

תאריך: \_\_\_\_\_

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס 03-6729025 או למייל info@rozen-ins.co.il  
ניתן לוודא את קבלת הפקס 24 שעות לאחר המשלוח בטל \*800-83-2004

לכבוד  
איילון חברה לביטוח בע"מ  
רחוב אבא הלל 12 ת.ד. 10957 רמת גן 5250606  
אגף בריאות

### כתב מינוי סוכן

א. פרטי המבוטח				
שם משפחה	שם פרטי	מס' דרכון	תאריך לידה	נייד
_____	_____	_____	_____	_____

א. פרטי המעסיק				
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מס' טלפון	נייד
_____	_____	_____	_____	_____
רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד	
_____	_____	_____	_____	

ב. מינוי סוכן	
<p>הריני ממנה בזאת את הסוכן _____ אריק רוזן, מספר סוכן 322460, החל מתאריך _____ להיות הסוכן המטפל בפוליסת עובדים זרים/תיירים על שמי בחברתכם:</p> <p>אבקש שינוי בפוליסות אשר מספריהן מצויים להלן:</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p>	

ולראיה באתי על החתום:	
שם המבוטח: _____	חתימת המבוטח: _____
שם המבוטח: _____	תאריך: _____

• ניתן לבצע מינוי סוכן רק אם מדובר במעסיק קיים, לאחר קבלת מינוי סוכן יש להמתין 14 יום