



טופס תביעה – ביטוח חבות מעבידים

מס' לקוח _____
שם המבוטח _____

1. פוליסה מס' _____
2. שם הנפגע _____ ת.ז מס' _____
גיל _____ כתובת מגורים _____
3. תאריך הארוע: _____ שעה: _____
4. מקום הארוע: _____
5. מקצוע העובד: _____
6. האם העובד הועסק באופן ישיר או על ידי קבלן משנה?
(אם קבלן משנה, נא לצרף ההסכם בין המבוטח לבין קבלן המשנה)
7. שמו + תפקידו של מנהלו הישיר של הנפגע _____
8. ממתני החל לעבוד אצל המעביד? _____ מתי שב לעבודה?
9. מה היתה משכורתו האחרונה של העובד בטרם התאונה?
10. תאור מפורט של סיבות הנזק ונסיבותיו

11. שמות ופרטי העדים לארוע

12. האם הנפגע הובהל לבית החולים או לביתו/ קופ"ח? (פרטי בית החולים)

13. מתי שוחרר מבית החולים? _____
14. האם נמסרה הודעה למוסד לביטוח לאומי? _____
15. האם נמסרה הודעה למשרד העבודה/למשטרה? _____
16. הנזק הנטען/טיב הפגיעה: _____

תאריך: _____

חתימה

* נא לצרף כל המסמכים רלבנטיים שבידיכם