

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 לאפוסטרופוס 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](mailto: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