

## Institutul Național de Asigurări

Departamentul pentru persoane vârstnice și urmași  
13 Weizmann Avenue  
Jerusalem 91909, Israel

### Cerere de pensie de urmaș

#### A. Informații privind persoana decedată

Număr de asigurare israelian	Prenume (ebraică)		Nume de familie (ebraică)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Prenumele (alfabet latin)		Numele de familie (alfabet latin)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Ultima adresă de domiciliu					
Persoana decedată a lucrat în străinătate (în afara teritoriului israelian) Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/>	Stat	Oraș	Cod poștal	Strada	Număr
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Stare civilă	Imigrare în Israel din	Țara locului de naștere	Data nașterii
Necăsătorit <input type="checkbox"/>			
Căsătorit <input type="checkbox"/>	Scopul plecării din Israel	Data plecării din Israel	Data imigrării în Israel
Văduv/văduvă <input type="checkbox"/>			
Divorțat/divorțată <input type="checkbox"/>			
Separati <input type="checkbox"/>			
Din data de:			

#### B. Informații despre deces

Data decesului: \_\_\_\_\_

Cauza decesului: \_\_\_\_\_

Număr de asigurare socială al

Persoanei decedate în țara de rezidență \_\_\_\_\_

Numărul instituției de asigurare \_\_\_\_\_

#### C. Informații privind văduvul/ văduva

Număr de asigurare israelian	Prenume	Nume
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data imigrării în Israel		Data nașterii:
<input type="text"/>		<input type="text"/>

Adresa actuală

Stat	Oraș	Cod poștal	Strada	Număr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Email:	Tel:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### D. Informații despre copii

A se menționa copiii, dacă sunt:

- Sub 18 ani
- Sub 20 ani, dacă se află încă la școală
- Sub 24 ani, dacă satisfac serviciul militar obligatoriu / sau „Sherut Leumi” în Israel

Copilul	3	2	1	
Număr de asigurare israelian				
Numele				
Data nașterii				
Sex	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Stare civilă				
Locuiește cu mine	Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/>	
Școala				
Durata serviciului militar sau a „Sherut Leumi” în Israel	De la..... Până la .....	De la ..... Până la .....	De la ..... Până la .....	

#### E. Locul plății

Vă rog să achitați pensia în contul:

Număr de cont	Sucursala (nr)	Numele și adresa sucursalei	Numele băncii
Contul este exclusiv pe numele meu		<input type="checkbox"/>	

-----   
 Contul este pe numele meu și al -----, grad de rudenie -----

<p><b>Declarația titularului contului bancar</b></p> <p>Prin prezenta ne obligăm să informăm Institutul Național de Asigurări (INA) de orice schimbare referitoare la partenerii contului bancar și/sau titularii împuterniciți pentru acest cont. Vom menționa orice schimbare referitoare la aceste elemente, printr –un formular specific semnat de persoanele în cauză.</p> <p>Prin prezenta suntem de acord ca, uneori, banca să transmită INA, la cerere, datele personale ale respectivelor persoane (parteneri ori titularii împuterniciți) pe perioada mandatării sau ulterior.</p> <p>Prin prezenta, suntem de acord ca banca să restituie INA, la cerere, orice sumă transferată eronat sau ilegal în contul INA, sau ca banca să prezinte INA datele de identificare ale persoanelor care au retras suma din cont.</p> <p>Noi, partenerii contului, ne obligăm să folosim banii din pensie depuși în cont, exclusiv în numele titularului pensiei.</p>	
Semnătura titularilor de cont	Semnătura titularului pensiei      Data:

**F. Informații privind activitatea persoanei decedate în Israel și străinătate (în afara Israelului)**

Perioada		Vă rugăm să menționați – pentru lucrătorii salariați: numele și adresa angajatorului; Pentru lucrătorii independenți: numele și adresa sediului; altele: sursa de venit	Ocupație: se specifică: „lucrător salariat” „lucrător independent” „șomer”, etc.		
De la	Până la				

**G. Alte informații privind persoana decedată**

Persoana decedată	Nu	Da	
A beneficiat de pensie de la Institutul Național de Asigurări	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A beneficiat de alocație de la Ministerul Apărării	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La momentul decesului era cadru militar activ al armatei sau poliției	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**H. Informații privind venitul văduvului/ei**

Vă rugăm să menționați valuta în fiecare caz (NIS, \$,€, etc.)

Dacă nu aveți niciun venit, menționați „nici un venit”)

	Alte venituri	inchirieri, dividende, dobânzi, venituri din proprietate	Pensie / despăgubiri din străinătate	Pensie din Israel	Activități profesionale	
Suma						
Data (luna și anul)						

### I. Alte informații referitoare la văduv/ văduvă

Am fost soț sau concubinul persoanei decedate	De la ..... La .....	
Am trăit separat de persoana decedată	De la ..... La .....	
Pensia persoanei decedate a fost retrasă de la bancă după moartea acesteia	De la ..... La .....	
Am beneficiat de pensie de la Institutul Național de Asigurări	Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/>	
Am beneficiat de alocație de la Ministerul Apărării	Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Tipul alocației Număr dosar	

### J. Declarație

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 eronat sau ilegal.

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 cunoștința Institutului Național de Asigurări orice schimbare.

Semnătura .....                      Data .....                      Numele semnatarului .....