

הודעה על תביעה - חבות מעבידים דוח תאונת עבודה



ביטוח חקלאי

א. פרטי המבוטח.

שם המבוטח.	מספר זהות/תאגיד	כתובת המבוטח.
שם המטפלת/בטיח	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
אני מבקשת/לעדכן כתובת דואר אלקטרוני להתקשרות עימי לצרכי תביעה זו:		
סוג העסק	מספר הפוליסה	
האם הנך אזרחית ותיק (מעל גיל 67)? ☐ לא ☐ כן במידה וצוין כן, אנא ציין תאריך לידה מלא: _____		

ב. פרטי הנפגע.

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	תאריך הלידה
כתובת הנפגע.		התפקיד/המקצוע	
תאריך התחלת ההעסקת הנפגע על-ידיך		הנפגע הוא: ☐ חבר משק ☐ שכיר ☐ עובד קבלן ☐ עובדת חברת כוח-אדם ☐ גוף אחר	
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?			
קלה ☐	בינונית ☐	קשה ☐	היעדרות צפויה של עד חודש ימים
שם הרופא או המוסד הרפואי שהגיש את העזרה הראשונה:		שם: ☐ כן ☐ לא	
האם הנפגע נמצא עדיין בבית החולים?		האם הנפגעת שבה לעבודה מלאה/חלקית?	
☐ כן ☐ לא, שוחרר בתאריך: _____		☐ כן, בתאריך: _____ ☐ לא, חזרה צפויה בתאריך: _____	
שמות האנשים שהיו עדי ראיינה למקרה:			
האם נערכה חקירה על-ידי מפקח/משרד העבודה או המשטרה?			
☐ כן, על-ידי: _____ בתאריך: _____ ☐ לא			
האם נמסרה על-ידכם הודעה למוסד לביטוח לאומי?			
☐ כן, לסניף: _____ בתאריך: _____ ☐ לא			

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 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 ובטעינה של רכב חונה ולגבי תאונות הקשורות במלגוזות, 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.



המשך בעמוד 2

ביטוח חקלאי אגודה שיתופית מרכזית בע"מ

רח' מיטב 11, תל אביב 6789812 | www.bth.co.il | מרכז שירות ותביעות 8088 * או ב WhatsApp 03-5632888 | servicebth@bth.co.il



הצהרה

בעצם העברת המידע לטיפולנו, התובעת מאשרת ומסכימה כי נמסר ו/או יימסר מידע אישי אודותיו/יה ו/או אודות צדדים שלישיים (להלן: "מידע") - לביטוח חקלאי - אגודה שיתופית מרכזית בע"מ (להלן: "האגודה" או "ביטוח חקלאי"), בין בעצמו/ה ובין באמצעות מי מטעמו/ה ו/או מי מטעמה של ביטוח חקלאי, לרבות באמצעות סוכן ביטוח או כל גורם אחר. התובעת מאשרת שהוא/היא מורשה למסור את המידע, וכי מסירתו של המידע היא לפי כל דין.

ידוע לתובעת שהמידע שימסור/תמסור ושיאסף במסגרת בירור התביעה והטיפול בה, ישמר במאגרי המידע של האגודה ויעובד על ידי האגודה, לצורך כל עניין הנוגע לבירור התביעה ולטיפול בתביעה, ולמטרות המפורטות במדיניות הפרטיות שלה הזמינה ב- www.bth.co.il.

הובהר לתובעת כי המידע עשוי להיות מועבר למטרות אלה גם לסוכן/ הביטוח המטפל/ים בפוליסה, לצדדים שלישיים הנוגעים לבירור ולטיפול בתביעות, וכן לגורמים נוספים כמפורט במדיניות הפרטיות של הקבוצה (כגון: ספקי מערכות מידע, רשויות מוסמכות).

התובעת מאשרת כי התביעה מוגשת והמידע נמסר לפי בחירתה. ומרצונה. החופשי. לצד זאת, ידוע לתובעת כי לצורך טיפול בתביעה ולבירור חבות האגודה על פי הפוליסה, עליו/ה למסור מידע ומסמכים הדרושים לבירור החבות, מתוקף הוראות הדין. הובא לידיעתה כי סירוב למסירת מידע כאמור עלול להביא לכך שלא ניתן יהיה לברר את התביעה, ועלול אף להוביל לכך שהתביעה תידחה.

הובהר לתובעת שפירוט אודות האיסוף, השימוש, השמירה וההעברה של המידע, וכן אופן מימוש זכויותיה. לעיון ולתיקון המידע לפי הדין, ואופן הפנייה בכל בקשה מצידו/ה בנושא, מופיעים במדיניות הפרטיות של האגודה, הזמינה ב- www.bth.co.il.

אופן קבלת הודעות ומסמכים בקשר לבירור התביעה

ידוע לתובעת כי באפשרותה לקבל הודעות ומסמכים מהאגודה בקשר לבירור התביעה באחת מדרכי התקשורת הבאות, לפי בחירתה:

○ דואר ישראל.

○ דואר אלקטרוני, מסרונים.

בהיעדר סימון, ההודעות והמסמכים יישלחו אל התובעת בדרך שתבחר האגודה.

חתימת המעביד/ה
או בא-כוחו

שם מלא של המעביד/ה
או בא-כוחו

תאריך