

מבלי לפגוע בזכויות
ובטענת ההתיישנות

תאריך _____

לכבוד

כללית מושלם

מחלקת תביעות הסכס

טופס אישור המבוטח לקבלת טיפול רפואי

הנני לאשר כי שילמתי על פי תנאי תוכנית הביטוח השתתפות עצמית בסך _____ ₪.
כמו כן, הנני מבקש/ת ומאשר/ת לכם על פי זכויותיי בתוכנית הביטוח להעביר ישירות את המגיע
לי לכיסוי עלויות הטיפול ישירות לנותן השירות.
מובהר לי בזה, כי לא יכוסו מקרי ביטוח: הנובעים מתאונות דרכים או תאונות עבודה

גיל המבוטח _____

שם _____

קבוצה _____

מס' ת.ז. _____

תאריך טיפול _____

סוג טיפול _____

חתימת העמית _____

- למילוי ע"י הספק -

מס' חשבונית _____

מס' תביעה _____