



## הודעה על תביעה - חבות מעבידים - דוח תאונת עבודה

### א. פרטי המבוטח

|                 |                     |                 |
|-----------------|---------------------|-----------------|
| שם המבוטח       | מספר זהות/תאגיד     | כתובת המבוטח    |
| שם המטפל בביטוח | מספר הטלפון         | מספר טלפון נייד |
| מספר הפקס       | כתובת דואר אלקטרוני | @               |
| סוג העסק        | מספר הפוליסה        |                 |

### ב. פרטי הנפגע

|                                    |  |  |             |
|------------------------------------|--|--|-------------|
| שם המשפחה                          | שם הפרטי   | מספר הזהות   | תאריך הלידה |
| כתובת הנפגע                        | התפקיד/המקצוע  |  |             |
| תאריך התחלת ההעסקת הנפגע על-ידיך   | הנפגע הוא  | <input type="radio"/> שכיר <input type="radio"/> עובד קבלן <input type="radio"/> עובד חברת כוח-אדם <input type="radio"/> גוף אחר |             |
| אם הנפגע אינו מועסקת על-ידיך       | שכר הנפגע (חודשי, יומי, אחר), (יש לצרף תלושי שכר של 3 החודשים שקדמו לתאונה): |  |             |
| ישירות, רשום את פרטי המעביד הישיר: |  |  |             |

### ג. נסיבות התאונה ופרטיה

|  |  |  |            |
|--|--|--|------------|
| תאריך התאונה                                       | שעת התאונה   | מקום התרחשות התאונה/   | סוג העבודה |
| רשום פרטים מלאים של נסיבות המקרה/התאונה:           |  |  |            |
| פרטים על הפגיעה (חלקי גוף אשר נפגעו):              |  |  |            |
| מהמידע הראשוני הקיים האם לדעתך מדובר בתאונה?       | <input type="radio"/> קלה <input type="radio"/> בינונית <input type="radio"/> קשה  | היעדרות צפויה של עד חודש ימים <input type="radio"/> היעדרות צפויה של חודש ימים ויותר <input type="radio"/>                           |            |
| שם הרופא או המוסד הרפואי שהגיש את העזרה הראשונה:   | האם הנפגע אושפז בבית-חולים? <input type="radio"/> כן, שם: <input type="radio"/> לא | האם הנפגע שב לעבודה מלאה/חלקית? <input type="radio"/> לא, חזרתו צפויה בתאריך: <input type="radio"/> כן בתאריך: <input type="radio"/> |            |
| שמות האנשים שהיו עדי ראיה למקרה:                   |  |  |            |
| האם נערכה חקירה על-ידי מפקח משרד העבודה או המשטרה? | <input type="radio"/> כן, על-ידי: <input type="radio"/>                            | בתאריך: <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>   |            |
| האם נמסרה על-ידיכם הודעה למוסד לביטוח לאומי?       | <input type="radio"/> כן, לסניף: <input type="radio"/>                             | בתאריך: <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>   |            |

### לתשומת לבכם

א. יש למלא דוח זה ולשלוח אותו ל"ביטוח חקלאי לא יאוחר מ-14 ימים ממועד קרות התאונה ואין להמתין לחזרת העובד לעבודה/לקבלת התעודות הרפואיות/לקבלת אישורי המוסד לביטוח לאומי וכדומה. אם כבר מצויים ברשותכם האישורים הללו נודה לכם על צירופם לדוח זה.

**במקרה של תאונת חמורות או קטלניות, יש לדווח על-כך מיידית בפקס או בטלפון.**

רצוי לשמור ברשותכם עותק מדוח זה.

ב. לגבי נפגעי עבודה בתאונות דרכים רגילות (מתנגשות ו/או התהפכות בנסיעה בכבישים מחוץ לשטחי המפעל/המשק) אין צורך לדווח בטופס זה וכן יש להעביר הודעה מתאימה למבטחי הרכב.

ג. לגבי תאונות הקשורות בפירוק ובעיניה של רכב חונה ולגבי תאונות הקשורות במלגזות, טרקטורים, רכב חלקאי ממונע וציוד דומה, יש למלא טופס זה ולציין בסעיף של נסיבות התאונה לעיל, את מספר הרישוי של הכלי וכן את פרטי ביטוח החובה המלאים שלו.

דיווח מקביל יש לשלוח למבטחי כלי הרכב בביטוח חובה.