

**ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND DEM
STAAT ISRAEL ÜBER SOZIALE SICHERHEIT**

אמנה בין הרפובליקה אוסטריה לבין מדינת ישראל בתחום הבטחון הסוציאלי

**BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ANZUWENDENDEN ÖSTERREICHISCHEN
RECHTSVORSCHRIFTEN**

(1)

אישור על המשך תוקפן של הוראות החוק האוסטרי בתחום הבטחון הסוציאלי
(1)

Abkommen: Art. 7, 8 und 9

אמנה: סעיפים 7, 8 ו-9

9

Durchführungsvereinbarung: Art. 3

הסכם הביצוע: סעיף 3

Israelische Identitätsnummer
מספר תעודת הזהות
הישראלית

Österreichische Versicherungsnummer
מספר הביטוח באוסטריה

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--

1. Versicherte(r)		המבוטח/ת	.1
1.1	Familienname(n) / Nachname(n)	שם משפחה	Vorname(n) שם פרטי
.....		
1.2	Geburtsdatum	תאריך לידה	Geschlecht: (2) מין (2)
.....		<input type="checkbox"/> זכר/M <input type="checkbox"/> נקבה/W	
1.3	Adresse in Österreich (3)	כתובת באוסטריה (3)	
.....		

**IN FÄLLEN DER ENTSENDUNG NACH ISRAEL (ARTIKEL 7 und 9 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN
למלא במקרה של הצבת עובד בישראל (סעיף 7 ו-9 לאמנה)**

2. Dienstgeber in Österreich		המעסיק באוסטריה	.2
2.1	Name oder Firmenname	שם המעסיק או שם החברה	
.....		
2.2	Adresse (3)	כתובת (3)	
.....		

3. Entsendung <input type="checkbox"/> Art. 7 <input type="checkbox"/> Art. 9 Ausnahmevereinbarung		סעיף 7 <input type="checkbox"/> סעיף 9, הסכם חריג <input type="checkbox"/>	הצבה <input type="checkbox"/>	.3
3.1	Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit	המבוטח/ת/ הנזכר/ת לעיל בסעיף 1 צפוי/ה להישלח לתקופה		3.1
vom bis		- מ עד		
von dem unter Punkt 2 angeführten Dienstgeber in folgendes Unternehmen entsendet:		על-ידי המעסיק שצוין לעיל בסעיף 2 אל העסק שלהלן:		
3.2	Name oder Firmenname in Israel	שם העסק או שם החברה בישראל		3.2
.....			
3.3	Adresse (3)	כתובת (3)		3.3
.....			

3.4	Bei der/dem Betreffenden gelten während des oben ange- führten Zeitraumes die österreichischen Rechtsvorschriften . לעיל הסוציאלי.	על המבוטח/ת הנ"ל יחולו במשך התקופה שצוינה חוק החוק האוסטרי בתחום הביטחון	3.4
3.5	In Fällen einer Ausnahmevereinbarung nach Art. 9 des Abkommens auszufüllen:	למלא פרטים במקרה של הסכם חריג עפ"י סעיף 9	3.5
3.5.1	Zuständige Behörde in Österreich: המשרד הממשלתי האחראי באוסטריה: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Stubenring 1 1010 Wien ÖSTERREICH Aktenzahl מספר תיק	Zuständige Behörde in Israel: המוסד האחראי בישראל: National Insurance Institute Division of International Affairs Weizmann Ave. 13 Jerusalem 91909 ISRAEL Aktenzahl מספר תיק	3.5.1

IN FÄLLEN EINER WAHL (ARTIKEL 8 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN
למלא במקרה של בחירה (סעיף 8 לאמנה)

4.	Wahl	בחירה	.4
4.1	Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte ist seit bei dem nachstehend angeführten Dienstgeber beschäftigt und unterliegt auf Grund der getroffenen Wahl gemäß Artikel 8 des Ab- kommens den österreichischen Rechtsvorschriften .	המבוטח/ת הנזכר/ת לעיל בסעיף 1 מועסק/ת אצל המעסיק שלהלן מתאריך....., ועל-סמך זכות הבחירה, על-פי סעיף 8 לאמנה, הוא/היא כפוף/כפופה להוראות החוק האוסטרי בתחום הביטחון הסוציאלי.	4.1
4.2	Name des Dienstgebers in Israel	שם המעסיק בישראל	4.2
4.3	Adresse ⁽³⁾	כתובת ⁽³⁾	4.3

5.	Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger באוסטריה	קופת החולים המוסמכת	.5
5.1	Name	שם	5.1
5.2	Adresse ⁽³⁾	כתובת ⁽³⁾	5.2
5.3	Stempel Datum תאריך Unterschrift חתימה	חותמת 	5.3

Hinweise
הערות

- (1) Das Formular ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber auszuhändigen. טופס זה ימולא על-ידי **קופת החולים המוסמכת באוסטריה** וימסר לידי המבוטח/ת או לידי המעסיק. (1)
- (2) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen. נא לסמן X במשבצת המתאימה. (2)
- (3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat. רחוב, מספר בית, ישוב, מיקוד, מדינה. (3)

WICHTIGER HINWEIS FÜR DIE/DEN VERSICHERTE(N)**הערה חשובה למבוטח/ת**

Bei einem Arbeitsunfall sind unbedingt der zuständige österreichische Krankenversicherungsträger und der Dienstgeber zu verständigen.

במקרה של תאונת עבודה, חובה להודיע על כך מיד לקופת החולים המוסמכת באוסטריה ולמעסיק.