

**טופס תביעה - אחריות מעבידים**

אין בקבלת טופס זה משום הודאה באחריות החברה.

**פרטי המעביד**

שם בעל הפוליסה	מס' פוליסה
טל. בעבודה	טל. נייד

דוא"ל (לכתובת מייל זו ישלחו הדיוורים ממנורה) \* \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

\* במידה והינך מעוניין לקבל דיוורים בדרך אחרת, נא סמן את הדרך הרצויה:

פקס שמספרו \_\_\_\_\_   
  דואר ישראל (יש להזין רק במידה ושונה מהכתובת שצוינה מעלה) \_\_\_\_\_  
 במידה והינך מיוצג ע"י עו"ד, המכתבים ישלחו למען העו"ד בלבד.

כתובת המפעל או המקום שבו אירעה התאונה:

מהות פעילות המבוטח \_\_\_\_\_  
 הנפגע עובד ישר תחת השגחתי בתפקיד \_\_\_\_\_  
 הנפגע עובד תחת רשותו של קבלן משנה - פרט שם וכתובת ועיסוק. וכן, צרף פרטי הביטוח וכל ההסכמים הקיימים \_\_\_\_\_

**פרטי הנפגע**

שם	תעודת זהות	מקצוע	תאריך תחילת עבודה	טלפון נייד
מין: <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה    גיל _____	מצב משפחתי <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן			
השתכרות החודשים בזמן תאונה _____ ש"ח    ממוצע השתכרות אצלי ב-6 חודשים האחרונים (חצי שנה) _____ ש"ח				

**עדי ראיה**

תאריך התאונה	תאריך הפסקת עבודה	תאריך חזרה לעבודה
--------------	-------------------	-------------------

תיאור מלא של התאונה, איך קרה ולמה?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 האם התאונה נגרמה ע"י מכונה?  לא     כן, פרט \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**עדי ראיה**

שם	כתובת	טלפון

**מהות החבלה**

מהות הפגיעה ואברי הגוף שנפגעו - צד ימין או צד שמאל (נא צרף תעודות רפואיות)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תוצאות הפגיעה:  מוות  נכות לצמיתות  איבוד זמני של כושר עבודה

לאן נשלח?  המשיר לעבוד  לקופת חולים  לבית חולים - ציין איזה \_\_\_\_\_  הביתה

**כללי**

האם יש חשד כלשהו שהעובד היה במצב 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 / ממונה בטיחות (יש לצרף כל הסכם רלוונטי) \_\_\_\_\_

האם הוגשה תביעה לביטוח 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 ואמונת/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 וכן, הנני מתחייב להעביר את ההשתתפות העצמית 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 נותן העבודה X \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_