



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