

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. ממתי 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 .**