

טופס זה יש לשלוח ל- י.ק.ב. סוכנויות לביטוח, רח' הסיבים 13, פתח-תקוה מיקוד 49170 ת.ד. 7073 פקס מס' 03-9247035

טופס תביעה תאונות אישיות תלמידים

(מתייחס לתאונות שארעו החל מ- ___/___/___) מספר פוליסה _____

1. פרטי הנפגע

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	ת.לידה
כתובת			
טלפון	טלפון נייד		

2. המוסד החינוכי בו לומד הנפגע

שם המוסד	כתובת	מס' טלפון	סמל מוסד
----------	-------	-----------	----------

3. התאונה

מקום הארוע (חצר, כיתה וכו')	תאריך האירוע	שעה	במסגרת שעות לימוד <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
תאור מפורט של התאונה/אירוע			

4. תאור הפגיעה

מהות הפגיעה (יש לצרף מסמכים רפואיים)			

טיפול ראשוני ניתן ע"י _____			
פניה לקופ"ח/מוסד רפואי אחר	שם קופ"ח/מוסד אחר	רופא מטפל	
אשפוז בב"ח	מתאריך	עד תאריך	
הנפגע נעדר מבית הספר בהוראת רופא מתאריך _____ עד תאריך _____			

5. עדים לתאונה

שם	כתובת	טלפון
_____	_____	_____
שם	כתובת	טלפון
_____	_____	_____
האם הילד נפגע בתאונה בעבר? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם כן, ציין/ני - תאריך _____ מהות הפגיעה _____		
אני הח"מ מבקש כי תיבדק התביעה לפיצוי בגין הפגיעה הנ"ל וישולם הפיצוי המגיע על פי פוליסת תאונות אישיות לתלמידים.		
חתימת ההורים או אפוטרופוס או אדם אחר שבמשמרתו נמצא הילד		
1. שם	ת.ז.	תאריך
_____	_____	_____
2. שם	ת.ז.	תאריך
_____	_____	_____

אישור מנהל בית הספר ו/או המוסד החינוכי בו לומד התלמיד

הנני מאשר בזה, כי התלמיד _____ נעדר מלימודיו בבית"ס _____	עד תאריך _____	סה"כ _____ ימים.
תאריך	חתימת מנהל בית"ס	מס' תביעה
_____	_____	_____

אין לעכב את מסירת ההודעה אם התלמיד טרם חזר לבית הספר!