

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

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 _____ 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 לעובדיה 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 לייכלל-חברה לביטוח בע"מ (ייכלל"א) את כל הפרטים, ללא יוצא מהכלל ובצורה שתורש 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 ואו תוצאות התאונה הנ"ל, ולא תחיינה לי אליהם כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא כלפי כל המוסר מידע כאמור.

חתימת עדי- עו"ד או מנהל ביה"ח

חתימת הוריו או אפוטרופסו

חתימת הנפגע

שם רופא המשפחה

שם/כתובת קופ"ח, בה חבר הנפגע

שם ביה"ח בו טופל הנפגע

נוהל הגשת תביעה לפיצוי

מכוח פוליסה לביטוח תאונות אישיות לתלמידים

1. הודעה

הנפגע בתאונה ימסור בהקדם האפשרי הודעה על כך במוסד החינוכי בו הוא לומד.

2. "נכות זמנית"

- 2.1 בתום תקופת אי הכושר הזמני או בתום 7 חודשים ממועד התאונה, המוקדם שבין התאריכים, יפנה הנפגע בתביעה לכלל חברה לביטוח בע"מ לתשלום בגין נכות זמנית.
- 2.2 הנפגע ימלא טופס תביעה במזכירות המוסד החינוכי בו הוא לומד.
- 2.3 הנפגע יצרף לתביעה אסמכתאות המוכיחות כי היה מרותק בגין נכות זמנית כאמור לעיל במשך התקופה המצוינת על ידו, יחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית ויצרף אישור מביה"ס על תקופת ההיעדרות, בתקופת הלימודים.

3. "נכות קבועה"

- 3.1 נפגע אשר מחמת התאונה סובל מנכות קבועה זכאי לפיצוי בגין נכותו, על פי תנאי הפוליסה.
- 3.2 קביעת הנכות היא על פי המבחנים הקבועים בתקנות הביטוח הלאומי.
- 3.3 נפגע המבקש לקבל פיצוי, ימלא במוסד החינוכי בו הוא לומד טופס תביעה ויצרף אליו מסמכים רפואיים מתאימים בתמיכה לתביעה.
- 3.4 על פי דרישת המבטח יופנה הנפגע לבדיקה רפואית נוספת.
- 3.5 על הנפגע להביא עמו לבדיקה הרפואית את כל החומר הרפואי המצוי ברשותו בקשר עם התאונה.
- 3.6 הנפגע יקבל הודעה על דרגת הנכות שנקבעה לו וגובה הפיצוי לו הוא זכאי ע"פ דרגת הנכות.

4. פניה ל"ועדת חריגים"

- 4.1 נפגע אשר נקבע לו פיצוי על פי דרגת נכות והוא חולק על הקביעה ו/או סבור שיש מקום להגדיל את הפיצוי על פי סמכות הועדה מטעמים מיוחדים שיפורטו ו/או סבור שיש מקום לקבוע אחוזי נכות בגין צלקות אסטטיות על פי תקנות הביטוח הלאומי לעיל, רשאי לפנות לועדת חריגים.
- 4.2 הפניה לועדת חריגים תעשה במכתב שישלח לכלל חברה לביטוח בע"מ.
- 4.3 הפניה תפרט :-
 - ☞ מהות הפגיעה.
 - ☞ תאור מצבו של הנפגע לאחר התאונה.
 - ☞ הטעמים הרפואיים והאחרים המיוחדים (ובכלל זה סיבות סוציאליות חברתיות), אשר לדעת הפונים יזכו את הנפגע בהגדלת הפיצוי או בשינוי דרגת הנכות.
- 4.4 לפניה יצורפו תעודות רפואיות או מסמכים אחרים התומכים, ככל האפשר, בפניה ובטעמיה.
- 4.5 הנפגע ימסור לועדת החריגים פרטים והסברים נוספים ו/או יתייצב לבדיקות רפואיות נוספות - ככל שיידרש על ידי ועדת החריגים.
- 4.6 אלה זכאים לפנות לועדת החריגים :
 - ☞ הורי הנפגע.
 - ☞ אפוטרופוסים ממונים או אדם אחר שהנפגע נתון למרותו החוקית או ההורה שבמשמרתו נמצא התלמיד.
 - ☞ כל אחד מהצדדים החתומים על החוזה.
- 4.7 הועדה רשאית לחזור ולדרוש מן הפונה הסברים - בכתב או בע"פ - ו/או ראיות אחרות לתימוכין בבקשה.
- 4.8 הועדה רשאית למנות רופא נוסף לפי שיקול דעתה לשם קביעה חוזרת של הנכות.
- 4.9 הועדה תודיע לפונים בכתב את החלטתה לא יאוחר מ-90 יום מיום הפניה, הועדה רשאית, אך אינה חייבת, לפרט נימוקי החלטתה.

5. טפסים

תביעות ופניות בעקבות תאונה, יש להגיש על גבי טופס תביעה המיועד לכך לחברה למשק וכלכלה של השלטון המקומי סוכנות לביטוח (1992) בע"מ, רחוב הארבעה 19, מגדל התיכון, תל-אביב 61200, ת.ד. 20054.