

**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 und 8**

**אמנה: סעיפים 7 ו-8**

Israelische Identitätsnummer

מספר תעודת הזהות הישראלית

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

**Durchführungsvereinbarung: Art. 3**

**הסכם הביצוע: סעיף 3**

Österreichische Versicherungsnummer

מספר הביטוח באוסטריה

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

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

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

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

3. Entsendung		הצבה	.3
3.1	Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit vom ..... bis ..... - מ - עד	המבוטח/ת הנזכר/ת לעיל בסעיף 1 צפוי/ה להישלח לתקופה	3.1
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 angeführten Zeitraumes die <b>österreichischen Rechtsvorschriften</b> .	על המבוטח/ת הנ"ל יחולו במשך התקופה שצוינה לעיל <b>הוראות החוק האוסטרי</b> בתחום הביטחון הסוציאלי.	3.4

**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 Abkommens den <b>österreichischen Rechtsvorschriften</b> .	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 <b>להוראות החוק האוסטרי</b> בתחום הביטחון הסוציאלי.	4.1
4.2	Name des Dienstgebers in Israel .....	שם המעסיק בישראל .....	4.2
4.3	Adresse <sup>(3)</sup> .....	כתובת <sup>(3)</sup> .....	4.3

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

**Hinweise**  
**הערות**

- |     |  |  |     |
|-----|--|--|-----|
| (1) | Das Formular ist vom <b>zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger</b> auszufüllen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber auszuhändigen. | טופס זה ימולא על-ידי <b>קופת החולים המוסמכת באוסטריה</b> 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.