

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">מס' זהות</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">סוג דפים המסמך</p>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
--	------------------------------------



המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות



**National Insurance Institute
Hostile Action Casualties**

**המוסד לביטוח לאומי
אגף נפגעי פעולות איבה**

Life Certificate

אישור חיים

To be send to:
National Insurance Institute
13 Weizman Ave
Jerusalem 91909, Israel
Tel - 02-6463244
Fax - 02-5382417

לשלוח אל:
שד' וייצמן 13
ירושלים 91909, ישראל
טלפון - 02-6463244
פקס - 02-5382417

File Number: _____ מס' התיק:

I hereby certify that Mr/Mrs. _____ הנני מאשר בזה כי מר/מרב'

Whose address is: country: _____ שכתובתו: ארץ:

City: _____ street: _____ רחוב: _____ עיר:

Telephone: _____ טלפון:

Whose date of birth is: _____ שתאריך לידתו הוא:

Whose family status is (s / m / w / d) _____ מצבו המשפחתי: (ר / א / נ / ג)

From date _____ מתאריך

If married recently or spouse has passed away, _____ (אם בן הזוג נפטר יש להגיש ת. פטירה, אם נישא)

Please attach appropriate certificate. _____ (יש להגיש ת. נישואין)

Whose identification has been verified by _____

The following document (s) _____ הוכיח זהותו על-פי

Signed this certificate in my presence _____ חתם על תעודה זאת בנוכחותי

Signature of beneficiary _____ חתימת בעל האישור

Date _____ תאריך Place _____ מקום

Signature of certifying officer _____ חתימת המאשר

Certifying stamp _____ חותמת המאשר

תושבי מדינות האיחוד האירופי מתבקשים לצרף פרטי IBAN בצירוף אישור רשמי מהבנק.
RESIDENTS OF E.U.ARE REQUESTED TO SEND A BANK DOCUMENT WITH THE IBAN NUMBER