

לברורים 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) 1992  
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-ג מין	תאריך לידה מלא	מסי זהות מלא	שם האב	שם האם
ישוב	רחוב	מסי	מיקוד	מסי 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	מסי	מיקוד	מסי 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 בביח"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 \_\_\_\_\_ מחות הפגיעה: \_\_\_\_\_

אני הח"מ מבקש כי תיבדק התביעה לפיצוי בגין הפגיעה הנ"ל, וישולם 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, ואו לעובדי הרפואיים ואו למוסדותיה הרפואיים ואו לסניפיה וכן לכל הרופאים והמוסדות הרפואיים האחרים ובתי חולים האחרים בישראל ובח"ל, לשלטונות צה"ל ואו למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, למשרד הרווחה, למשטרה וכן לכל חברות הביטוח ולכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למסור ליכלכלי-חברת לביטוח בע"מ ("כלכלי") 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 מראבת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ואו תוצאות התאונה הנ"ל, ולא תהיינה לי אליהם כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא כלפי כל המוסר מידע כאמור.

חתימת עדי- עו"ד או מנהל ביח"ס

חתימת הוריו או אפוטרופוס

חתימת הנפגע

שם רופא המשפחה

שם/כתובת קופ"ת, בה חבר הנפגע

שם ביח"ח בו טופל הנפגע