



בקשת מעסיק להמשך ביטוחו של עובד בישראל
שנשלח לעבוד במדינת אמנה

נא למלא את הטופס בלועזית בלבד

1

Details on the employee		פרטי העובד
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

2

Details on the employer		פרטי המעביד
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	משך השהות המשוערת מ- עד –

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	

פרטי בני המשפחה (למילוי על ידי עובדים שיישלחו לעבוד בהולנד בלבד)		Details on the family members (to be filled out by employees who will be send to work in the Netherlands only)	
1		2	
Relationship to the insured person		Relationship to the insured person	
קרבה למבוטח		קרבה למבוטח	
Israeli ID number		Israeli ID number	
מס' זהות ישראלי		מס' זהות ישראלי	
Family name		Family name	
שם משפחה		שם משפחה	
First name		First name	
שם פרטי		שם פרטי	
Date of birth		Date of birth	
תאריך לידה		תאריך לידה	
3		4	
Relationship to the insured person		Relationship to the insured person	
קרבה למבוטח		קרבה למבוטח	
Israeli ID number		Israeli ID number	
מס' זהות ישראלי		מס' זהות ישראלי	
Family name		Family name	
שם משפחה		שם משפחה	
First name		First name	
שם פרטי		שם פרטי	
Date of birth		Date of birth	
תאריך לידה		תאריך לידה	