

- למילוי ע"י המבוטח
- יש להעביר למשרד מכבי

תאריך: \_\_\_\_\_

### **הצהרת חבר על אובדן מכשירי שמיעה**

#### **א. למילוי ע"י המבוטח:**

ת"ז	שם המבוטח

שם המכוון בו נרכש המכשיר	כתובת המכוון בו נרכש המכשיר

ימין

מכשיר של איזו אוזן אבד?

שמאל

נסיבות המקרה

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- הనני מצהיר בזאת שהמכשירים הנ"ל אבדו לי בנסיבות המתוארכות לעיל
- ידוע לי שפניתי זו תועבר לבדיקת הגורם המקצועי במכבי וכי עלי' להמתין לקבלת

תשובה

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \_\_\_\_\_