



בקשת מעסיק להמשך ביטוחו של עובד בישראל שנשלח לעבוד במדינת אמנה:

נא למלא את הטופס בלועזית בלבד

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

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

הצהרת המעסיק

אנו מאשרים שהעובד הנ"ל מועסק בחברתנו החל מיום _____ .
אנו מתחייבים לשלם עבורו דמי ביטוח לאומי בישראל במשך תקופת ההצבה.

שם החותם:

תפקידו :

טלפון :

פקס :

חתימה וחותמת המעסיק:

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	

חתימה וחותמת המעסיק:

For correspondence:

13, Weizman Avenue
P.O.B. 90009
Jerusalem 91909
ISRAEL

tel.:

*6050

fax:

02-6512683

email:

liaison@nioi.gov.il

טל:

פקס:

דוא"ל:

למכתבים:

שד' ויצמן 13
ת.ד. 90009
ירושלים 91909