



קו הבריאות - חברה לניהול קופות גמל בע"מ

בקשה לעדכון פרטים

אופן שליחת הבקשה:

דוא"ל : moked@kavb.org.il, פקס: 072-2790090, כתובת למשלוח דואר: שמשון 9 ת.ד. 3928 פתח תקוה מיקוד 4952701

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

שם החברה המנהלת	שם קופת הגמל	קוד קופת הגמל	מספר חשבון עמית
קו הבריאות- חברה לניהול קופות גמל בע"מ	קו הבריאות	301	

פרטי העמית:

שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות/דרכון	מין	תאריך לידה	מצב משפחתי	
			<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> ידוע בציבור	
רחוב	מס' בית	דירה	יישוב	מיקוד	ת.ד.	מיקוד ת.ד.
כתובת דוא"ל לקבלת הודעות ומסמכים	טלפון נייד	טלפון קווי	מעמד	<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי		

פרטי המעסיק:

שם המעסיק	מס'מזהה/עוסק מורשה/ח.פ.	כתובת המעסיק	מס' טלפון המעסיק

אופן קבלת דוחות ומסמכים מטעם החברה : (יש לסמן ב X את הבחירה הרצויה)

דואר ישראל

הודעת טקסט לנייד(מסרון)

דואר אלקטרוני

לידיעתך! אם לא תבחר באחת מהאפשרויות המפורטות, ישלחו אליך מסמכים והודעות כפי שנקבע בהוראות הדין

חתימת העמית: _____ תאריך החתימה: _____

לשימוש הקופה בלבד: שם הפקיד/המטפל _____ חתימה: _____

תאריך סיום טיפול: _____ הערות: _____