

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 (בע"מ), רח' הארבעה 19,  
ת"א מיקוד 67133 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	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:

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

\*מוסד חינוכי שהוא גן ילדים, יצוין הגורם המפקח. נא סמן בעיגול: סמל מוסד  
\*משרד החינוך, \*אחר - ציין \_\_\_\_\_.  
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, וישולם הפיצוי המגיע על פי פוליסה תאונות אישיות לתלמידים.

חתימת ההורים: 1. שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
או אפוטרופוס: 2. שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
תאריך החתימה \_\_\_\_\_

#### 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 הנפגע	חתימת הוריו או אפוטרופסו	חתימת עד - עו"ד או מנהל ביה"ח
שם ביה"ח בו טופל הנפגע	שם/כתובת קופ"ח, בה חבר הנפגע	שם רופא המשפחה