

## הודעה על תביעה - חבות מעבידים - דוח תאונת עבודה

### א. פרטי המבוטח

|   |  |                 |  |
|---|--|-----------------|--|
| שם המבוטח   |  | מספר זהות/תאגיד |  |
| שם המטפל בביטוח   |  | מספר טלפון      |  |
| מספר הפקס   |  | מספר טלפון נייד |  |
| כתובת המבוטח  |  |                 |  |
| אני מבקש לעדכן כתובת דואר אלקטרוני להתקשרות עימי לצרכי תביעה זו:  |  |                 |  |
| סוג העסק  |  | מספר הפוליסה    |  |
| האם הנך אזרח ותיק (מעל גיל 67)?<br><input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן במידה וצוין כן, אנא ציין תאריך לידה מלא: _____ |  |                 |  |

### ב. פרטי הנפגע

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| שם המשפחה  |  | שם הפרטי   |  |
| כתובת הנפגע  |  | מספר הזהות   |  |
| תאריך התחלת ההעסקת הנפגע על-ידיך   |  | תאריך הלידה  |  |
| הנפגע הוא:<br><input type="radio"/> חבר משק <input type="radio"/> שכיר <input type="radio"/> עובד קבלן <input type="radio"/> עובד חברת כוח-אדם <input type="radio"/> גוף אחר |  | התפקיד/המקצוע  |  |
| אם הנפגע אינו מועסקת על-ידיך ישירות, רשום את פרטי המעביד הישיר:<br>תלושי שכר של 3 החודשים שקדמו לתאונה):   |  | שכר הנפגע (חודשי, יומי, אחר), (יש לצרף תלושי שכר של 3 החודשים שקדמו לתאונה): |  |

### ג. פרטי הנפגע

|   |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| תאריך התאונה  |  | שעת התאונה   |  | מקום התרחשות התאונה                                |  | סוג העבודה   |  |
| רשום פרטים מלאים של נסיבות המקרה/התאונה:  |  |  |  |  |  |  |  |
| פרטים על הפגיעה (חלקי גוף אשר נפגעו):   |  |  |  |  |  |  |  |
| מהמידע הראשוני הקיים האם לדעתך מדובר בתאונה?<br><input type="radio"/> קלה <input type="radio"/> בינונית <input type="radio"/> קשה<br>היעדרות צפויה של פחות מ-10 ימים היעדרות צפויה של עד חודש ימים היעדרות צפויה של חודש ימים ויותר |  |  |  |  |  |  |  |
| שם הרופא או המוסד הרפואי שהגיש את העזרה הראשונה:  |  | שם הרופא או המוסד הרפואי שהגיש את העזרה הראשונה:   |  | האם הנפגע נמצא עדיין בבית חולים?                   |  | האם הנפגע אושפז בבית-חולים?                        |  |
| שמות האנשים שהיו עדי ראיינה למקרה:  |  | שמות האנשים שהיו עדי ראיינה למקרה:                 |  | האם הנפגע נמצא עדיין בבית חולים?                   |  | האם הנפגע נמצא עדיין בבית חולים?                   |  |
| האם נערכה חקירה על-ידי מפקח משרד העבודה או המשטרה?  |  | האם נערכה חקירה על-ידי מפקח משרד העבודה או המשטרה? |  | האם נערכה חקירה על-ידי מפקח משרד העבודה או המשטרה? |  | האם נערכה חקירה על-ידי מפקח משרד העבודה או המשטרה? |  |
| האם נמסרה על-ידכם הודעה למוסד לביטוח לאומי?   |  | האם נמסרה על-ידכם הודעה למוסד לביטוח לאומי?        |  | האם נמסרה על-ידכם הודעה למוסד לביטוח לאומי?        |  | האם נמסרה על-ידכם הודעה למוסד לביטוח לאומי?        |  |

### לתשומת לבכם

א. יש למלא דוח זה ולשלוח אותו לביטוח חקלאי לא יאוחר מ-14 ימים ממועד קרות התאונה ואין להמתין לחזרת העובד לעבודה/לקבלת התעודות הרפואיות/לקבלת אישורי המוסד לביטוח לאומי וכדומה. אם כבר מצויים ברשותכם האישורים הללו נודה לכם על צירופם לדוח זה.

**במקרה של תאונות חמורות או קטלניות, יש לדווח על-כך מיידית בפקס או בטלפון.**  
 רצוי לשמור ברשותכם עותק מדוח זה.

ב. לגבי נפגעי עבודה בתאונות דרכים רגילות (מתנגשות ו/או התהפכות בנסיעה בכבישים מחוץ לשטחי המפעל/המשק) אין צורך לדווח בטופס זה וכן יש להעביר הודעה מתאימה למבטחי הרכב.

ג. לגבי תאונות הקשורות בפירוק ובטעינה של רכב חונה ולגבי תאונות הקשורות במלגוזות, טרקטורים, רכב חלקאי ממונע וציוד דומה, יש למלא טופס זה ולציין בסעיף של נסיבות התאונה לעיל, את מספר הרישוי של הכלי וכן את פרטי ביטוח החובה המלאים שלו.

דיווח מקביל יש לשלוח למבטחי כלי הרכב בביטוח חובה.



חתימת המעביד  
 או בא-כוחו

שם מלא של

המעביד או בא-כוחו

תאריך