

- למילוי ע"י המבוטח
- יש להעביר למשרד מכבי

תאריך: _____

הצהרת חבר על אובדן מכשירי שמיעה

א. למילוי ע"י המבוטח:

שם המבוטח	ת"ז

שם המכון בו נרכש המכשיר	כתובת המכון בו נרכש המכשיר

מכשיר של איזו אוזן אבד? ☐ ימין ☐ שמאל

נסיבות המקרה

- הנני מצהיר בזאת שהמכשיר/ים הנ"ל אבד/ו לי בנסיבות המתוארות לעיל
- ידוע לי שפנייתי זו תועבר לבדיקת הגורם המקצועי במכבי וכי עליי להמתין לקבלת תשובה

שם משפחה _____ שם פרטי _____ חתימת המבוטח _____