

טופס תביעה – ביטוח חבות מעבידים

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

 11. שמות ופרטי העדים לאירוע _____

 12. האם גורם נוסף אחראי לאירוע? נא פרט שמו המלא _____
 13. האם הנפגע הובהל לבית החולים או לביתו / קופ"ח? (פרטי בית 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 הרלבנטיים שבידכם.**