

תאריך _____

הצהרת המבוטח

אני הח"מ, 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 ממוחשבת/דיגיטלית ולא הועברה לאף גורם אחר.
 אבדה/אחר (פרט): _____ ולא נשלחה לאף גורם אחר.

**הצהרה זו מיועדת לחתימת נשוא התביעה בלבד או אפוטרופוס מטעמו בצירוף אישור רשמי, להוציא קטינים שגילם עד 17 (כולל).
*טרם חתימתך אנא שים לב כי סימנת את המשבצת הרלוונטית.

שם מלא: _____
מספר תעודת זהות: _____
חתימה: _____
טלפון: _____
טלפון נייד: _____

יש לשלוח את המבוקש, בצירוף טופס בקשה לקבלת החזר באמצעות פקס שמספרו 03-7475577
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