

אילון חברה לביטוח בע"מ - טופס הודעה על אירוע תאונות אישיות תלמידים

עם קבלת טופס זה, אין החברה מקבלת על עצמה כל התחייבות שהיא.

יש להקפיד למלא טופס זה במלואו, לצרף מסמכים רפואיים ולשלוח ל- מחלקת החינוך במועצה (אין לשלוח לחב' הביטוח)

פרטי הנפגע

שם משפחה _____ ש0 פרטי _____ מין ז/ג _____ שנת לידה _____ מס' זהות _____
שם האב _____ שם האם _____ כתובת _____ מס' הטלפון (בית) _____
מס' טלפון (נייד) _____ שם המוסד החינוכי _____ כתובת _____ טלפון _____

פרטי התאונה

תאריך התאונה _____ שעה _____ מקום _____
כיצד קרתה התאונה (ציין במפורש) _____

תאור הפגיעה (יש לצרף מסמכים רפואיים)

שם בית החולים בו אושפז הנפגע _____ מתאריך _____ עד תאריך _____
תקופת העדרות מלימודים מתאריך _____ עד תאריך _____ (כולל) (יש לצרף אישורים מבי"ח/אישורים רפואיים)
פרטי קופ"ח / מוסד רפואי אחר בו טופל: סניף _____ שם הרופא המטפל _____
כתובת הרופא המטפל _____ טלפון _____
נא לציין את מצב הנפגע אם טרם החלים מהפגיעה: _____
שמות עדי ראיה לתאונה: שם: _____ כתובת _____ טל' _____
שם: _____ כתובת _____ טל' _____

האם הילד נפגע בתאונה בעבר: כן / לא _____ מהות הפגיעה: _____

האם הוגשה בעבר תביעה בגין נזקי גוף: כן / לא _____ במידה וכן, שם החברה המבטחת: _____

תאריך המקרה: _____ סכום הפיצוי: _____

אני הח"מ מבקש כי תיבדק התביעה לפיצוי בגין הפגיעה הנ"ל, וישולם הפיצוי המגיע על פי פוליסת תאונות אישיות תלמידים. הנני מצהיר כי כל הפרטים דלעיל הינם נכונים ואמיתיים ולא הסתרתי מהחברה אינפורמציה כלשהי בקשר עם התביעה הנ"ל.

חתימת ההורים או האפוטרופוס: 1. שם _____ ת.ז. _____
2. שם _____ ת.ז. _____

אישור מנהל ביה"ס ו/או המוסד החינוכי בו לומד התלמיד

הריני מאשר בזה כי התלמיד/ה _____ נעדר/ה מלימודיו בביה"ס _____

מתאריך _____ עד תאריך _____ סה"כ ימים: _____

תאריך _____ חתימת מנהל ביה"ס _____ חותמת ביה"ס _____

כתב ויתור סודיות רפואית

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ נותן בזה לקופת חולים, ו/או למוסד רפואי ו/או לעובדים הרפואיים או לסניפיה וכן לכל הרופאים והמוסדות הרפואיים האחרים ובתי החולים אחרים בישראל ובחו"ל וכן למשרד הבטחון צהל למסור לאילון חברה לביטוח בע"מ את כל הפרטים, ללא יוצא מהכלל ובצורה שתדרשו על ידי אילון על מצב בריאותי וכל מידע אחר. הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או תוצאות התאונה הנ"ל ומוותר על סודיות זו לאילון, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא בקשר לנ"ל.

חתימת עו"ד או
או מנהל ביה"ס

חתימת הורים
או אפוטרופוס

חתימת הנפגע