הודעה על תביעה - חבות מעבידים
דוח תאונת עבודה

ביטוח חקלאי

א. פרטי המבוטח.ת

שם המבוטח.ת	מספר זהות/תאגיד	כתובת המבוטח.ת	
שם המטפל.ת בביטוח	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר הפקס
אני מבקש.ת לעדכן כתובת דואר אלקטרוני להתקשרות עימי לצרכי תביעה זו:			
סוג העסק		מספר הפוליסה	
האם הנך אזרח.ית ותיק (מעל גיל 67)? ☐ לא ☐ כן במידה וציין כן, אנא ציין.י תאריך לידה מלא:			

ב. פרטי הנפגע.ת

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	תאריך הלידה
כתובת הנפגע.ת		התפקיד/המקצוע	
תאריך התחלת ההעסקת הנפגע על-ידך	הנפגע הוא: ☐ חבר משק ☐ שכיר ☐ עובד קבלן ☐ עובד.ת חברת כוח-אדם ☐ גוף אחר		
אם הנפגע אינו מועסקת על-ידך ישירות, רשום את פרטי המעביד הישיר:		שכר הנפגע (חודשי, יומי, אחר), (יש לצרף תלושי שכר של 3 החודשים שקדמו לתאונה):	

ג. פרטי הנפגע.ת

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** היעדרות צפויה של פחות מ-10 ימים	☐ **בינונית** היעדרות צפויה של עד חודש ימים	☐ **קשה** היעדרות צפויה של חודש ימים ויותר
שם הרופא או המוסד הרפואי שהגיש את העזרה הראשונה:	האם הנפגע.ת אושפז.ה בבית-חולים?	☐ **כן,** שם: ☐ **לא**	
האם הנפגע נמצא עדיין בבית החולים?	☐ **כן** ☐ **לא,** שוחרר בתאריך:	האם הנפגע.ת שב.ה לעבודה מלאה/חלקית?	☐ **כן,** בתאריך: ☐ **לא,** חזרה צפויה בתאריך:
שמות האנשים שהיו עדי ראייה למקרה:			
האם נערכה חקירה על-ידי מפקח.ת 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 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.

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

08-082-10-04 1/2 Y610

הודעה על תביעה - חבות מעבידים
דוח תאונת עבודה

ביטוח חקלאי

הצהרה

בעצם העברת המידע לטיפולנו, התובע.ת מאשר.ת ומסכים.ה 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. התובע.ת מאשר.ת שהוא/היא מורשה למסור את המידע, וכי מסירתו של המידע היא לפי כל דין.

ידוע לתובע.ת שהמידע שימסור/תמסור ושייאסף 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 לתובע.ת כי המידע עשוי להיות מועבר למטרות אלה גם לסוכן/י הביטוח המטפל/ים בפוליסה, לצדדים שלישיים הנוגעים לבירור ולטיפול בתביעות, וכן לגורמים נוספים כמפורט במדיניות הפרטיות של הקבוצה (כגון: ספקי מערכות מידע, רשויות מוסמכות).

התובע.ת מאשר.ת כי התביעה מוגשת והמידע נמסר לפי בחירתו.ה ומרצונו.ה החופשי. לצד זאת, ידוע לתובע.ת כי לצורך טיפול בתביעה ולבירור חבות האגודה על פי הפוליסה, עליו.ה למסור מידע ומסמכים הדרושים לבירור החבות, מתוקף הוראות הדין. הובא לידיעתו.ה כי סירוב למסירת מידע כאמור עלול להביא לכך שלא ניתן יהיה לברר את התביעה, ועלול אף להוביל לכך שהתביעה תידחה.

הובהר לתובע.ת שפירוט אודות האיסוף, השימוש, השמירה וההעברה של המידע, וכן אופן מימוש זכויותיו.ה 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 לתובע.ת כי באפשרותו.ה לקבל הודעות ומסמכים מהאגודה בקשר לבירור התביעה באחת מדרכי התקשורת הבאות, לפי בחירתו.ה:

- ☐ דואר ישראל.
- ☐ דואר אלקטרוני, מסרונים.

בהיעדר סימון, ההודעות והמסמכים יישלחו אל התובע.ת בדרך שתבחר האגודה.

תאריך		חותמת המבוטח	
חתימת המבוטח או בא-כוחו			

08-082-10-04 2/2 Y610