



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

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

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

(מחזורת 07.2025)





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 |

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.

ידוע לי כי המידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור (ביחד להלן: "המידע") יישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן (ביחד להלן: "קבוצת מגדל") ו/או ישותף ביניהם, ויעובד בהתאם לשימושים המנויים במדיניות הפרטיות שנזכרת להלן, לרבות בכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות של פוליסות, תוכניות ו/או מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין.

אני מאשר שהמידע נמסר מרצוני ובהסכמתי ולא חלה עלי חובה חוקית למסור אותו. כמו כן, ידוע לי כי אי מסירת המידע תמנע מקבוצת מגדל את היכולת לספק לי את השירותים באופן מיטבי.

אני מאשר כי המידע יועבר לצדדים שלישיים לצורך המטרות הנ"ל, לרבות לסוכני ביטוח, בעלי רישיון, ספקים, מבטחי משנה, גורמים מתפעלים ונותני שירותים.

ידוע לי כי בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981, הנני רשאי לעיין במידע שמנוהל לגביי, וכי יש לי את הזכות לבקש את תיקונו אם נמצא כי אינו שלם או מעודכן. בבקשה למימוש זכות העיון, ניתן לפנות למוקד קשרי הלקוחות באמצעות טלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני mokedbi@migdal.co.il. מדיניות הגנת הפרטיות זמינה עבורך בכתובת <https://www.migdal.co.il/support/privacy-and-data-security> או באפליקציית מגדל.

חתימת
המעסיק
(נותן העבודה) ★

תאריך

