

# א.רוזן סוכנות לביטוח

טל: 03-6735915

פקס: 03-6729025

info@rozen-ins.co.il

## טופס בקשה להפקת פוליסה קולקטיב

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

|                          |       |
|--------------------------|-------|
| פרטי הסוכן להתקשרות: שם: | פקס:  |
| טל:                      | מייל: |

פרטי בעל הפוליסה:

|       |  |
|-------|--|
| שם    |  |
| כתובת |  |
| טלפון |  |
| פקס   |  |

פרטי העובדים - בקובץ אקסל: (יש להקפיד על המבנה המפורט).

| שם משפחה | שם פרטי | ת.לידה<br>(dd.mm.yy) | דרכון<br>(כולל אותיות) | מין המבוטח<br>(יש לציין ז' או נ') |
|----------|---------|----------------------|------------------------|-----------------------------------|
|----------|---------|----------------------|------------------------|-----------------------------------|

אפשרויות תשלום: (יש לסמן במקום המתאים)

☐ כרטיס אשראי:

מס' כרטיס האשראי \_\_\_\_\_, תוקף הכרטיס \_\_\_\_\_  
שם בעל כרטיס האשראי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
כתובת בעל הכרטיס \_\_\_\_\_  
מס' תשלומים \_\_\_\_\_ (מס' תשלומים מקסימלי לשנה - 8).

☐ צ'קים:

יש לצרף צילום כל ההמחאות (מס' תשלומים מקסימלי לשנה - 5)

☐ הוראת קבע:

יש לקבל טופס הוראת קבע ממח' גביה.

☐ אחר \_\_\_\_\_

**חובה לצרף הצהרות בריאות לכל עובד מלאות וחתומות!**