



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

חוברת הגשת תביעה ביטוח תאונות אישיות לתלמידים

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

מתייחס לתאונות שארעו

החל מ- 1.9.2016



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

חוברת הגשת תביעה - ביטוח תאונות אישיות לתלמידים

מבוטח/ת יקר/ה,

לרשותך חוברת הגשת תביעה מטעם "איילון חברה לביטוח בע"מ" הנדרשת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותיך על פי פוליסת ביטוח תאונות אישיות לתלמידים.

על מנת שתביעתך תטופל ביעילות ובמהירות האפשרית, **נבקשך למלא ולצרף את כל המסמכים הרלוונטיים הנדרשים בחוברת הגשת התביעה.**

לתשומת לבך, אי הגשת מלוא המסמכים הנדרשים בחוברת הגשת התביעה לצורך בירוור החבות, עשויה לעכב את הטיפול בתביעתך.

את חוברת הגשת התביעה והמסמכים המלאים יש לשלוח אל החברה למשק וכלכלה של השלטון המקומי סוכנות לביטוח (1992) בע"מ, רחוב הארבעה 19, תל אביב 6473919.

ניתן גם לשלוח למשרדי איילון חברה לביטוח בע"מ.

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

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

בברכה,

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



רשימת המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לצורך בירור התביעה

מבוטח נכבד שים לב!

על מנת למנוע עיכוב בטיפול בתביעתך, יש לצרף לתביעה את כל המסמכים הרלוונטיים ברשימה שלהלן

- חוברת תביעה מלאה וחתומה הכוללת:
 - אישור לימודים במוסד החינוכי ואישור היעדרות מלימודים במוסד החינוכי - עמוד 3 לחוברת התביעה.
 - כתב ויתור על סודיות רפואית - עמוד 4 לחוברת התביעה.
- צילום תעודת זהות של התובע. אם מדובר בקטין - צילום תעודת זהות של שני ההורים כולל הספח בו מופיעים פרטי התובע.
- אם מדובר בהורה יחיד - תצהיר אפוסטרופוס חתום על ידי ההורה.
- מסמכים רפואיים מיום התאונה.
- מסמכים רפואיים עדכניים בתחום הפגיעה, בדיקות, צילומי רנטגן, הכל בהתאם לסוג הפגיעה.
- מסמכים מהמשטרה, מגן דוד, המוסד לביטוח לאומי וכד', ככל שהיתה מעורבות שלהם באירוע.
- אם התביעה מטופלת על ידי עורך דין - יפוי כוח חתום במלואו.

לסיוע בהגשת תביעה לחברת הביטוח ובירור ראשוני של הזכאות בהתאם לתנאי הפוליסה, ניתן לפנות אל החברה למשק וכלכלה של השלטון המקומי סוכנות לביטוח (1992) בע"מ, רח' הארבעה 19, תל אביב 6473919, טלפון לבירורים 03-6235252 בימים א', ב', ד', ה' בין השעות 09:00-13:00.

חברת הגשת תביעה לביטוח תאונות אישיות תלמידים הכוללת 4 עמודים
טופס זה מיועד למבוטחי סמשכ"ל

מספר פוליסה: _____
מתייחס לתאונות שאירעו החל מ-01/09/2016

1. פרטי הנפגע			
שם משפחה	שם פרטי	ת.ג.	ת. לידה
כתובת		כתובת סגל	
טלפון		טלפון נייד	

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

3. התאונה			
מיקום האירוע	תאריך האירוע	שעה	במסגרת שעות לימוד <input type="checkbox"/> ק <input type="checkbox"/> לא
תאור מפורט של התאונה/אירוע			

4. תאור ההיזק (להלן "הפגיעה") תנאי מסכנים ורפואיים			
מהות הפגיעה (יש לצרף מסמכים רפואיים)			
טיפול ראשוני ניתן ע"י (יש לצרף מסמכים רפואיים)			
מיה לקופ"ח/מוסד רפואי אחר	שם קופ"ח/מוסד אחר	רופא מסמל	
אשפוז בבי"ח	מס' תאריך	עד תאריך	

הנפגע נעדר מבית הספר בתוצאת רופא מתאריך _____ עד תאריך _____ (נא לצרף אישור רפואי) לתשומת ליבך, היעדרות מהמוסד החינוכי מתחת ל-90 ימים רצופים לא מזכה בתנמולי ביטוח בגין נכות זמנית/אי כושר במידה והיתה העדרות מהמוסד החינוכי של מעל 90 ימים רצופים נא לצרף אישור רפואי בגין ימי ההעדרות מרופא בתחום הפגיעה או מהמוסד הרפואי בו אושפז או טופל הנפגע.

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

6. אני הח"מ מבקש כי תיבדק התביעה לסיצוי בגין הפגיעה הנ"ל וישולם הפיצוי המגיע על פי פוליסת תאונות אישיות לתלמידים. נבקש להעביר את תנמולי הביטוח, אם וככל שמיניעים, לבנק _____

חתימת ההורים או אפוטרופוס או אדם אחר שבמסגרתו נמצא הילד			
שם	ת.ג.	מס' חשבון	ערש
שם	ת.ג.	תאריך	חתימה
		תאריך	חתימה

חתימת התלמיד במידה והתלמיד בגיר (גיל 18 ומעלה) _____
אין לעכב את מסירת ההודעה אם התלמיד טרם חזר לבית הספר

למילוי על ידי המוסד החינוכי / הרשות המקומית

מבוטח נכבד שים לב! צירוף טופס זה בעת הגשת תביעה ימנע עיכוב בטיפול בתביעתך

תאריך _____

לכבוד
איילון חברה לביטוח בע"מ

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

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

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

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

בכבוד רב,

חתימה •חותמת

שם החותם ותפקידו במוסד החינוכי/הרשות המקומית

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות
חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מס' בית	עיר	מיקוד
			סלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל חב' ביטוח ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד החינוך ו/או לשרות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למינהל האוכלוסין ו/או למשרד העלייה והקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או מכון מור מאר ו/או ב"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ולכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור לאיילון חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"אבגר" למסור חומר ו/או מידע המתייחסים לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו. אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן. למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

חלק ב	
שם קטיף	סניף
שמות נותני השירותים	מס' חבר
רופאים	שם המוסד
1. _____	מכונים/מעבדות
2. _____	1. _____
3. _____	2. _____
4. _____	3. _____
	4. _____

מס' אישי בצה"ל	קופ"ח קודמת	מרכזה קודמת
----------------	-------------	-------------

במקרה של קטין	שם האם	ת.ז.	שם האב	ת.ז.
---------------	--------	------	--------	------

תאריך	עד לחתימה (ערך/מוקד ביטוח/ערס) יש לציין מספר רישיון	חתימה (במקרה של קטין - חתימת האמטורוסוס)
-------	---	--