

טופס הודעה לביטוח על פציעה

טופס מיועד לשימוש העמותה בלבד – אין להעבירו לאף גורם אחר!

לצוות החינוכי שלום,

לפניכם טופס ההודעה לביטוח על פציעה במהלך פעילות בית ספרית. במידה ומתרחשת פציעה (של תלמיד, מורה, מתנדב, מבקר, ספק או כל גורם אחר) בתצר ביה"ס הוא רשאי לתבוע מאיתנו פיצוי על פגיעתו. זכות זו עומדת לו עד 7 שנים מהאירוע, ואם מדובר בקטין, אזי עד הגיעו לגיל 25. דהיינו, זכותו של תלמיד בכיתה ט' (גיל 15) עומדת לו למשך 10 שנים.

הודעה איכותית לחברת הביטוח, תאפשר לנו לתעד כנדרש את פרטי האירוע, להתגונן בפני התביעה, ולהבטיח מקור כספי מתאים לתשלום.

לכן נבקשך להקדיש את הזמן והריכוז המירביים במילוי הטופס כהלכה.

יש להקפיד למלא את כל הפרטים, **בדיוק כפי שהם רשומים**. המעבר משדה לשדה מבוצע באמצעות העכבר או החיצים למעלה או למטה. במידה ומשהו לא ברור, אנא צרו קשר עם דיאנה, בטלפון 03-5125199, לפתרון הבעיה.

כמה דגשים שאנו מבקשים שתקראו לפני תחילת מילוי הטופס:

- "מחות המקרה" – בחלק זה יש לכתוב כותרת קצרה של המקרה, כגון: "חשש לנקע בקרסול שמאל", או "פינוי למיון עקב כאבי בטן עזים".
- האברים שנפגעו – כאן יש לדייק היכן בדיוק היתה הפגיעה, לדוגמה: "בצד הפנימי של הזרוע ביד שמאל", "במרכז החלק העליון של הבטן" וכו'.
- "תיאור האירוע" – זה המקום לכתוב בפירוט את שאירע. חשוב לתת כמה שיותר מידע על האירוע, נסיבות התרחשותו, הטיפול הרפואי שהוגש, מדריכים מעורבים, מגישי העזרה הראשונה ואנשי רפואה מעורבים, תלמידים נוספים שנכחו במקרה וכיו"ב.
- יש לכתוב שמות מלאים של כל המעורבים באירוע, רצוי כולל מספרי טלפון.
- מספרי הטלפון המופיעים בטופס צריכים להיכתב כמספר מלא (ולא קיצור).
- יש לציין מהם התפקידים של עדי הראייה ומגישי העזרה הראשונה במקומות המיועדים לכך.
- יש לצרף לטופס תיעוד רפואי – הן של הטיפול בבית הספר, והן סיכום הטיפול בקופת חולים / בית חולים, במקרה של פינוי.
- במידה והטיפול בנפגע מתמשך, יש לעמוד עימו בקשר ולבקר. יש לתעד ב"הערות הנוספות את מצבו בעת מילוי הדו"ח, ולפרט המשך טיפול, אם היה כזה מאז מילוי הדו"ח.
- במידה ויש פרטים נוספים על המקרה, שאינם מוצאים בטופס מקום לכותבם, יש לעשות זאת בהערות הנוספות, בתחתית הטופס. מומלץ לצרף דו"ח מסכם.

ברצוננו להדגיש, כי טופס זה נועד לשימוש מטה הרשת ולהודעה לחברה המבטחת אותנו בלבד! אין להעבירו לכל גורם אחר, ובכלל זה הנסגעים ומשפחתו.

שימו לב, את ההודעה לביטוח יש למלא כקובץ וורד, השדות הנדרשים למילוי פתוחים לשינויים.

לאחר מילוי הנתונים יש לשמור ולשלוח את הקובץ למלא לדיאנה - Miscrad@drornet.org.il.

פציעה כאמור יכולה להתרחש גם בפעילות חוץ, אם באתר שעושים או פארק מים, אם בשמורת טבע או יער קק"ל וכיו"ב. במקרים כאלה יתכן והטיפול הרפואי יוגש ע"י מרפאת המקום.

במקרים אלה יש לוודא כי אנשי הרפואה המטפלים מתעדים את הביקור, בדיקתם וטיפולם.

כמו כן, יש להחתיים גורם מטעם המקום על טופס הפציעה שנמלא ולקבל ממנו העתק של הניירת שלחם.

השקעה במילוי איכותי של הטופס כעת, תוכל לחסוך לכולנו הרבה מאמצים בהמשך.

תודה על שיתוף הפעולה,

דיאנה

יש להעביר טופס זה במייל miscrad@drornet.org.il מייד בסיום האירוע
ולהקפיד על מילוי מלא של הפרטים והנתונים | טלפון: 03-5125199
ניירת נלוות (טפסים מבי"ח / תיעוד רפואי) יש לשלוח סרוק במייל

שים לב!!!

טופס הודעה לביטוח על פציעה

טופס מיועד לשימוש העמותה בלבד – אין להעבירו לאף גורם אחר!

תאריך: לחץ כאן להזנת תאריך.

הנדון: הודעה על נזק / תאונה לצד שלישי

1. פרטים אישיים של הניזוק / נפגע:

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	תאריך לידה	שם הורה
מס' טלפון		ישוּב מגורים	כתובת למשלוח דואר	

סטטוס בעמותה: בחר פריט.
 חניך: בית ספר/פרוייקט:
 מוקד פעילות: כיתה:
 פרטים על הנזק / תאונה:

אם בחרת "אחר" אז תן פרוט בבקשה (יש לסמן, ולפרט לחלף) כתובת:

2. פרטים על הנזק / תאונה:

באיזו פעילות התרחשה התאונה	המקום בו התרחשה	כתובת המקום
תאריך התאונה	שעה מדוייקת	האברים שנפגעו (נא לפרט ולדייק)
לחץ כאן להזנת תאריך.		
מהות הפגיעה (בקצרה):		

תאור מלא של הנזק / תאונה, נסיבותיה וגורמיה:
 זה המקום לכתוב בפירוט את שאירע. חשוב לתת כמה שיותר מידע על הארוע, האם הועבר ביפר 33010? בחר פריט.

מעקב מצב הנפגע כעבור 24 שעות: נא לרשום

3. טיפול רפואי:

האם הניזוק נזקק לטיפול רפואי:	האם הטיפול הרפואי ניתן במקום:	האם הניזוק חזר לפעילות:
בחר פריט.	בחר פריט.	בחר פריט.
במידה והניזוק פונה לקבלת טיפול רפואי, לאן פונה? <input type="checkbox"/> ב"ח / <input type="checkbox"/> מוקד רפואי / <input type="checkbox"/> מרפאת קופת חולים		
שם ביה"ח / המרפאה (ציין שם הסניף): נא לרשום (צרך תיעוד רפואי)		
האם פגשת בניזוק לאחר האירוע: בחר פריט. מה מצבו הנוכחי של הניזוק:		

4. פרטים אישיים של עדי הראייה, מגישי העזרה הראשונה והאחראים במקום (כולל גורמי חוץ):

שם פרטי	שם משפחה	טלפון	כתובת דואר אלקטרוני	תפקיד
				בחר פריט.
				בחר פריט.
				בחר פריט.

5. הערות נוספות:

שם ממלא הטופס: נא לרשום תפקיד: נא לרשום טלפון: נא לרשום

דואר אלקטרוני: נא לרשום כתובת מגורים: נא לרשום

הנני מצהיר/ה בזה כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ואמיתיים.

חתימה:

תאריך: לחץ כאן להזנת תאריך.

לשימוש מטה העמותה בלבד

למר/גב'

דווח לביטוח ביום

יש להעביר טופס זה במייל misrad@drornet.org.il מייד בסיום האירוע ולהקפיד על מילוי מלא של הפרטים והנתונים טלפון: 03-5125199
 ניירת נלוות (טפסים מבי"ח / תעוד רפואי) יש לשלוח סרוק במייל

שים לב!!!