

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

**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		2.1
.....		.....		
2.2	Adresse (3)	כתובת (3)		2.2
.....		.....		

3. Entsendung		הצבה		.3
<input type="checkbox"/> Art. 7 (2)    סעיף 7		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Art. 9 Ausnahmevereinbarung    סעיף 9, הסכם חריג		<input type="checkbox"/>		
3.1	Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit	המבוטח/ת/ה 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 <b>österreichischen Rechtsvorschriften</b> . לעיל הסוציאלי.	על המבוטח/ת הנ"ל יחולו במשך התקופה שצוינה <b>חוק החוק האוסטרי</b> בתחום הביטחון	3.4
3.5	<b>In Fällen einer Ausnahmevereinbarung nach Art. 9 des Abkommens auszufüllen:</b>	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 <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 באוסטריה	קופת החולים המוסמכת	.5
5.1	Name .....	שם .....	5.1
5.2	Adresse <sup>(3)</sup> .....	כתובת <sup>(3)</sup> .....	5.2
5.3	Stempel  Datum .....	חותמת  חתימה Unterschrift .....	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.
- (2) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen. **נא לסמן X במשבצת המתאימה.**
- (3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat. **רחוב, מספר בית, ישוב, מיקוד, מדינה.**

**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.