

שם המבוטח
מספר הזהות/ח"פ/עוסק מורשה
שם סוכן הביטוח

הודעה על נזקי גוף לצד שלישי במסגרת פוליסת קבלנים

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

א. פרטי הפוליסה

פוליסה קבלנית מספר	שם הפרויקט	כתב כיסוי מספר	מתאריך
שם הרחוב	מספר הבית	שם היישוב	המיקוד
האם קיימת ברשותך או לטובתך פוליסה נוספת (רכוש/צד שלישי/מעבידים) בחברתנו/בחברת ביטוח אחרת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		שם החברה	
האם קיימת למעורבים בפרויקט פוליסה נוספת בחברתנו/בחברת ביטוח אחרת, נא רשום את שם החברה ואת מספר הפוליסה:		שם החברה	
מעורבותך בפרויקט הספציפי (יום/מזמין/קבלן ראשי/קבלן משנה):		שם מנהל הפרויקט	
שם מפקח הפרויקט	מספר הטלפון	שם איש קשר	מספר הטלפון

ב. פרטי התאונה/האירוע

תאריך התאונה/האירוע	השעה
נסיבות התאונה/האירוע:	

ג. פרטי הנפגע

שם המשפחה	שם הפרטי	מספר הזהות	תאריך הלידה
שם הרחוב	מספר הבית	שם היישוב	מספר הטלפון
פרטי המעסיק של הנפגע			
האם העובד פעל על-פי נוהלי העבודה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, נא פרט:			
תגובתך לאירוע:			
שם מלא של עד הראייה	מספר הטלפון	שם מלא של עד הראייה	מספר הטלפון

ד. מהות הפגיעה

האם חזר לאותו תפקיד?	תאריך החזרה לעבודה	האם פונה לבית-חולים?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

ה. מעורבות גורמים ממשלתיים

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	

ו. פרטים נוספים

האם האירוע נבדק על-ידי גורם פנימי מטעמך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		האם האירוע נבדק על-ידי גורם חיצוני? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, רשום שם:	
אנשים חיצוניים נוספים המעורבים באירוע:			
שם	התפקיד	מספר הטלפון	
שם	התפקיד	מספר הטלפון	

ז. פרטי איש קשר מטעמך

שם	התפקיד	מספר הטלפון	מספר הטלפון הנייד

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

חתימת בעל הפוליסה

חתימת וחותמת החברה/הסוכן

מצורפים:

תאריך

שם מלא הטופס

התפקיד