

נספח א'

מס' תאונה : _____
(מולא ע"י ממונה הביטוח)

חטיבת משאבי אנוש ומינהל



טופס דיווח תאונת עבודה

* טופס זה אינו בא במקום טופס ב"ל 211 (הודעה על פגיעה בעבודה)

מרחב/אגף : _____ יח' : _____ אתר עבודה : _____

פרטי הנפגע

ימולא ע"י העובד/מנהל העבודה

עובד קק"ל (כן / לא) שם פרטי _____ שם משפחה _____ מס' עובד _____ ת.ז. _____
מין (ז / נ) תאריך לידה _____ מצב משפחתי _____ כתובת _____ טל' _____ - _____
נייד _____ - _____ חבר בקופ"ח _____ תחילת עבודה _____ תפקיד _____
עובדי קבלן : שם חב' כ"א _____ כתובת חברה _____ טל' _____ - _____ נייד _____ - _____ .

פרטי התאונה

ימולא ע"י מנהל/מנהל העבודה

תאריך התאונה _____/_____/____ שעה _____ התחיל לעבוד בשעה _____ הפסיק לעבוד בשעה _____ מקום התאונה _____
תאור מקום התאונה _____

עדים _____ טל' _____ , _____ , _____ נייד _____ , _____ , _____ - _____
טל' _____ , _____ , _____ נייד _____ , _____ , _____ - _____
דיווח ראשוני נמסר ל- _____ תפקיד _____ בשעה _____ טיפול ראשוני באתר ניתן ע"י _____
בשעה _____ פרוט הטיפול ופינויי העובד _____

טופס ב"ל 250 לקבלת עזרה ראשונה נמסר ע"י _____ תפקיד _____ תאריך _____/_____/____
עיסוק העובד בשעת התאונה (כלים, חומרים, מכונות, נסיעה וכו') _____

ותק בעיסוק (בשנים) _____
תאור התאונה _____

האיבר שניפגע _____

אמצעי מיגון אישי בהם השתמש העובד _____

פרוט האמצעים שננקטו למניעת התאונה _____

הערות _____

שם האחראי הישיר _____ תפקיד _____ טל' _____ נייד _____ - _____