

תאריך _____ **בקשה להשתתפות בהוצאות טיפולי שיניים לתלמיד אשר נפגע בתאונה**

הקרן הפנימית לביטוחי ממשלה בהנהלת ענבל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הקרן הפנימית") מבצעת עבור משרד החינוך תשלומים שאושרו להשתתפות בהוצאות טיפול שיניים לתלמיד אשר נפגע מתאונה וזאת במסגרת סיוע וולונטרי שמעניק משרד החינוך.

הטופס כתוב בלשון זכר, אך פונה לנשים ולגברים כאחד.

על מנת לסייע לנו לטפל בבקשתך, נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק במלא הפרטים.
לתשומת ליבך, הטופס מחולק לשלושה חלקים אשר ימולאו ויאושרו בחתימה ע"י שלושה גורמים שונים.

חלק א' - פרטי התלמיד וההורה - נועד למילוי בידי ההורה/האפוטרופוס.

פרטי התלמיד הנפגע:			
שם משפחה:	שם פרטי:	מספר זהות:	תאריך לידה:
פרטי ההורה/ האפוטרופוס (סמן בעיגול) – ככל שתאושר ההשתתפות בהוצאות, תונפק המחאה על שם הפונה בלבד!			
שם ושם משפחה:	טלפון:	טלפון נייד:	כתובת מייל:
כתובת:			
נסיונות האירוע:			
<p>הצהרה: אני, החתום מטה מצהיר כי קראתי את הנחיות משרד החינוך המופיעות באתר המחלקה לביטוח במשרד החינוך שכתובתו www.edu.gov.il/bituach וברור לי כי ההשתתפות בהוצאות תינתן כסיוע וולונטרי בלבד ואין לראותו בגדר פיצוי במסגרת כיסוי ביטוחי כלשהו. כמו כן, הנני מתחייב למשרד החינוך ו/או לקרן הפנימית לערוך כל בדיקה שהיא באשר לזכאותי להשתתפות וכי אדווח לקרן הפנימית על כל תגמול כספי שאקבל מכל גורם אחר בגין חשבונית זו.</p> <p>תאריך: _____ שם פרטי ומשפחה: _____ מ. זהות: _____ חתימה _____</p>			
<p>ויתור על סודיות רפואית:</p> <p>הריני מוותר על הסודיות הרפואית של בני/בתי לטובת משרד החינוך ו/או הקרן הפנימית ומורה למסור לה את כל המידע מהתיק הרפואי ו/או הרשומה הרפואית, מכל מוסד הנחוץ לענבל ליישוב פנייתי. אין לי ולא יהיו לי כל טענות ו/או תביעות לכל גורם בגין בקשתי זו.</p> <p>תאריך: _____ שם פרטי ומשפחה: _____ מ. זהות: _____ חתימה _____</p>			

חלק ב' - פרטי המוסד בו לומד התלמיד - נועד לתלמידים מעל גיל 16 - למילוי ואישור בחתימה ובחותמת המוסד החינוכי.

הריני לאשר כי התלמיד (שם פרטי + משפחה):	מ. זהות:
לומד כתלמיד מן המניין במוסד החינוכי (שם המוסד):	סמל המוסד:
כתובת:	טלפון:
תאריך: _____ שם החותם: _____ תפקיד במוסד החינוכי: _____ חתימה וחותמת	

חלק ג' - פרטי הרופא המטפל, הטיפולים והתשלומים - נועד למילוי ואישור בחתימה וחותמת הרופא.

פרטי הרופא המטפל:			
שם משפחה:	שם פרטי:	מס' רישיון הרופא:	שם מרפאה וכתובת:
טל' מרפאה:	נייד רופא:	דוא"ל:	
פירוט הטיפולים שבוצעו: (במקרים בהם בוצעו טיפולים על ידי רופא מומחה יש לצרף חוות דעת המעידה על הצורך בכך)			
תאריך ביצוע הטיפול	תיאור הטיפול	מספר שן	מחיר (כולל מע"מ)
			חובה לצרף צילומים במקרים שלהלן:
			לפני ואחרי טיפול ע"י מומחה
			לפני ובגמר טיפול משקם
			סה"כ כולל מע"מ
הריני מאשר כי הטיפולים המפורטים להלן בוצעו לאחר שאובחן נזק הנובע מחבלה.			
תאריך: _____ חותמת וחותמת הרופא: _____			

אפשרויות לשליחת הבקשה:

באתר ענבל: בקישור [הגשת בקשה באתר](#) לדוא"ל: sherut@inbal.co.il או לפקס: [03-9778100](tel:03-9778100)