



Convenție între Statul Israel și România în domeniul securității sociale

Formular de cerere pentru pensie de invaliditate

(transmisă la Institutul Național de Asigurări din Israel)

| | |
|--|--|
| Datele personale ale solicitantului | |
| | |
| Numele de familie | |
| Prenume | |
| Nume anterior | |
| Prenumele tatălui | |
| Numărul dosarului în România | |
| Număr de identificare israelian | |
| Data nașterii | |
| Locul nașterii | |
| Starea civilă: | |
| Sex | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Feminin |
| Data de imigrare în Israel | |
| Adresa de reședință din Israel | |
| Data migrării | |
| Adresa din străinătate înainte de imigrare | |
| Ultima ocupație/ profesie practică | |
| Cetățenie | |
| | |
| Datele personale ale soțului/soției | |
| | |
| Numele soțului / soției | |
| Data nașterii | |
| Număr de identificare israelian | |
| Ocupație | |
| | |

| | |
|--|--|
| Date personale minor sub 18 ani | |
|--|--|

1. Numele copilului:

Număr de identificare israelian: _____ Data nașterii: _____

2. Numele copilului:

Număr de identificare israelian: _____ Data nașterii: _____

3. Numele copilului: _____

Număr de identificare israelian: _____ Data nașterii: _____

| | |
|---|--|
| Datele privind veniturile realizate de solicitant și de soț/ soție | |
|---|--|

| | Soț / soție | Solicitant | |
|---|-------------|------------|--|
| Venitul lunar din activități profesionale | | | |
| Venitul lunar din pensie/ pensii | | | |
| Menționați dacă în prezent sunteți angajat/ă | | | |
| Dacă nu sunteți în prezent angajat/ă, de când | | | |
| Dacă timpul de lucru v-a fost redus, vă rugăm să indicați de când | | | |
| Data prezentării cererii | | | |
| Dacă primiți o pensie, vă rugăm să menționați de când | | | |
| Vă rugăm să precizați toate veniturile suplimentare | | | |

| | |
|---|--|
| Datele privind perioadele de asigurare realizate în Israel și în străinătate | |
|---|--|

| Durata – Perioada | | Vă rugăm să indicați țara în care ați desfășurat activități profesionale | Vă rugăm să menționați – pentru lucrătorii salariați: numele și adresa angajatorului; Pentru lucrătorii independenți: numele și adresa sediului; altele: sursa de venit | Ocupație/ ii: se specifică: „lucrător salariat” „lucrător independent” „șomer”, etc. | | |
|-------------------|---------|--|--|--|--|--|
| De la | Până la | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Informații cu privire la invaliditate

(vă rugăm să includeți documentele medicale relevante)

| Data afectării stării de sănătate | Debutul invalidității medicale (data) | Cauza medicală a invalidității |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Detalii privind plata pensiei | |
|--------------------------------------|--|

| | |
|--|--|
| Vă rugăm să se transfere plățile lunare care mi se datorează, în următorul cont: | |
| Numele băncii: | |
| Numele sucursalei: | |
| Numărul sucursalei: | |
| Număr de cont : | |
| Contul este deținut pe numele de | |

| Declarație | |
|---|--|
| <p>Prin prezenta declar că informațiile din cererea mea sunt exacte și complete. Am cunoștință că tănuirea unor informații sau declararea de informații false constituie o faptă ilegală, iar Institutul Național de Asigurări poate cere restituirea tuturor sumelor plătite ilegal.</p> <p>În cazul apariției oricăror schimbări privind informațiile din prezenta, cum ar fi informații legate de situația veniturilor, starea civilă sau adresă, voi aduce imediat la cunoștință Institutului Național de Asigurări.</p> <p>Sunt de acord ca banca mea să restituie Institutului Național de Asigurări, la cererea acestuia, orice suma de bani care a fost depusă în contul meu, din eroare sau care nu este plătită în conformitate cu legea.</p> | |

Semnătura solicitantului

Data