

טופס הודעה על תביעה – אחריות מעבידים

(על ידי קבלת טופס זה אין החברה מודה באחריות)

בעל הפוליסה

שם המבוטח		כתובת	
סוג העסק		מס' פוליסיה	
מספר וסיווג עובדים	(א)	(ב)	(ג)
שכר העבודה	(א)	(ב)	(ג)

הנפגע

שם משפחה		שם פרטי		כתובת	
מצב משפחתי	גיל	מקצוע	ת.ז.		

1. ממתני מועסק הנפגע על ידך?	
2. האם היה מועסק ישירות על ידך (אם לא, ציין פרטי קבלן המשנה או גורם אחר)	
3. השכר ששילמת לו (חודשי, שבועי, יומי וכו') במשך 3 חודשים לפני תאריך התאונה	
4. התאריך והזמן של התאונה	
5. פרטים על הפגיעה (פרט את חלקי הגוף שנפגעו, לציין אם מצד ימין, שמאל וכו')	
6. מה היה סוג העבודה שהתנהלה?	
7. סוג העבודה שבה עבד הניזוק	
8. האם הוא עבד בעבודתו הרגילה?	
9. איך אירעה התאונה, תן פרטים מלאים על המקרה	
10. האם הובל הביתה או לבית החולים?	
11. שם הרופא או המוסד שהגיש עזרה ראשונה	
12. שם הרופא המטפל בנפגע	
13. האם הנפגע נמצא בבית החולים או יצא ומתי?	
14. האם הוא שב לעבודה ומתי?	
15. (א) האם קיימות הוראות קבע לעובדים, האם הובאו לידיעת הנפגע?	
(ב) האם הודרך הנפגע בעבודתו זו וע"י מי?	
16. האם התנהג הניזוק לפני האסון שלא כשורה או שעשה במזיד דברים או ברשלנות?	
17. האם נגרמה התאונה באשמתו של אדם אחר? אם כן, נקוב בשם האיש, שם מעבידו ומקצועו	
18. האם עבדו במקום גורמים נוספים? אם כן, נא פרט	
19. האם התאונה נגרמה ע"י מכונה? מדוע לא נמנעה ע"י שמירה או גידור?	
20. האם היה איזה ליקוי בבניין ובציוד (מחוץ למכונות)? אם כן, פרט	
21. שמות אנשים שהיו עדי ראיה לתאונה ופרטיהם	

22. שם המפקח על העבודה		
23. האם הייתה חקירה ע"י מפקח ממשרד העבודה, המשטרה ו/או גורם מוסמך אחר? (ציין פרטים)		
24. האם הודיע לביטוח לאומי? ואם כן, ציין לאיזה סניף ותאריך הודעה		
אנו מצהרים בזה שהפרטים דלעיל הם נכונים ואמתיים ולא הסתרנו מן החברה איזו אינפורמציה שהיא קשורה בתביעה זו.		
תאריך	שם ושם משפחה	חתימת המעביד או בא כוחו

יש לצרף לטופס זה העתק טופס התביעה שהוגשה לביטוח לאומי.