

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') \_\_\_\_\_

תאור מפורט של התאונה/אירוע \_\_\_\_\_

במסגרת שעות לימוד  כן  לא

שעה \_\_\_\_\_

תאריך האירוע \_\_\_\_\_

**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 בבי"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?  לא  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

שם	ת.ז.	תאריך	חתימה
שם	ת.ז.	תאריך	חתימה

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

הנני מאשר בזה, כי התלמיד \_\_\_\_\_ נעדר מלימודיו בביה"ס \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ סה"כ \_\_\_\_\_ ימים.

תאריך	חתימת מנהל ביה"ס	חותמת ביה"ס	מס' תביעה
-------	------------------	-------------	-----------

אין לעכב את מסירת ההודעה אם התלמיד טרם חזר לבית הספר

20060400/10.2010