

הודעה על תביעה - חבות מעבידים - דוח תאונת עבודה

א. פרטי המבוטח

שם המבוטח		מספר זהות/תאגיד	
שם המטפל בביטוח		מספר טלפון	
מספר הפקס		מספר טלפון נייד	
כתובת המבוטח			
אני מבקש לעדכן כתובת דואר אלקטרוני להתקשרות עימי לצרכי תביעה זו:			
סוג העסק		מספר הפוליסה	
האם הנך אזרח ותיק (מעל גיל 67)? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן במידה וצויין כן, אנא ציין תאריך לידה מלא: _____			

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"/> חבר משק <input type="radio"/> שכיר <input type="radio"/> עובד קבלן <input type="radio"/> עובד חברת כוח-אדם <input type="radio"/> גוף אחר <input type="radio"/>	
אם הנפגע אינו מועסקת על-ידיך ישירות, רשום את פרטי המעביד הישיר:		שכר הנפגע (חודשי, יומי, אחר), (יש לצרף תלושי שכר של 3 החודשים שקדמו לתאונה):	

ג. פרטי הנפגע

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 <input type="radio"/>			
היעדרות צפויה של פחות מ-10 ימים		היעדרות צפויה של עד חודש ימים	
היעדרות צפויה של חודש ימים ויותר		היעדרות צפויה של חודש ימים ויותר	
שם הרופא או המוסד הרפואי שהגיש את העזרה הראשונה:	שם הרופא או המוסד הרפואי שהגיש את העזרה הראשונה:	האם הנפגע אושפז בבית-חולים?	האם הנפגע אושפז בבית-חולים?
האם הנפגע נמצא עדיין בבית חולים?	האם הנפגע נמצא עדיין בבית חולים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
שמות האנשים שהיו עדי ראיינה למקרה:	שמות האנשים שהיו עדי ראיינה למקרה:	שם: _____	שם: _____
האם נערכה חקירה על-ידי מפקח משרד העבודה או המשטרה?	האם נערכה חקירה על-ידי מפקח משרד העבודה או המשטרה?	כן <input type="radio"/> על-ידי: _____	כן <input type="radio"/> על-ידי: _____
האם נמסרה על-ידכם הודעה למוסד לביטוח לאומי?	האם נמסרה על-ידכם הודעה למוסד לביטוח לאומי?	כן <input type="radio"/> לסניף: _____	כן <input type="radio"/> לסניף: _____

לתשומת לבכם

א. יש למלא דוח זה ולשלוח אותו לביטוח 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 תאונות 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 ובענינה 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.



חתימת המעביד
או בא-כוחו

שם מלא של

המעביד או בא-כוחו

תאריך