

טופס תביעה - אחריות מעבידים

על ידי קבלת טופס זה אין החברה מודה באחריות.

בעל הפוליסה			
שם המבוטח		כתובת	
סוג העסק		מס' פוליסה	
מספר וסיווג העובדים	(א)	(ב)	(ג)
שכר העבודה	(א)	(ב)	(ג)

הנפגע	
שם משפחה	שם פרטי
מצב משפחתי	גיל
1. ממתי מועסק הנפגע על ידך?	מקצוע
2. האם היה מועסק ישירות על ידך (אם לא, ציין פרטי קבלן המשנה או גורם אחר)	ס"ב
3. השכר ששילמת לו (חודשי, שבועי, יומי וכו') במשך 3 חודשים לפני תאריך התאונה	ת.ד.
4. התאריך והזמן של התאונה	שעה
5. פרטים על הפגיעה (פרט את חלקי הגוף שנפגעו, לציין אם מצד ימין, שמאל וכו')	
6. מה היה סוג העבודה שהתנהלה?	
7. סוג העבודה שבה עבד הניזוק	
8. האם הוא עבד בעבודתו הרגילה?	
9. איך אירעה התאונה, תן פרטים מלאים על המקרה	
10. האם הובל הביתה או לבית החולים?	לאיזה בית חולים?
11. שם הרופא או המוסד שהגיש עזרה ראשונה	
12. שם הרופא המטפל בנפגע	
13. האם הנפגע נמצא בבית החולים או יצא ומת?	
14. האם הוא שב לעבודה ומת?	
15. (א) האם קיימות הוראות קבע לעובדים, האם הובאו לידיעת הנפגע?	
(ב) האם הודרך הנפגע בעבודתו זו וע"י מי?	
16. האם התנהג הניזוק לפני האסון שלא כשורה או שעשה במזיד דברים או ברשלנות?	
17. האם נגרמה התאונה באשמו של אדם אחר? אם כן, נקוב בשם האיש, שם מעבידו ומקצועו	
18. האם עבדו במקום גורמים נוספים? אם כן, בא פרט	
19. האם התאונה נגרמה ע"י מכוונה? מדוע לא נמנעה ע"י שמירה או גידור?	
20. האם היה איזה ליקוי בבנין ובציוד (מחוץ למכונות)? אם כן, פרט	
21. שמות אנשים שהיו עדי ראיה לתאונה ופרטיהם	
22. שם המפקח על העבודה	
23. האם היתה חקירה ע"י מפקח ממושרד העבודה, המשטרה ו/או גורם מוסמך אחר? (ציין פרטים)	
24. האם הודיע לביטוח לאומי? ואם כן, ציין לאיזה סניף ותאריך הודעה	

יש לצרף לטופס זה העתק טופס התביעה שהוגשה לביטוח לאומי

אנו מצהירים בזה שהפרטים דלעיל הם נכונים ואמיתיים ולא הסתרנו מן החברה איזו אינפורמציה שהיא הקשורה בתביעה זו.

<input checked="" type="checkbox"/> חתימת המעביד או בא כוחו	תאריך
---	-------

הערות

--