

טופס הצהרה על אי פתיחת מרפאה

תאריך: _____

לכבוד

מגדל חברה לביטוח בע"מ

תביעות חיים

הנני _____ מס' זהות _____ מצהיר/ה בזאת כי
חדלתי מלהגיע למרפאה עקב מחלה/תאונה החל מתאריך _____ / _____ / _____ ועד ליום
_____ / _____ / _____ וכי בתקופה זו לא עבדתי במרפאה.
חזרתי לעבודה בתאריך _____ ל _____ שעות משרה _____ ימים בשבוע

להלן פרטי המרפאה:

שם המרפאה: _____

רח': _____

עיר: _____

בברכה,

חתימת המבוטח: _____

יש להחתיים רו"ח:

שם רו"ח: _____

חתימת רו"ח: _____