



**אישור חיים למקבל קצבה מקרן פנסיה**  
**Life certificate for a pension fund Beneficiary**

Type of pension	סוג הקצבה
Allowance pension <input type="checkbox"/> קצבת זקנה                      Survivor pension <input type="checkbox"/> קצבת שאירים                      Disability pension <input type="checkbox"/> קצבת נכות	

Details of the beneficiary				פרטי מקבל הקצבה	
Israeli identity number מספר זהות ישראלי _____	sex / מין M <input type="checkbox"/> ז F <input type="checkbox"/> נ	תאריך לידה Date of birth _____	שם פרטי First name _____	שם משפחה Last name _____	

Details of the beneficiary						כתובת מקבל הקצבה	
מיקוד Zip code	יישוב Town	דירה Apartment	כניסה Entrance	מס' בית House number	תא דואר/רחוב Street/POB		
Email address		כתובת דואר אלקטרוני		Country/state	מדינה	Phone number	טלפון
_____@_____		_____		_____	_____	_____	_____

Type of pension					מצב משפחתי	
Common-Law partnership <input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור	Divorced <input type="checkbox"/> גרוש/ה	Widow <input type="checkbox"/> אלמן/ה	Married <input type="checkbox"/> נשוי/ה	Single <input type="checkbox"/> רווק/ה		
Signature of beneficiary _____				חתימת מקבל הקצבה		
Date _____				תאריך		
Authorization (Fill out in one of the languages)						

Name of contact person						שם איש קשר	
Address of contact person						כתובת איש קשר	
טלפון Phone number	מיקוד Zip code	יישוב Town	דירה Apartment	כניסה Entrance	מס' בית House number	תא דואר/רחוב Street/POB	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	

\_\_\_\_\_ אני הח"מ \_\_\_\_\_ מאשר בזה כי ביום \_\_\_\_\_ הופיע/ה בפניי מר/ גב' \_\_\_\_\_ שהזדהה/ הזדהתה בפני לפי אמצעי זיהוי \_\_\_\_\_ (סוג ומדינה) מס' \_\_\_\_\_, אישר/ה את נכונות התעודה וחתם עליה בנוכחותי.

\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ מיקום: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת המאשר: \_\_\_\_\_

I the undersigned hereby certify that on the date \_\_\_\_\_ Mr./Ms. \_\_\_\_\_ appeared before me and proved their identity to me by \_\_\_\_\_ (identity card type & country) number \_\_\_\_\_ confirmed the truth and correctness of this certificate and signed it in my presence. Signature of certifying authority and stamp \_\_\_\_\_ Place \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

The pension fund must be provided with an original signed authorization.

**יש להמציא לקרן הפנסיה אישור חתום במקור בלבד.**