

שם המבוטח
מספר הזהות/ח"פ
העיסוק
שם סוכן הביטוח
מספר הפוליסה

## הודעה בגין פגיעה בעבודה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

### א. פרטי הנפגע

שם המשפחה	שם הפרטי	מספר הזהות	תאריך הלידה
שם הרחוב	מספר הבית	שם היישוב	המיקוד
מספר הטלפון	מספר הטלפון	מספר הטלפון	מספר הטלפון
תאריך התחלת העבודה אצל המבוטח	תפקידו	מעמד העובד	<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> קבלן

### ב. פרטים במקרה של תאונה

שעת התאונה	תאריך התאונה	נסיבות התאונה:
האם העובד פעל על-פי נוהלי העבודה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא פרט:		
שם מלא של עד הראייה	מספר הטלפון	שם מלא של עד הראייה
מספר הטלפון	מספר הטלפון	מספר הטלפון

### ג. מהות הפגיעה

תיאור הפגיעה	האם פונה לבידחולים
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם חזר לעבודה?	האם חזר לאותו היקף משרה?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
<input type="checkbox"/> כן, פרט: ←	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

### ד. מחלת מקצוע

המחלה / הפגיעה	תקופת העבודה של הנפגע בשירותכם	תאריך התחלת הביטוח ב"כלל"
מתאריך _____ עד תאריך _____	01/____/20____	
פרטי המבטחים	המבטח	מספר הפוליסה
ב-10 השנים האחרונות:		התקופה

### ה. פרטים נוספים

האם נמסרה הודעה לביטוח לאומי?	האם האירוע נחקר על-ידי משרד העבודה?	האם האירוע נחקר על-ידי המשטרה?	מספר התיק במשטרה
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

### אנשים נוספים המעורבים באירוע:

שם	התפקיד	מספר הטלפון
_____	_____	_____
שם	התפקיד	מספר הטלפון
_____	_____	_____

לטופס זה יש לצרף כל פרט ו/או מסמך העשויים לסייע לחברה בבדיקתה את הנושא.

מצורפים:

\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה

תאריך \_\_\_\_\_

שם ממלא הטופס \_\_\_\_\_

התפקיד \_\_\_\_\_

חתימה וחותמת החברה/הסוכן