

## טופס תביעה – אחריות מעבידים

סניף/מחוז: \_\_\_\_\_ מס' הפוליסה: \_\_\_\_\_ איש קשר: \_\_\_\_\_  
שם הסוכן: \_\_\_\_\_ מס' הסוכן: \_\_\_\_\_ טל. \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_

אין בקבלת טופס זה משום הודאה באחריות החברה.

### פרטי המעביד

שם בעל הפוליסה: \_\_\_\_\_  
כתובת המפעל: \_\_\_\_\_ טל. \_\_\_\_\_  
המקום בו ארעה התאונה: \_\_\_\_\_  
סוג המפעל: \_\_\_\_\_  
 הנפגע עובד ישיר תחת השגחתי  
 הנפגע עובד תחת רשותו של קבלן משנה – פרט שם וכתובת: \_\_\_\_\_  
קיים הסכם עם קבלן המשנה?  כן  נא לצרף העתק הסכם, פוליסת קבלן המשנה, חברת הביטוח בה בוטח, אישור ביטוח ראשוני)  
לא

### פרטי הנפגע

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך תחילת עבודה: \_\_\_\_\_ עובד זר   
שם קופת חולים: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_  
מין:  ז  נ גיל: \_\_\_\_\_ מצב משפחתי:  רווק  נשוי  גרוש  אלמן   
שכר חודשי בזמן התאונה: \_\_\_\_\_ ממוצע שכר ב-6 החודשים האחרונים (חצי שנה): \_\_\_\_\_  
מקצועו (תיאור מדוייק ככל האפשר): \_\_\_\_\_

### פרטי התאונה

תאריך התאונה: \_\_\_\_\_ תאריך הפסקת עבודה: \_\_\_\_\_ תאריך חזרה לעבודה: \_\_\_\_\_  
 כן – לאותו מקום עבודה  לא – למקום עבודה אחר (ציין מעביד וכתובת)  לא חזר לעבודה  
תיאור מלא של התאונה: \_\_\_\_\_

האם התאונה ארעה במפעל?  לא  כן האם בדרך לעבודה?  לא  כן אחר: \_\_\_\_\_  
האם התאונה נגרמה ע"י מכונה?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_  
א. שם המכונה והחלק שגרם לתאונה: \_\_\_\_\_  
תוצרת: \_\_\_\_\_ שנת ייצור: \_\_\_\_\_ יבואן / ממי נרכשה ומתי? \_\_\_\_\_  
ב. האם המכונה מונעת בכוח מכני?  לא  כן

### מהות החבלה

מהות הפגיעה ואברי הגוף שנפגעו – צד ימין או צד שמאל (נא צרף תעודות רפואיות): \_\_\_\_\_  
האם סבל בעברו ממוגבלות או כאבים דומים?  לא  כן, פרט היכן טופל ומתי: \_\_\_\_\_  
תוצאות הפגיעה:  מוות  נכות לצמיתות  איבוד זמני של כושר עבודה  המשך לעבוד  פנה לקופת חולים  
 פנה לבית חולים – ציין איזה: \_\_\_\_\_  הביתה

## פרטי הנפגע

האם יש חשד כלשהו שהעובד היה במצב של שכרון בעת התאונה?  לא  כן

האם הפר העובד בשעת התאונה איזה מתקנות נותן העבודה או הוראותיו?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

האם התאונה נגרמה ע"י פגם כלשהו במכונות או בכלים?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

שם המפקח על העבודה: \_\_\_\_\_

שמות עדי הראיה למקרה: \_\_\_\_\_

האם הוגשה תביעה למוסד לביטוח לאומי?  לא  כן, פרט לאיזה סניף: \_\_\_\_\_

האם נמסרה הודעה למשרד העבודה?  לא  כן

נא לצרף העתקי תעודות רפואיות המתייחסות לתאונה.

## הצהרה

אני/ו מצהיר/ים בזה שלפי מיטב ידיעתי/נו ואמונתנו/נו נמסרו ההצהרות דלעיל במלואן ובאופן נכון, וכי אני/ו לא העלמתי/נו כל עובדה בעלת חשיבות בדבר התאונה או העובד הניזוק.

הנני מבקש כי תביעת צד ג' שתוגש נגדי תטופל על ידי החברה ותיושב עפ"י שיקול דעתה. כן, הנני מתחייב להעביר השתתפות עצמית עפ"י תנאי הפוליסה מיד עם קבלת הדרישה. הנני מתחייב בזה להעביר מיידית לחברה כל הודעה/הזמנה/בקשה או תביעה שאקבל בקשר לתאונה זו. כמו כן, הנני מצהיר כי כל הפרטים דלעיל נכונים ומדויקים.



חתימת המבוטח: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_