

תאריך \_\_\_\_\_  
לכבוד  
פמי פרימיום בע"מ – מחלקת תביעות בריאות (להלן: "החברה")  
רח' המשביר 1  
חולון, 5885214

הנדון: הצהרה לעניין העתק קבלות

אני הח"מ \_\_\_\_\_, נושא/ת ת"ז \_\_\_\_\_, מאשר/ת כי ידוע לי  
כי הפוליסה בגינה הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי, במסגרתה הנני זכאית להחזר מלא ו/או  
חלקי – הכל בהתאם לתנאי הפוליסה - בגין הוצאות שהוצאתי ו/או תשלומים ששילמתי בפועל  
על פי הקבלות שמספרן: \_\_\_\_\_ ואשר העתקן מצורף  
לתביעה זו.

במקרה של קבלות דיגיטליות – אני מצהירה בזאת כי קבלה/ות מספר  
שברשותי בגין \_\_\_\_\_ הינן קבלות מקור  
דיגיטליות.

(להלן וביחד: "הקבלות").

ידוע לי כי איני זכאית לקבל החזר כפול בגין ההוצאות ו/או התשלומים האמורים ועל כן הנני  
מתחייבת ומצהירה בזאת כי לא הגשתי ואף לא אגיש בעתיד כל תביעה ו/או דרישה לקבלת  
תשלום ו/או החזר, מלא ו/או חלקי, בגין הקבלות, מכל גורם ו/או מקור אחר מלבד החברה.  
כן הנני מתחייבת לשפות ו/או לפצות את החברה ו/או מי מטעמה מיד עם דרישתה ולהחזיר לה  
כל סכום ששולם על ידה בגין הקבלות, אם אקבל תשלום מגורם ו/או מקור אחר בגין ו/או בקשר  
עם הקבלות.

הריני לייפות את כוחה של החברה לפנות בשמי לכל צד שלישי, לרבות קופות חולים וחברות  
ביטוח, לשם בירור זכאותי ותביעותיי מהם.

על החתום:

\_\_\_\_\_ ת"ז מבוטח/ת

\_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה של המבוטח/ת

\_\_\_\_\_ חתימת המבוטח/ת

\_\_\_\_\_ תאריך חתימה

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

\_\_\_\_\_ ת"ז

\_\_\_\_\_ שם ההורה/האפוטרופוס

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך חתימה