



יש להעביר את כל המסמכים הנדרשים לשם טיפול מהיר ויעיל בתביעתך. ייתכן כי בעת הטיפול בתביעה יידרשו מסמכים נוספים

שם הסוכן	מספר הסוכן
מדור	תא סוכן

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

דוח מעסיק בדבר תאונה

טופס מספר 959

א. פרטי המעסיק		שם המעסיק / החברה	שם פרטי	מספר זהות / ח"פ / ח"צ	מספר תביעה
כתובת המפעל או המקום בו אירע התאונה		שם קבלן משנה (קיים)		כתובת המפעל	
מספר טלפון		מהות המפעל			
		כתובת קבלן משנה			

ב. פרטי העובד		שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
גיל	מין	תאריך לידה	שם משפחה	מספר זהות
ג □ א □ נ □ ר □	נ □ ז □			
מזב משפחתי	תאריך התחלת עבודה	מיקוד	כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב)	
שכר העובד בזמן התאונה (ברוטו)	מקצוע העובד ותפקידו (נא פרט ככל האפשר)	שכר ממוצע בשנה האחרונה או בחודשי העבודה אם עבד פחות משנה		

ג. פרטי האירוע		שעת התאונה	תאריך התאונה
מתי חזר לעבוד (למילוי אם חזר)	מתי הפסיק לעבוד	שעת התאונה	תאריך התאונה
תיאור מלא של הפגיעה, הסיבות והגורמים:			
<p>האם התאונה נגרמה על-ידי מכונה? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> נא פרט: _____</p> <p>האם המכונה מונעת בכוח מכני? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> _____</p> <p>האם המכונה מונעת בכוח מכני? _____</p> <p>מהות הפגיעה ותוצאותיה: א. מוות <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> ב. נכות לצמיתות: _____ ג. אובדן זמני של כושר עבודה, פרט: _____</p> <p>האם קיים חשד לפיו העובד היה נתון במצב של שכרות בעת התאונה? _____</p> <p>האם הפר העובד בשעת התאונה איזו תקנה או הוראה של נותן העבודה או של מקום העבודה? _____</p> <p>האם התאונה נגרמה על-ידי פגם כלשהו במכונות או בכלים? אם כן, פרט: _____</p> <p>שם המפקח על העבודה: _____ שמות העדים למקרה: _____</p> <p>האם הוגשה תביעה למוסד לביטוח לאומי? אם כן, לאיזה סניף? _____</p> <p>האם נמסרה הודעה למשרד העבודה לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> _____</p>			

(מהדורה 11.2014)

ד. הצהרת המעסיק	
אני המעסיק החתום מטה, מצהיר בזה שלמיטב ידיעתי נמסרו ההצהרות שלעיל במלואן ובמדוייק, ולא העלמתי כל עובדה בעלת חשיבות בדבר התאונה או העובד הניזוק.	

חתימת המעסיק (נותן העבודה) *

תאריך

