



הנדון: טופס הצהרה על אובדן קבלה מקורית

אני הח"מ _____, ת.ז. _____, מאשר, מצהיר ומתחייב בזאת כלפי "TargetCare" כי אין בידי את קבלת המקור שמספרה _____.

ידוע לי כי החזר כספי ללא קבלה מקורית הינו הליך חריג שאינו מקובל.

אני מצהיר כי ההוצאות שולמו על ידי באופן אישי, כי לא קיבלתי החזר, תשלום ו/או שיפוי כלשהו בגין ההוצאות ו/או חלקן.

לא דרשתי ו/או תבעתי מצד שלישי כלשהו תשלום ההוצאות, ולא ידוע לי על תשלום כלשהו מן ההוצאות, לו אני זכאי ו/או אהיה זכאי בעתיד ו/או אשר בכוונתי לתבוע או לדרוש מגורם נוסף.

באם יתברר כי קיבלתי ו/או אקבל בעתיד שיפוי ו/או פיצוי מצד שלישי כלשהו בגין ההוצאות, אני מתחייב להודיע על כך מיידית לחברת בי וול ולהשיב לחברה את הכספים ששולמו לי בגין קבלה זו תוך 30 יום ממועד קבלת הכספים מן הצד השלישי.

הריני לייפות את כוחה של חברת "TargetCare", לפנות בשמי לכל צד ג', לרבות כל חברת ביטוח, לשם בירור זכאותי ותביעותיי מהם.

על החתום:

שם פרטי ומשפחה של המבוטח _____, ת.ז. המבוטח _____

תאריך חתימה _____, חתימת המבוטח _____

במקרה של קטין יחתום מי שהנו ההורה והאפוטרופוס הטבעי של הקטין :

שם ההורה / האפוטרופוס: _____, ת.ז. _____

חתימת המצהיר/ה