



בקשת מעסיק להמשך ביטוחו של עובד בישראל שנשלח לעבוד במדינת אמנה

נא למלא את הטופס בלועזית בלבד

פרטי העובד		1
Israeli ID number		מספר ת.ז. ישראלי
Family name		שם משפחה
First name		שם פרטי
Maiden name		שם נעורים
Date of birth		תאריך לידה
Address in Israel		כתובת בישראל
Address abroad		כתובת במדינת אמנה
Phone number abroad		מספר טלפון בחו"ל

פרטי המעביד		2
Name of company		שם העסק
Tax Registration Number		מספר תיק ניכויים
Address in Israel		כתובת בישראל
Tel.nr. in Israel		מס' טלפון בארץ
Name of the company abroad		שם החברה בחו"ל
Name of the representative abroad		שם הנציג בחו"ל
Address abroad		כתובת במדינת האמנה
Expected duration of activity	from - to - עד	משך השהות המשוערת

3

הצהרת המעסיק

אנו מאשרים שהעובד הנ"ל מועסק בחברתנו ואנו מתחייבים להמשיך לשלם עבורו דמי ביטוח לאומי בישראל משך תקופת הצבתו במדינת האמנה

	מתאריך תחילת העבודה
	שם החותם
	תפקיד החותם
	מספר טלפון
	מספר פקס
	כתובת דואר אלקטרוני לבירורים
	חתימה וחותמת המעסיק

4

Details on the family members (to be filled out by employees who will be send to work in **the Netherlands only**)

פרטי בני המשפחה (למילוי על ידי עובדים שיישלחו לעבוד **בהולנד בלבד**)

1		2	
Relationship to the insured person קרבה למבוטח		Relationship to the insured person קרבה למבוטח	
Israeli ID number מס' זהות ישראלי		Israeli ID number מס' זהות ישראלי	
Family name שם משפחה		Family name שם משפחה	
First name שם פרטי		First name שם פרטי	
Date of birth תאריך לידה		Date of birth תאריך לידה	
3		4	
Relationship to the insured person קרבה למבוטח		Relationship to the insured person קרבה למבוטח	
Israeli ID number מס' זהות ישראלי		Israeli ID number מס' זהות ישראלי	
Family name שם משפחה		Family name שם משפחה	
First name שם פרטי		First name שם פרטי	
Date of birth תאריך לידה		Date of birth תאריך לידה	

For correspondence:

National Insurance Institute
International Affairs
217 Jaffa Street
Jerusalem 9199908, Israel

tel: 04-8812345
972-8-9369669
fax: 02-6512683

טל:
פקס:

למכתבים:

הביטוח הלאומי
קשרי חוץ
רחוב יפו 217
ירושלים 9199908