

טופס בקשה לשינויים

אגף אלמנטרי
עובדים זרים/ תיירים
טלפון: 03-7107460
פקס: 15337107460

פרטי הסוכן להתקשרות: שם: _____ פקס: _____
טל': _____ מייל: _____

הנדון: בקשה לשינויים בפוליסה מס' _____

פרטי הפוליסה הנוכחית:

שם העובד _____ דרכון _____
שם המעסיק _____ ת.ז. _____

נא לבצע את ההוראה הבאה:

- לשלוח שוב פוליסה וכרטיס מבוטח: לכבוד _____ לכתובת: _____
- ביטול פוליסה מתאריך _____ / _____ / _____ (עד 10 ימים לאחור)
- הקפאת פוליסה מתאריך _____ / _____ / _____ (עד 10 ימים רטרוא)

הערה חשובה: הקפאה גורמת להפסקת רצף ביטוחי. מעל 30 יום יש לשלוח הצהרת בריאות מעודכנת.

- שינוי מס' דרכון למבוטח קיים: מס' דרכון חדש _____
- החזרת הביטוח לתוקף מתאריך _____ / _____ / _____ נא להוסיף את ימי ההקפאה בתום התקופה.
- החזרת הביטוח לתוקף מתאריך _____ / _____ / _____ נא לזכות את הפוליסה בימי ההקפאה.
- החלפת עובד- יש לשלוח הצהרת בריאות מלאה וחתומה עבור העובד החדש.

פרטי העובד החדש: שם פרטי _____ שם משפחה _____
מס' דרכון _____ תאריך לידה _____ / _____ / _____