

דוח על תאונה

הנחיות למנהל/ת/גננת

(מוסדות חינוך שיש להם גישה למנב"ס ידווחו באמצעות המנב"סנט בלבד)

כיסוי חבות (צד ג')

הקרן הפנימית לביטוחי ממשלה בהנהלת "ענבל", חברה לביטוח בע"מ, מכסה את חבותו החוקית של משרד החינוך ועובדיו בלבד, בגין תביעות המוגשות על ידי תלמידי מוסדות החינוך ועל ידי צדדים שלישיים אחרים במקרים מיוחדים. באירועים שנגרם בהם נזק לתלמיד בשל הפרת חובה חוקית של משרד החינוך ועובדיו בלבד, אפשר לפנות לחברת "ענבל" בדרישה לפיצוי בגין הנזק הנטען, לכתובת המצוינת ברשימת התפוצה.

חובת הדיווח

על מנהל/ת/גננת המוסד החינוכי חלה החובה למלא דוח על כל תאונה אשר אירעה לתלמיד במהלך פעילות רשמית של המוסד החינוכי, כולל במקרה שאירע מחוץ לכותלי המוסד, כגון סיור לימודי, טיול, יום ספורט, פעולות של"ח, או בפעילות לימודית במוסד אחר. **שבעקותיו נדרש טיפול רפואי.**

- בכל אחד מהמקרים שלהלן יש לדווח מיידית לאחראי על הבטיחות במחוז או למנהל המחוז, קודם למילוי הדו"ח:
- אם אירע מקרה מוות, חלילה.
 - אם הפציעה אנושה, או אם נגרם נזק גופני חמור, כגון קטיעת איבר.
 - אם הגורם לתאונה הוא מפגע בטיחותי מסוכן.
 - אם יותר מתלמיד אחד נפגע בו-זמנית מאותה הסיבה.

הנחיות למילוי הדוח

יש למלא את הדוח המצורף ולהפיצו עפ"י רשימת התפוצה המפורטת מטה. על המעטפה יש לציין "דוח תאונה".

- הדו"ח ימולא בכל הסעיפים בכתב יד קריא ע"י מנהל המוסד החינוכי בלבד מפי התלמיד/הורה/מורה/אחר.
- דיווח ראשוני על התאונה יישלח תוך שבעה ימים מיום התאונה. פרק זמן זה ניתן כדי לאסוף את מרב הפרטים והידיעות על מצבו הראשוני של הנפגע ועל נסיבות המקרה.
- דוח משלים (הספח העליון): היה ונעדר התלמיד מחמת התאונה, ימולא וישלח ל"ענבל" מיד עם שוב התלמיד ללימודים, ו/או קבלת המסמכים הרפואיים.
- אי מילוי הדוח כנדרש לא ייחשב כדיווח על התאונה ויחזר למוסד החינוכי להשלמה.
- אין למסור העתק או צילום של הדוח לכל גורם, למעט המכותבים בתפוצה, אלא אם כן ניתן לכך היתר מהיועץ המשפטי של המשרד, או שיש בידי המבקשים אישור שהם מייצגים את חב' הביטוח "ענבל".

תפוצה

- מקור – הקרן הפנימית לביטוחי ממשלה בהנהלת "ענבל" חברה לביטוח בע"מ, רח' ערבה 3, קרית שדה התעופה, ת"ד 282, נתב"ג 70100
- העתק – למפקח/ת על ביה"ס/הגן
- העתק – למנהל/ת המחלקה לחינוך ברשות המקומית/לבעלים של המוסד החינוכי
- העתק – למנהל המחלקה לביטוח במשרד החינוך, רח' שבטי ישראל 34, ירושלים 91911
- העתק – בתיק תאונות במוסד החינוכי.

מידע נוסף בנושאי הביטוח השונים אפשר למצוא באתר המחלקה לביטוח, בכתובת www.edu.gov.il/bituah

זכרו!

תאונות אינן קורות, הן נגרמות; קיימו את כללי הבטיחות ומנעתם תאונה!

1. יש לרשום את שם הנפגע, את תאריך התאונה ואת תאריך הדיווח.
 2. יש להשלים את שאר הפרטים עם גמר הטיפול וקבלת המסמכים.
 3. יש לשלוח לחברת ענבל בכתובת רח' ערבה 3, קרית שדה התעופה, ת"ד 282, נתב"ג 70100.

שם הנפגע: _____ ת"ז _____
 (ימולא וישלח מיד לאחר שוב התלמיד ללימודים ו/או קבלת מסמכים רפואיים)
 תאריך התאונה: ____/____/____
 סמל המוסד: [] [] [] [] [] [] שם המוסד: _____ היישוב _____
 נפגע/ה נעדר/ה מלימודים מיום: _____ ועד יום _____ סה"כ _____ ימים מתוך זה מאושפז/ת בבי"ח _____ ימים. מצ"ב מסמכים רפואיים הקשורים לתאונה.
 חתימת המנהל/ת - גננת _____ תאריך: _____

דיווח ראשוני על תאונה

**מדינת ישראל
 משרד החינוך**

הוראות למילוי הדוח
 1. הדוח יישלח תוך 7 ימים מיום התאונה וימולא על כל פרטיו.
 2. משך היעדרות או מסמכים רפואיים יישלחו בנפרד.
 3. הטופס ימולא בכתב יד ברור וקריא ע"י מנהל המוסד החינוכי בלבד.
 4. התפוצה כמצוין בהנחיות המצורפות.

לגבי תלמיד/חניך שנפגע במסגרת בית ספרית בשטח המוסד החינוכי או מחוצה לו.
 אין כאמור בדיווח זה כדי להציג תמונה מלאה של כל נתוני האירוע.

תאריך התאונה: ____/____/____ שעת התאונה: ____:____
 תאריך הדיווח: ____/____/____ אם הדיווח הוא לאחר 7 ימים יש לציין סיבה _____
 כן לא

פרטי הנפגע

פרטי המוסד החינוכי שבו לומד התלמיד

מספר הזהות (כולל ספרת ביקורת) [] [] [] [] [] [] [] []
 שם המשפחה: _____ השם הפרטי: _____
 שם האב: _____ שם האם: _____
 מין הנפגע: ז' נ' תאריך הלידה: ____/____/____
 היישוב: _____ הרחוב: _____ המספר: _____
 המיקוד: _____ מספר הטלפון בבית: _____ הכיתה: _____

סמל המוסד [] [] [] [] [] [] שם המוסד: _____
 שם המנהל/ת-גננת: _____
 המעמד המשפטי: רשמי/מוכר/פטור _____
 הדוא"ל: _____
 היישוב: _____ הרחוב: _____ המספר: _____
 המיקוד: _____ מס' הטלפון: _____ מס' הפקס: _____

נסיבות התאונה	סוג הפעילות	חלק הגוף הנפגע	מקום התאונה	סוג המוסד
<input type="checkbox"/> נפילה	<input type="checkbox"/> הפסקה	<input type="checkbox"/> ראש	<input type="checkbox"/> כיתה	<input type="checkbox"/> גן
<input type="checkbox"/> התחשמלות	<input type="checkbox"/> חינוך גופני	<input type="checkbox"/> עיניים	<input type="checkbox"/> אולם התעמלות	<input type="checkbox"/> יסודי
<input type="checkbox"/> כוויה	<input type="checkbox"/> טיול	<input type="checkbox"/> פנים	<input type="checkbox"/> חדר מלאכה	<input type="checkbox"/> חט"ב
<input type="checkbox"/> הרעלת חומ"ס	<input type="checkbox"/> שיעור	<input type="checkbox"/> שיניים	<input type="checkbox"/> סדנה	<input type="checkbox"/> תיכון עיוני
<input type="checkbox"/> בליעת עצם זר	<input type="checkbox"/> שיעור מקצועי	<input type="checkbox"/> גפיים עליונות	<input type="checkbox"/> פירוט: _____	<input type="checkbox"/> תיכון מקצועי
<input type="checkbox"/> פגיעה מרכב	<input type="checkbox"/> אחר, פרט:	<input type="checkbox"/> גפיים תחתונות	<input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____	<input type="checkbox"/> בי"ס חקלאי
<input type="checkbox"/> פגיעה מדלת		<input type="checkbox"/> אצבעות	<input type="checkbox"/> מעבדה	<input type="checkbox"/> פנימייה
<input type="checkbox"/> החלקה		<input type="checkbox"/> חזה	<input type="checkbox"/> מסדרון	<input type="checkbox"/> מוסדות תורניים
<input type="checkbox"/> דקירה		<input type="checkbox"/> גב	<input type="checkbox"/> שירותים	<input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____
<input type="checkbox"/> טביעה		<input type="checkbox"/> גוף	<input type="checkbox"/> מדרגות	
<input type="checkbox"/> עקיצה/נשיכה		<input type="checkbox"/> צוואר	<input type="checkbox"/> חצר	
<input type="checkbox"/> אחר, פרט:		<input type="checkbox"/> אבר מין	<input type="checkbox"/> מגרש ספורט	
		<input type="checkbox"/> בטן		

תיאור התאונה (סמן - ימולא ע"י מנהל/ת המוסד מפי התלמיד/הורה/אחר; יש לציין עובדות בלבד)

דיווח למנהל/ת/גננת על ידי: שם המשפחה: _____ השם הפרטי: _____ התפקיד: _____ הכתובת: _____ מס' הטלפון: _____

העדים לתאונה (אם היו יש למלא את פרטיהם)

שם המלא	התפקיד	המען	טלפון/נייד
1			
2			
3			

מחנך/ת מורה שנכח במקום התאונה

שם המלא	התפקיד	המען	טלפון/נייד
1			
2			

טיפול רפואי בנפגע במוסד החינוכי

שם המטפל	התפקיד	בוצע פינוי באמצעות	הוזמן אמבולנס	אשפוז אם ידוע	לווה על ידי	התפקיד	השעה
		כן / לא	כן / לא	כן / לא			

מסירת הודעה למשפחה כן/לא במידה ולא צויין יש לציין סיבה

התאריך	השעה	שם מקבל ההודעה	הקשר לנפגע	שם מוסר ההודעה	התפקיד

סיבה לאי מסירת ההודעה: _____

חתימת המנהל/ת/גננת בלבד _____ תאריך _____