

לבירורים נא להתקשר לטלפון 03-6235252
בימים א, ב, ד, ה בין השעות: 09:00 - 13:00

טופס זה יש לשלוח לחברה למשק וכלכלה של השלטון
המקומי סוכנות לביטוח (1992 בע"מ)
רח' הארבעה 19, תל -אביב מיקוד 61200, ת.ד. 20054

לזירוז הטיפול בתביעה זו, יש להקפיד ולמלא טופס זה במלואו ולצרף אליו את כל המסמכים הרפואיים הרלבנטיים

טופס תביעה (תאונות אישיות תלמידים)

שם משפחה	שם פרטי	ז-נ	מין	תאריך לידה מלא	מס' זהות מלא	שם האב	שם האם
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	מס' טלפון	נייד		

1. שם המוסד החינוכי בו למד הנפגע בעת התאונה: _____ סמל מוסד: _____

המוסד החינוכי הינו בבעלות (סמן בעיגול): משרד החינוך / פרטי- ציין: _____

כתובת המוסד: _____

ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	מס' טלפון
------	------	-----	-------	-----------

שם המנהל ואישור המוסד החינוכי בו לומד הנפגע לגבי נכונות הפרטים, בסעיף הנ"ל _____

2. התאונה:

תאריך	שעה	מקום התאונה	הסיבה לתאונה
-------	-----	-------------	--------------

תיאור קצר של אופן התרחשות התאונה ותיאור הפגיעה (יש לצרף מסמכים רפואיים): _____

בגין תאונה זו, אושפז הנפגע בבית"ח _____ מתאריך _____ עד תאריך _____

נעדר מלימודים מתאריך _____ עד תאריך _____

עדים לתאונה:

שם: _____ כתובת: _____ טל': _____

שם: _____ כתובת: _____ טל': _____

נא לפרט אם הילד נפגע בתאונה בעבר, מתי _____ מהות הפגיעה: _____

אני הח"מ מבקש כי תיבדק התביעה לפיצוי בגין הפגיעה הנ"ל, ושולם הפיצוי המגיע על פי פוליסה תאונות אישיות תלמידים

חתימת ההורים / אפוטרופוס / אדם אחר שבמשמרתו נמצא הילד (סמן בעיגול): _____

שם פרטי ומשפחה: _____ ת.ז.: _____ חתימה _____ תאריך _____

שם פרטי ומשפחה: _____ ת.ז.: _____ חתימה _____ תאריך _____

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ נותן בזה רשות לקופת חולים, ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה וכן לכל הרופאים והמוסדות הרפואיים האחרים ובתי חולים האחרים בישראל ובחו"ל, לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, למשרד הרווחה, למשטרה וכן לכל חברות הביטוח ולכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למסור ל"כלל-חברה לביטוח בע"מ ("כלל") את כל הפרטים, ללא יוצא מהכלל ובצורה שתדרש על ידי כלל על מצב בריאותי, וכל מידע אחר, והנני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או תוצאות התאונה הנ"ל, ולא תהיינה לי אליהם כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא כלפי כל המוסר מידע כאמור.

חתימת עד- עו"ד או מנהל ביה"ס

חתימת הוריו או אפוטרופסו

חתימת הנפגע

שם רופא המשפחה

שם/כתובת קופ"ח, בה חבר הנפגע

שם ביה"ח בו טופל הנפגע