

מספר פוליסה: \_\_\_\_\_

**טופס זה יש לשלוח ל-י.ק.ב סוכנויות לביטוח**  
**רח' הסיבים 13 פתח-תקווה,**  
**מיקוד 49170 ת.ד 7073**

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	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:**

ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	מס' טלפון	קידומת
------	------	-----	-------	-----------	--------

\* מוסד חינוכי שהוא גן ילדים, יציין הגורם המפקח. נא סמן בעיגול: **סמל מוסד**  
\* משרד החינוך, \* אחר - ציין \_\_\_\_\_.

שם המנהל ואישור המוסד החינוכי בו לומד הנפגע לגבי נכונות הפרטים, בסעיף הני"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 בבית"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 \_\_\_\_\_ מהות הפגיעה: \_\_\_\_\_

אני הח"מ מבקש כי תיבדק התביעה לפיצוי בגין הפגיעה הני"ל, וישולם הפיצוי המגיע על פי פוליסה תאונות אישיות לתלמידים.

חתימת ההורים: 1. שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
או אפוטרופוס: 2. שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
או אדם אחר שבשמרתו נמצא הילד. \_\_\_\_\_ תאריך החתימה

**כתב-ניתור על סודיות רפואית**

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ נותן בזה רשות לקופת חולים, ואו לעובדיה הרפואיים /או למוסדותיה הרפואיים /או לסניפיה וכן לכל הרופאים והמוסדות הרפואיים האחרים ובתי חולים האחרים בישראל ובהו"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 ל"כללי-חברה לביטוח בע"מ ("כללי") 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 מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ואו תוצאות התאונה הני"ל, ולא תהייה לי אליהם כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא כלפי כל המוסר מידע כאמור.

חתימת הנפגע \_\_\_\_\_ חתימת הוריו או אפוטרופוסו \_\_\_\_\_ חתימת עד - עו"ד או מנהל ביה"ח \_\_\_\_\_  
שם ביה"ח בו טופל הנפגע \_\_\_\_\_ שם/כתובת קופ"ח, בה חבר הנפגע \_\_\_\_\_ שם רופא המשפחה \_\_\_\_\_

**יח' קשרי לקוחות:**  
רח' יגאל אלון 53, תל-אביב 67062  
טל: 03-7912345 פקס: 03-7912423

**מרחב ירושלים והדרום:**  
רח' ימ' 97, ירושלים 91280  
טל: 02-6209111 פקס: 02-6209157  
**מרחב חיפה והצפון:**  
שד' מל"ים 2, בניין ברוש חיפה 33095  
טל: 04-8608888 פקס: 04-8668333

**מרחב תל-אביב אררט:**  
רח' יגאל אלון 53, תל-אביב 67062  
טל: 03-7912200 פקס: 03-7912285  
**מרחב אריה:**  
רח' אחד העם 9 תל-אביב 65251  
טל: 03-7965777 פקס: 03-5179337

**כלל חברה לביטוח בע"מ**

משרד ראשי: בית כלל ביטוח  
דרך מנחם בגין 48, תל-אביב 66180  
טל: 03-6387777, פקס: 03-6387676