



בקשה לביטול תקופת המתנה בשב"ן לעולה/תושב חדש

1 פרטים אישיים		
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

2 הצהרה
1. אני הח"מ אבקש להצטרף לתכנית השב"ן: _____ ללא תקופת המתנה. 2. ידוע לי, כי בכל מקרה לא תבוטל תקופת ההמתנה לכיסויים הכלולים בפרק השתלות, ניתוחים וטיפולים בחו"ל. ידוע לי, שככל שאזדקק לשירותים רפואיים בתחומים אלה, השירותים יינתנו רק לאחר תום תקופת ההמתנה הקבועה בהסכם השב"ן. 3. הצהרה זו חלה עלי ועל כל בני משפחתי המפורטים בטופס ההצטרפות לשב"ן. **לבקשה זו יש לצרף העתק מתעודת עולה.

3 חתימת המבקש		
שם מלא	טלפון ליצירת קשר	מספר זהות
חתימה	תאריך	

את הטפסים יש לשלוח למחלקת קשרי לקוחות
לפקס: 04-8148504 או למייל: Production@leumit.co.il
יש לוודא הגעת הטפסים התקינים לאחר יום עבודה במוקד שירות הלקוחות 1-700-507-507