

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 בביה"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 שבמשרתו נמצא הילד (סמן בעיגול):

שם פרטי ומשפחה: ת.ז.: חתימה תאריך

שם פרטי ומשפחה: ת.ז.: חתימה תאריך

**כתב ויתור על סודיות רפואית**

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"ח

חתימת הוריו או אפוטרופוסו

חתימת הנפגע

שם רופא המשפחה

שם/כתובת קופ"ח, בה חבר הנפגע

שם ביה"ח בו טופל הנפגע