

## טופס תביעה - אחריות מעבידים

ע"י קבלת טופס זה אין החברה מודה באחריותה

הסוכן:	מס' פוליסה:	מס' תביעה:
--------	-------------	------------

### בעל הפוליסה

שם המבוטח \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_  
 הכתובת \_\_\_\_\_  
 סוג העסק \_\_\_\_\_ מס' הפוליסה \_\_\_\_\_  
 מספר וסווג העובדים א. \_\_\_\_\_ ב. \_\_\_\_\_ ג. \_\_\_\_\_ ס"ה \_\_\_\_\_  
 שכר עבודה א. \_\_\_\_\_ ב. \_\_\_\_\_ ג. \_\_\_\_\_ ס"ה \_\_\_\_\_

### הנפגע

שם המשפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_  
 הכתובת \_\_\_\_\_  
 המצב המשפחתי \_\_\_\_\_ הגיל \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_  
 המקצוע \_\_\_\_\_

1. ממתי מועסק הנפגע על ידך? \_\_\_\_\_
2. האם היה מועסק ישר על ידך או ע"י קבלן משנה או ע"י מישהו אחר? \_\_\_\_\_
3. השכר ששלמת לו (חודשי, שבועי, יומי וכו') משך 3 חודשים לפני תאריך התאונה \_\_\_\_\_
4. התאריך והזמן של התאונה \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_
5. פרטים על הפגיעה (לפרט את חלקי הגוף שנפגעו, לציין אם מצד ימין, שמאל וכו') \_\_\_\_\_
6. מה היתה סוג העבודה שהתנהלה? \_\_\_\_\_
7. סוג העבודה שבה עבד הניזוק \_\_\_\_\_
8. האם עבד בעבודתו הרגילה? \_\_\_\_\_
9. איך אירעה התאונה, תן פרטים מלאים על המקרה \_\_\_\_\_

10. הובהל הביתה או לבית חולים \_\_\_\_\_  
לאיזה בית חולים \_\_\_\_\_
11. שם הרופא או המוסד שהגיש את העזרה הראשונה \_\_\_\_\_
12. שם הרופא המטפל בנפגע \_\_\_\_\_
13. האם הנפגע נמצא בבית חולים או יצא ומתי? \_\_\_\_\_
14. האם הוא שב לעבודתו ומתי? \_\_\_\_\_
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 באשמתו של אדם אחר? אם כן, נקוב בשם האיש ואת שם מעבידו ומקצועו \_\_\_\_\_
18. האם התאונה נגרמה ע"י מכונה? מדוע לא נמנעה ע"י שמירה או גידור? \_\_\_\_\_
19. האם היה איזה ליקוי בבנין ובציוד (מחוץ למכונות)? אם כן, תן פרטים \_\_\_\_\_
20. שמות האנשים שהיו עדי ראיה למקרה וכתובתם \_\_\_\_\_
21. האם היתה חקירה ע"י מפקח ממשרד העבודה, או המשטרה, ו/או אנשים מוסמכים אחרים? ולאיזה סניף? \_\_\_\_\_
23. האם הודיעו לביטוח לאומי? ואם כן, ציין לאיזה סניף ותאריך ההודעה \_\_\_\_\_

**יש לצרף לטופס זה העתק טופס התביעה שהוגשה לביטוח הלאומי.**

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המעביד או בא כוחו \_\_\_\_\_

הערות \_\_\_\_\_