

עסק בריא - דיווח אירוע פגיעה

מועסק בתפקיד		שם פרטי ושם משפחה		מס' זהות		ס"ב	אני הח"מ
במקום	בשעה	ביום	<input type="radio"/> חליתי <input type="radio"/> נחבלתי <input type="radio"/> נפגעתי	מזהיר בזאת כי (סמן ב-X)			
<input type="radio"/> תאונה בעבודה <input type="radio"/> בדרך לעבודה או ממנה <input type="radio"/> תאונת דרכים או ספורט <input type="radio"/> קטטה <input type="radio"/> שירות צבאי.							
תיאור האירוע:							
בעבר <input type="radio"/> סבלתי <input type="radio"/> לא סבלתי מהאבחנה המצוינת בתעודת המחלה המצורפת. במקרה של תאונת דרכים יש לציין את פרטי כלי הרכב.							
האם מסרת על פגיעתך לגורם נוסף, פרט: <input type="radio"/> משטרה <input type="radio"/> חברת ביטוח <input type="radio"/> רשות אחרת (שם כתובת ותאריך)							
שעה	בתאריך	<input type="radio"/> רופא <input type="radio"/> מרפאה <input type="radio"/> בית חולים		אל מי ומתי פנית לקבלת עזרה רפואית, פרט:			
מי נכח בשעת פגיעתך:		שם משפחה ופרטי		כתובת			
<input type="radio"/> מצורפות תעודות רפואיות (סמן X וצרף תעודות רפואיות)		עד יום	מיום	כתוצאה מהאירוע נעדרתי מעבודתי			

הצהרה והתחייבות

הנני מצהיר כי הנתונים שנמסרו על ידי נכונים ומדויקים וכי ידוע לי כי אם ימצאו כלא נכונים תישלל זכאותי לתשלום דמי מחלה בגין תקופה זו.
 היה ויסתבר כי עקב הפגיעה כאמור הנני זכאי לקבלת פיצוי מגורם אחר, הנני מתחייב כלפיכם לתבוע את הגורם האחר בגין היעדרותי מהעבודה.
 הריני מתחייב להחזיר לכם את מלוא הסכומים שתשלמו / או ששילמתם לי בגין הפגיעה בצירוף הפרשי הצמדה וריבית כחוק אך אם אבחר לא לנקוט בהליכים משפטיים עפ"י התחייבותי. החזרת הכספים תיעשה תוך 14 יום מיום שאקבל את הפיצוי מהגורם האחר.
 הנני נותן לכם בזאת הוראה בלתי חוזרת לנכות מסכומים שיגיעו לי, או לבאים מכוחי, לרבות כספי גמלאות, מענקים או החזרת כספים את הסכומים ששולמו כאמור במקרה שאפר את התחייבותי כאמור.

תאריך	שם משפחה ופרטי	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת המצהיר
-------	----------------	--

אישור חתימה

הריני מאשר כי הנ"ל חתם על ההצהרה וההתחייבות בנוכחותי.

שם פרטי ומשפחה	תפקיד בחברה	<input checked="" type="checkbox"/> חתימה
----------------	-------------	---