

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

מס' פקס בהראל ביטוח חיים: 03-7348169
כתובת מייל בהראל ביטוח חיים: agafhaim@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70

מס' פוליסה:

א פרטי המעסיק	
שם החברה	איש קשר
רחוב	מס' ישוב מיקוד
טלפון	פקס
דואר אלקטרוני	

ב פרטי העובד	
שם משפחה	שם פרטי
מס' ת.זהות	מין
מס' ת.זהות	מצב משפחתי
רחוב	מס' ישוב מיקוד
טלפון	טלפון נייד
דואר אלקטרוני	

ג הודעת המעסיק על הפסקת העבודה
<p>הריני להודיעכם כי העובד הנ"ל הועסק בחברתנו מתאריך עד תאריך</p> <p>ושולמו עבורו הפקדות שוטפות עד לתאריך (בהתאם לטופס 161)</p> <p>בהתאם לזאת אבקשכם לפעול כדלהלן:</p> <p><input type="checkbox"/> העובד זכאי לכספי הפיצויים (יש לצרף טופס 161)</p> <p><input type="checkbox"/> העובד זכאי לכספי פיצויים בשל הפקדות שהועברו מיום ועד יום (יש לצרף טופס 161)</p> <p><input type="checkbox"/> העובד איננו זכאי לכספי הפיצויים (יש לצרף טופס "בקשת מעסיק למשיכת כספי פיצויים-כתב שיפוי" הקיים באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.harel-group.co.il. שים לב)</p> <p>הערות:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

תאריך שם החותם ותפקידו חתימה וחותמת המעסיק



טוידויהראל 13445/612696 03/2016