

תאריך _____

הצהרת המבוטח

אני החיימ, מצהיר/ה בזאת

כי חשבונית מס/קבלה מקורית שמספרה _____ בסך של _____ ₪

*במקרה ומדובר ביותר מחשבונית אחת, אנא מלא הפרטים בטבלה מטה-

מס' חשבונית/ קבלה מקורית	סכום בש"ח	
		1
		2
		3
		4

הינה חשבונית מס/קבלה דיגיטלית ולא הועברה לאף גורם אחר.

אבדה/ אחר (פרט): _____ ולא נשלחה לאף גורם אחר.

** הצהרה זו מיועדת לחתימת נשוא התביעה בלבד או לאפוטרופוס מטעמו בצירוף אישור רשמי, להוציא קטינים שגילם עד 17 (כולל).

שם מלא: _____

מספר תעודת זהות: _____

חתימה: _____

טלפון: _____

טלפון נייד: _____

יש לשלוח את המבוקש, בצירוף טופס בקשה לקבלת החזר באמצעות כתובת המייל tviotprat@clalit.org.il

ניתן לשלוח המסמכים גם באמצעות הדואר, לכתובת:

"כללית מושלם" מחלקת תביעות פרט רחוב בן גוריון 1 ת.ד. 2265 בני ברק 5112201

בברכת בריאות איתנה,

מחלקת תביעות פרט