

לכבוד  
קרן ביטוח ופנסיה לפועלים חקלאים (בניהול מיוחד)  
אגף קופ"ג  
ת.ד. 7279 ת"א, 61072

## כתב הצהרה והתחייבות

אני הח"מ \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ מועסק בתפקיד \_\_\_\_\_  
מצהיר בזאת כי: נפגעי / נחבלתי / חליתי (הקף בעיגול)  
ביום \_\_\_\_\_ בשעה: \_\_\_\_\_ במקום: \_\_\_\_\_  
**בנסיבות:** תאונה בעבודה / בדרך לעבודה או ממנה / תאונת דרכים או ספורט / קטטה /  
שרות בצבא או כל שרות אחר / פעולות מלחמה או איבה / צד ג' (הקף בעיגול)  
תאור: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

בעבר סבלתי / לא סבלתי מהאבחנה המצויינת בתעודת המחלה המצ"ב.

האם מסרת על פציעתך לגורם נוסף, פרט: \_\_\_\_\_  
משטרה / חברת ביטוח / רשות אחרת

אל מי פנית לקבלת עזרה רפואית, פרט: \_\_\_\_\_  
שם בי"ח / מרפאה / רופא \_\_\_\_\_ תאריך ושעה \_\_\_\_\_

מי נכח בשעת פגיעתך: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_  
שם פרטי ומשפחה

כתוצאה מהארוע נעדרתי מעבודתי מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_

**כתוצאה מהאירוע תבעתי / לא תבעתי תשלום פיצויים (סמן בעיגול):** \_\_\_\_\_

הנני מצהיר כי הנתונים שנמסרו על ידי נכונים ומדוייקים וכי ידוע לי כי באם ימצאו כלא נכונים תישלל זכאותי לתשלום דמי מחלה בגין תקופה זו.  
היה ויסתבר כי עקב הפגיעה כאמור הנני זכאי לקבלת פיצוי מגורם אחר, הנני מתחייב כלפיכם לתבוע את הגורם האחר בגין העדרותי מהעבודה.  
הריני מתחייב להחזיר לכם את מלוא הסכומים שתשלמו/שילמתם לי בגין הפגיעה, בצירוף הפרשי הצמדה וריבית על פי חוק פסיקת ריבית, אף אם אבחר לא לנקוט בהליכים משפטיים על פי התחייבותי.  
החזרת הכספים תעשה תוך 14 יום מיום שאקבל את הפיצוי מגורם אחר.  
הנני נותן לכם בזאת הוראה בלתי חוזרת לנכות מסכומים שיגיעו לי או לבאים מכוחי, לרבות כספי גמלאות, מענקים או החזרת כספים, את הסכומים ששולמו לי כאמור במקרה שאפר את התחייבותי כאמור.

### יפוי כח וויתור על סודיות רפואית

הריני נותן בזאת לקרן ביטוח לפועלים חקלאים ולכל עובד מטעמה יפוי כח והרשאה לפנות למוסד לביטוח לאומי ולקבל כל מידע מכל מין וסוג הקשור לכל תביעה או הליך של הכרה בתאונת עבודה ופגיעה בעבודה שארעו לי, לרבות מסמכים, החלטות, פרוטוקולים של ועדה רפואית ומידע מלא ושלם על התשלומים שמשלם לי המוסד לביטוח לאומי עקב כך.

אני מוותר בזאת על סודיות רפואית של המוסד לביטוח לאומי כלפי קרן ביטוח לפועלים חקלאים בקשר לכל מידע שימסר לקרן ביטוח לפועלים חקלאים עפ"י יפוי כח וכתב הרשאה זה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם משפחה ופרטי \_\_\_\_\_ חתימת המצהיר \_\_\_\_\_