

מספר פולישה

מתיחס לתאונת שארכנו
החל מ-01/09/2021

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

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

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

4. תאור ההיקף (להלן "הפגיעה") וצרוף מסמכים רפואיים			
מהות הפגיעה (יש לצרף מסמכים רפואיים)			
טיפול ראשוני ניתן ע"י (יש לצרף מסמכים רפואיים)			
שם קופ"ח/מוסד רפואי אחר	שם קופ"ח/מוסד אחר	רופא מטפל	פניה לקופ"ח/מוסד רפואי אחר
עד תאריך	עד תאריך	מתאריך	ASHPOD בבי"ח
הפגיעה נעדר מבית הספר בהוראת רופא מתחารך _____ עד תאריך _____ (נא לצרף אישור רפואי) _____ לתשומת ליבך, היעדרות מהמוסד החינוכי מתחת ל-55 ימים רצופים לא מדכה בתגמול ביטוח בגין נכות דמנית/אי כושר במידה והיתה העדרות מהמוסד החינוכי של מעל 55 ימים רצופים נא לצרף אישור רפואי בגין ימי העדרות מרופא בתחום הפגיעה או מהמוסד הרפואי בו אושפץ או טיפול הנפגע.			

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

6.			
אני הח"ם מבקש כי תיבדק התביעה לפיצוי בגין הפגיעה הנ"ל ויישולם הפיצוי המגיע על פי פוליסט תאונות אישיות לתלמידים. בבקש להעביר את תגמולו הביטוח, אם וככל שמנוגעים,			
שם	שם הסניף	מספר סניף	ע"ש לבנק
חתימת ההורם או אפוטרופוס או אדם אחר ששמשמרתו נמצא הילד			
שם .1	ת.ז.	תאריך	חתימה
שם .2	ת.ז.	תאריך	חתימה

תאריך		חתימת התלמיד בפני עצמו והתלמיד בגיר (גיל 18 ומעלה)		חומרה את מסירת ההודעה אם התלמיד טרם חזר לבית הספר!	
-------	--	--	--	--	--



למילוי על ידי המוסד החינוכי / הרשות המקומית

מבוטח נכבד שם לב! צירוף טופס זה בעת הגשת תביעה ימנע עיכוב בטיפול בתביעה

תאריך

לכבוד
איילון חברה לביטוח בע"מ

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

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

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

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

בכבוד רב,

חתימה + חותמת

שם החותם ותפקידו במוסד החינוכי/הרשות המקומית