>	מצ"ב טופס DK-IL 205

15 Institution to which the application was submitted

15 המוסד אליו הופנתה התביעה

15.1	Name	_____	שם
15.2	Address	_____	כתובת
15.3	Stamp	_____	חותמת
15.4	Date	_____	תאריך
15.5	Signature of the claimant	_____	חתימת התובע
15.6	Signature of the representative of the institution	_____	חתימת נציג המוסד

INSTRUCTIONS

הוראות

The form consists of five parts. PART A includes information concerning the claimant, PART B includes information concerning the spouse (in case of an application for old-age pension for a married person), PART C includes information concerning the children, PART D includes information concerning the employee's career and PART E includes various data required for the investigation of the claim.

הטופס מורכב מחמישה חלקים. חלק א' כולל מידע הנוגע לתובע, חלק ב' כולל מידע הנוגע לבן הזוג (במקרה של פנייה לקבלת קצבת זיקנה עבור אדם נשוי), חלק ג' כולל מידע הנוגע לילדים, חלק ד' כולל מידע הנוגע לקריירת העובד וחלק ה' מכיל נתונים שונים הדרושים לחקירת התביעה.

The investigating institution is the competent institution in the applicant's country of residence.

המוסד החוקר הוא המוסד המוסמך במדינת מושבו של הפונה.

The institution concerned is the competent institution of the bilateral contracting party where periods of insurance have been completed.

המוסד הנוגע בדבר הוא המוסד המוסמך של המדינה החתומה על ההסכם בה הושלמו תקופות הביטוח.

This form has to be completed by the investigating institution in block letters. This institution will send a copy to the institution of the other country (institution concerned), in block letters.

טופס זה ימולא על ידי המוסד החוקר, באותיות דפוס. מוסד זה ישלח עותק למוסד במדינה האחרת (המוסד הנוגע בדבר).

Questions are to be answered and remarks are to be made in English.

יש לענות על השאלות וההערות באנגלית

Footnote	הערות
1) Street, number, post code, town, country.	רחוב, מספר, מיקוד, עיר מדינה.
2) Tick the appropriate box.	סמן את המשבצת המתאימה.
3) In case of an application for orphan's pension for minor orphans, please give the information concerning the supporter or guardian and in case of application for widow's pension, please give the information concerning the widow or the divorced insured. if there is more than one claimant, a separate from IL-203 is to be completed for each of them.	במקרה של בקשה לקיצבת יתומים עבור יתומים קטינים, נא ציין פרטים הנוגעים למפרנס או לאפוטרופוס ובמקרה של בקשה לקיצבת שאירים, נא ציין פרטים הנוגעים לאלמנה או לגרושה שלא נישאה מחדש של המבוטח שנפטר. אם יש יותר מתובע אחד, יש למלא טופס 203-IL נפרד.
4) Name of the institution	שם המוסד
5) Please state the number corresponding to the appropriate description: 1=old-age pension: 2=invalidity pension: 3=survivors' pension: 4=compensation for occupational accident or disease	נא פרט את המספר המתאים לתיאור הבא: 1-קיצבת זיקנה; 2=קיצבת נכות; 3=קיצבת שאירים; 4=פיצוי על תאונת או מחלת עבודה.
6) in case of applications for widow's or orphan's pension, please give the information concerning the deceased insured (in case of an application for orphan's pension this is the last-deceased parent).	במקרה של בקשה לקיצבת אלמנות או יתומים, נא ציין פרטים הנוגעים לנפטר המבוטח (במקרה של תביעה לקצבת יתומים זהו ההורה הנפטר האחרון)
7) if the address is different from the claimant's address, please state also since what date and for what reason	אם הכתובת שונה מכתובתו של התובע, נא ציין גם מאיזה תאריך ומאיזו סיבה
8) If the number of children exceeds four, please add an extra page.	אם מספר הילדים עולה על ארבע, נא צרף דף נוסף
9) Indicate the career outside Denmark and Israel, too.	נא פרט גם תקופות ביטוח/תעסוקה מחוץ לישראל ולדנמרק
10) Indicate the nature of the pursued activities (employee or self-employed, e.g. mechanic, salesman-lady) or in periods of inactivity (e.g. housewife, unemployed, ill, etc.).	ציין את טיבען של הפעילויות (שכיר או עצמאי, לדוגמא: מכונאי, מוכר/ת) או בתקופות אי הפעילות (לדוגמא: עקרת בית, מובטל, חולה וכד')
11) Only for claimants living in Israel. If the claimant does not yet hold a bank account, he/she must be requested to open such an account and to communicate its number immediately to the competent Danish institution.	רק התובעים הגרים בישראל. במידה והתובע אינו מחזיק עדיין בחשבון בנק, הוא נדרש לפתוח חשבון כזה ולהעביר את מספרו מיידית למוסד הדני המוסמך.