



|                 |             |
|-----------------|-------------|
| שם המעסיק _____ | מיקוד _____ |
| כתובת _____     | _____       |

**אל: מחלקת רציפות ביטוח**  
המשרד הראשי, ויצמן 13 ירושלים  
טל: 02 - 6709601 , 02 - 6709776

**סוג המבוטחים** \_\_\_\_\_ **שנת מס** \_\_\_\_\_

|       |       |   |       |                  |  |  |  |  |  |          |    |         |    | לשימוש המוסד בלבד |  |  |    |         |         |            |  |         |    |  |  |
|-------|-------|---|-------|------------------|--|--|--|--|--|----------|----|---------|----|-------------------|--|--|----|---------|---------|------------|--|---------|----|--|--|
| 499   |       | 9 |       | מספר תיק ניכויים |  |  |  |  |  | תיק משנה |    | 2       |    | שנת כספים         |  |  |    | 0 0     |         | מספר שורות |  | נומרטור |    |  |  |
| 1 - 3 | 4 - 5 | 6 | 7 - 8 | 9                |  |  |  |  |  | 13       | 14 | 15 - 16 | 17 | 18                |  |  | 21 | 22 - 25 | 34 - 35 | 43         |  |         | 45 |  |  |

|    | מזהה  | מספר זהות |    | שנת לידה | שם משפחה | שם פרטי | שנה מלאה | חודשי הביטוח      |          | סי"ה חודשים | שכר     |
|----|-------|-----------|----|----------|----------|---------|----------|-------------------|----------|-------------|---------|
|    | 1 - 3 | 4 - 11    | 12 | 13 - 16  | 17 - 30  | 31 - 38 | 52       | 53 - 61           | 62 - 67  | 68 - 69     | 70 - 80 |
| 1  |       |           |    |          |          |         |          | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 10 11 12 |             |         |
| 2  |       |           |    |          |          |         |          | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 10 11 12 |             |         |
| 3  |       |           |    |          |          |         |          | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 10 11 12 |             |         |
| 4  |       |           |    |          |          |         |          | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 10 11 12 |             |         |
| 5  |       |           |    |          |          |         |          | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 10 11 12 |             |         |
| 6  |       |           |    |          |          |         |          | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 10 11 12 |             |         |
| 7  |       |           |    |          |          |         |          | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 10 11 12 |             |         |
| 8  |       |           |    |          |          |         |          | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 10 11 12 |             |         |
| 9  |       |           |    |          |          |         |          | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 10 11 12 |             |         |
| 10 |       |           |    |          |          |         |          | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 10 11 12 |             |         |
| 11 |       |           |    |          |          |         |          | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 10 11 12 |             |         |
| 12 |       |           |    |          |          |         |          | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 10 11 12 |             |         |
|    | 1 - 3 | 4 - 11    | 12 | 13 - 16  | 17 - 30  | 31 - 38 | 52       | 53 - 61           | 62 - 67  | 68 - 69     | 70 - 80 |

מלא/י טופס על כל פרטיו, בדיוקנות וכתב יד ברור.  
בכותרת נא לרשום: סוג המבוטחים, שנת מס.  
בעמודות 5 - 4 שורה ראשונה יש למלא את הפרטי  
הבאים:

א. למבוטחים אומנים לציין קוד 33 בעמודה זו.  
ב. למבוטחים מרצים לציין קוד 34 בעמודה זו.

בעמודה 48 אם המבוטחים עבדו שנה מלאה יש לציין 1.  
בעמודות 63 - 49 ( חודשי ביטוח ) יש לסמן את  
החודשים בהם עבדו מבוטחים.

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |         |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|---------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | לדוגמא: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|---------|

בעמודות 65 - 64 יש לציין סה"כ חודשי עבודה.

**קטעים המופיעים על רקע כהה הם לשימוש המוסד בלבד.**  
**קרא/י את דברי הסבר שמעבר לדף**

שם החותם

תאריך

## חתימה

## תפקידו