



חברת הגשת תביעה ביטוח תאונות אישיות לתלמידים

**לمبוטחים באמצעות
החברה למשך וכלכלה של השלטון המקומי
סוכנות לביטוח (1992) בע"מ**

**מתיחס לתאונות שארעו
החל מ- 1.9.2016**



החברה למשק וכלכלה
של השלטון המקומי
סוכנות לביטוח (1992) בע"מ

חוּבָרֶת הַגְּשָׁת תְּבִיעָה - בִּיטוּחַ תְּאוֹנוֹת אִישִׁוֹת לְתָלְמִידִים

מבוטח/ת יקר/ה

לרשוטך חוותת הגשת תביעה מטעם "איילון חברה לביטוח בע"מ" הנדרשת לצורך הגשת תביעה למיושן זכויותך על פי פוליסת ביטוח תאונות אישיות לתלמידים.

על מנת שתביעתך לטיפול ביעילות ובמהירות האפשרית, **נבקש מלא ולצוף את כל המסמכים הרלוונטיים הנדרשים בחוּבָרֶת הַגְּשָׁת תְּבִיעָה**.

لتשומת לבן, אי הגשת מלא המסמכים הנדרשים בחוּבָרֶת הַגְּשָׁת תְּבִיעָה לצורך בירור החבות, עשויה לעכב את הטיפול בתביעתך.

**את חוותת הגשת תביעה והמסמכים המלאים יש לשלוות אל החברה למשק וככללה של השלטון המקומי סוכנות לביטוח (1992) בע"מ, רחוב הארבעה 19,
תל אביב 6473919.**

ניתן גם לשלוות למושדי איילון חברה לביטוח בע"מ.

נשמח לסייע לך בהגשת תביעה כמו גם בבירור ראשוני של הזכאות בהתאם לתנאי הפוליסה.

אנו עומדים לרשותך ביוםים א', ב', ד', ה' בין השעות 9:00 - 13:00 בטלפון 03-6235252.

ברכה,

החברה למשק וכלכלה של השלטון המקומי
סוכנות לביטוח (1992) בע"מ



רשימת המידע והמסמכים הנדרשים מהותיבע לצורך בירור התביעה

מבוטח נכבד שם לב!

על מנת למנוע עיכוב בטיפול בתביעה, יש לצרף לתביעה את כל המסמכים הרלוונטיים ברשימה שלහן

• חוברת תביעה מלאה וחתומה הכוללת:

- אישור לימודים במוסד החינוכי ואישור היעדרות מלימודים במוסד החינוכי - עמוד 3 לחוברת התביעה.
- כתב ויתור על סודות רפואיים - עמוד 4 לחוברת התביעה.

• צילום תעודה זהות של התובע. אם מדובר בקטין - צילום תעודה זהות של שני ההורים כולל הספח בו מופיעים פרטי התובע.

• אם מדובר בהורה יחיד - תצהיר אפוטרופוס חתום על ידי ההורה.

• מסמכים רפואיים מיום התאונה.

• מסמכים רפואיים עדכניים בתחום הפגיעה, בדיקות, צילומי רנטגן, הכל בהתאם לסוג הפגעה.

• מסמכים מהמשטרה, מנין דוד, המוסד לביטוח לאומי ועוד, ככל שהיא מעורבות בהם באירוע.

• אם התביעה מטופלת על ידי עורך דין - יפי כוח חתום במלואו.

לסייע בהגשת תביעה לחברת הביטוח ובירור ראשוני של הזכאות בהתאם לתנאי הפלישה, ניתן לפנות אל החברה למשך וכלכללה של השלטון המקומי סוכנות לביטוח (1992) בע"מ, רח' הארכבה 19, תל אביב 6473919, טלפון לbijorim 03-6235252 בימים א', ב', ד', ה' בין השעות 13:00-09:00.

חוּבָרֶת הַגְּשָׁת תְּבִיעָה לְבִיטּוּח תְּאוֹנוֹת אִישִׁוּת תַּלְמִידִים הַכּוֹלֶת 4 עַמוֹּדִים

טופס זה מיועד למobotchi סמ"כ"

מספר פולישה

מתייחס לתאונות שאரעו החל מ-01/09/2016
--

1. פרטי הנפגע			
ת. לידה	ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה
כתובת מיל'			
טלפון נייד			

2. המוסד החינוכי בו למד הנפגע במועד התאונה			
שם המוסד	שם' טלפון	כתובת	סמל מוסד

3. התאונה			
מקום האירוע	תאריך האירוע	שעה	במסגרת שעות לימוד <input checked="" type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
תיאור מפורט של התאונה/אירוע			

4. תאור ההיזק (להלן "הפגיעה") וצרוף מסמכים רפואיים			
מהות הפגיעה (יש לצרף מסמכים רפואיים)			
טיפול ראשוני ניתן ע"י (יש לצרף מסמכים רפואיים)			

טיפול רפואי נדרך מבית הספר בהוראת רופא מותארין עד תאריך _____ (נא לצרף אישור רפואי)			
פניה ל קופ"ח/מוסד רפואי אחר	שם קופ"ח/מוסד אחר	שם רופא מטפל	שם קופ"ח/מוסד אחר
עד תאריך	מתאריך	עד תאריך	אשפוז בבית"

הנפגע נדרך מבית הספר בהוראת רופא מותארין עד תאריך _____ (נא לצרף אישור רפואי)
لتשומת ליבר, הידורות מהמוסד החינוכי מתחת ל-90 ימים רצופים לא מזכה בתגמולו ביטוח בגין נכות זמנית/אי כושר
במידה והיתה העדרות מהמוסד החינוכי של מעל 90 ימים רצופים ואישור רפואי רפואי בגין ימי ההעדרות מרווח בתחום הפגיעה
או מהמוסד הרפואי בו אשפוץ או טיפול הנפגע.

5. עדימם לתאונה			
טלפון	כתובת	שם	
טלפון	כתובת	שם	
האם הילד נפגע בתאונה בעבר? <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן ציין/ני - תאריך _____ מהות הפגיעה _____			

6. אני ה"מ מבקש כי תיבדק התביעה לפיצוי בגין הפגיעה הנ"ל וישולם הפיצוי המגיע על פי פוליסט תאונות אישיות לתלמידים. בקש להעבירה את תגמולו הביטוח, אם וככל שמדוברים,			
לבנק	שם הסניף	מספר סניף	ע"ש

חתימת ההורם או אפוטרופוס או אדם אחר שמשמרתו נמצא הילד			
חתימה	תאריך	ת.ז.	שם .1
חתימה	תאריך	ת.ז.	שם .2

אין לעכב את מסירת ההודעה אם התלמיד טרם חזר לבית הספר!	חתימת התלמיד במידה והתלמיד בגין (גיל 18 ומעלה)	תאריך
---	--	-------

לمولוי על ידי המוסד החינוכי / הרשות המקומית

MBOLUCH NCBUD SHIM LB! CHIROF TOFES ZA BEUT HAGSHET TABUAH YMANU UCUB BATIFOL BATBUTER

תאריך

לכבוד
אילון חברה לביטוח בע"מ

הנדzon: אישור לימודים במוסד החינוכי ואישור היעדרות מלימודים במוסד החינוכי עקב תאונה

הריני לאשר כי התלמיד _____ תאריך לידה _____
למד כתלמיד מן המניין במוסד החינוכי (שם המוסד) _____
במועד תאריך האירוע _____ (יש לציין תאריך).

כתובת המוסד החינוכי _____
טלפון _____
שם מוסד _____
התלמיד למד במוסד החינוכי מתאריך _____ עד תאריך _____

על פי רישומי המוסד החינוכי, כתוצאה מהאירוע נעדן התלמיד מהלימודים
מתאריך _____ עד תאריך _____

בכבוד רב,

חתימה + חותמת

שם החותם ותפקידו במוסד החינוכי/הרשות המקומית

טופס בקשה מידע רפואי ויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יורשוו פרטיו)

שם משפחה	שם רפואי	תעודת זהות	שם האב	
רחוב	מספר בית	עיר	מיקוד	טלפון

נוטן בזה רשות לכל עובד רפואי / או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאים, עובדיין / או מי מטעמן / או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי / או לכל חב' ביטוח / או לצבא הגנה לישראל / או למשרד הביטחון / או למשרד החינוך / או לשירותי בתיה הסוחר / או למשרד הפנים / או למינהל האוכלוסין / או למשרד הוליה והקליטה / או לשירות הפסיכולוגי / או למשרד הבריאות / או למכוון מורה / או מכון גהה / או ב"ח גהה / או למופאות לבריאות הנפש ולכל עובד בתחום הסוציאלי / או הסיעודי למסור לאילון חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצורים בידי נוטני השירותים שייפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מנת הבריאות / או הסוציאלי / או מציבי בתחום הסיעודי / או השיקומי / או כל מחלת שחילתי בה בעבר או שאינו חולה בה בעת. כמו כן אני נוטן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"אבטן" למסור חומרה / או מידע המתייחסים לביטוחים ולתביעות מכל סוג / או לתאונות קודמות / או מאחרות שעברתי ככל מצב התביעה, סכום הסילוק וממועדו.

אני מושחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם לרבות קופות החולים / או כל רופא מרופאים / או כל עובד מעובדים / או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתים חולים / או פסיכיאטרים / או שיקומיים וכל סניף מסנפי מוסדותיהם, מחייבת שמירה על סודיות בכל הנוגע לנצח הבריאותי / או השיקומי / או הסוציאלי / או הסיעודי ומותר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח עלשמי אצל נוטני השירותים שייפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוחת על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים / או למי מרופאים / או עובדים / או מי מטעמן / או נוטני השירותים של להן, כל טענה או תביעה מסווג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זויפה גם לפי חוק הגנת הפרטויות, התשמ"א-1981 והוא חלה על כל מידע רפואי או אחר המציג במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים / או רופאים / או עובדים / או מי מטעמן / או נוטני השירותים שייפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יכול כתוב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

חלק ב'

שם קו"ח	סניף	מספר חבר	שם המוסד
---------	------	----------	----------

שמות נוטני השירותים

רופאים	מכונים/מעבדות
.1	
.2	
.3	
.4	

שם אישי בצה"ל	קופ"ח קודמות	מרפאה קודמות
---------------	--------------	--------------

שם האם	ת.ז.	שם האם	ת.ז.
--------	------	--------	------

תארין	עד לחתימה (עו"ד/סוכן ביטוח/עו"ס) יש לציין מספר רישויון	חתימה (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
-------	--	--

