

## טופס תביעה – ביטוח חבות מעבידים

מס' לקוח \_\_\_\_\_

שם המבוטח \_\_\_\_\_

1. פוליסה מס' \_\_\_\_\_
2. שם הנפגע \_\_\_\_\_ ת.ז. מס' \_\_\_\_\_  
גיל \_\_\_\_\_ כתובת מגורים \_\_\_\_\_
3. תאריך האירוע: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_
4. מקום האירוע: \_\_\_\_\_
5. תפקיד העובד: \_\_\_\_\_
6. האם העובד הועסק באופן ישיר או ע"י קבלן משנה? \_\_\_\_\_  
(אם הקבלן משנה, **נא לצרף ההסכם בין המבוטח לבין קבלן המשנה**)
7. שמו + תפקידו של מנהלו הישיר של הנפגע \_\_\_\_\_
8. ממתי החל לעבוד אצל המעביד? \_\_\_\_\_ מתי שב לעבודה? \_\_\_\_\_
9. מה היתה משכורתו האחרונה של העובד בטרם התאונה? \_\_\_\_\_
10. תאור מפורט של סיבות הנזק וסיבותיו: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. שמות ופרטי העדים לאירוע \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. האם גורם נוסף אחראי לאירוע? נא פרט שמו המלא \_\_\_\_\_
13. האם הנפגע הובהל לבית החולים או לביתו / קופ"ח? (פרטי בית החולים) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. האם נמסרה הודעה למוסד לביטוח לאומי? \_\_\_\_\_
15. האם נמסרה הודעה למשרד העבודה / למשטרה? \_\_\_\_\_
16. הנזק הנטען/טיב הפגיעה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

• **נא לצרף כל המסמכים הרלבנטיים שבידכם.**

יד חרוצים 18, נתניה | מחלקת תביעות | טלפון - 076-8622352 | פקס - 076-8843381

דוא"ל: [liabilities@shirbit.co.il](mailto:liabilities@shirbit.co.il)