

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.ז.הות		מין	מצב משפחתי
				נ □ ז □	א □ ג □ נ □ ר □
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד		
טלפון	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			

## ג הודעת המעסיק על הפסקת העבודה

הריני להודיעכם כי העובד הנ"ל הועסק בחברתנו מתאריך ..... עד תאריך .....

ושולמו עבורו הפקדות שוטפות עד לתאריך (בהתאם לטופס 161) .....

**בהתאם לזאת אבקשכם לפעול כדלהלן:**

העובד זכאי לכספי הפיצויים (יש לצרף טופס 161)

העובד זכאי לכספי פיצויים בשל הפקדות שהועברו מיום ..... ועד יום ..... (יש לצרף טופס 161)

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)

הערות:

.....

.....

.....

.....

.....

תאריך ..... שם החותם ותפקידו ..... חתימה וחותמת המעסיק

