

אמנו הצסק שלק בטוח - מוחמים לביטוחי עסקים

להחזיר את הטפסים לפקסי 03-6729025 או למייל info@rozen-ins.co.il תאריך _____

טופס שינויים והוראות לביצוע

שם המעסיק _____
כתובת _____
מס' ת.ז. _____
מס' דרכון של העובד שעוזב _____
מס' פוליסה _____
טל' _____

נא לבצע את ההוראה הבאה

החלפת עובד למעסיק הקיים (חובה לצרף הצהרת בריאות חתומה לעובד החדש)

פרטי העובד החדש

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מין נ / ז
מס' דרכון _____ ת.לידה _____
ארץ מקור _____ ת. הגעה לישראל _____
מתאריך _____ עד תאריך _____ חתימה _____

עובד חדש יכנס לכיסוי ביטוחי רק לאחר שעבר חיתום רפואי

שינויים אחרים

< > שינוי תקופת הביטוח מתאריך _____ עד תאריך _____
< > לבטל את הפוליסה ולהחזיר תשלום החל מתאריך _____
סיבת הביטול _____
< > להקפיא את הפוליסה מתאריך _____
< > להחזיר את הפוליסה לתוקף מהקפאה מתאריך _____ חתימה _____