

בקשה לעדכון פרטים

***יש לצרף צילום ת.ז. אל הבקשה (במקרה של ת.ז. ביומטרית יש לשלוח צילום של שני צידי הכרטיס).**

שם החברה המנהלת	שם קופת גמל*	קוד קופת גמל	מספר החשבון של העמית בקופה
קו הבריאות – חברה לניהול קופות גמל בע"מ	קו הבריאות	301	

פרטי העמית

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	מין
				ז / נ

יישוב	ת.ד.	רחוב	בית	דירה	מיקוד

כתובת דוא"ל	טלפון נייד	טלפון קווי	מעמד
			שכיר / עצמאי

תנאי העסקה

שם המעסיק	ח.פ. / עוסק מורשה	כתובת המעסיק	כתובת דוא"ל של המעסיק	טל' במדור שכר

מעוניין לקבל דוח שנתי/ רבעוני : (יש לסמן ב X את הבחירה הרצויה)

דואר אלקטרוני
 הודעת טקסט לנייד(מסרון)
 דואר ישראל

חתימת העמית: _____ תאריך החתימה: _____

לשימוש הקופה בלבד: שם הפקיד/המטפל _____ חתימה: _____ תאריך סיום טיפול: _____ הערות: _____
