



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה

## שאלון למעסיק על אירוע הדבקה בקורונה

### חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים							
0	1								

לידיעתך, מרבית המקרים של הידבקות במחלת הקורונה הם בבית ובשעות הפנאי. יחד עם זאת, מי שנדבק בקורונה בסבירות גבוהה במקום העבודה – יכול להיות מוכר כנפגע עבודה. כדי למנוע עיכובים מיותרים בטיפול בתביעה, חשוב למלא את השאלון ולצרף את האישורים הנדרשים לכך שקיימת סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה.

לתשומת לב, השאלון הינו חלק מהמסמכים שיש לצרף לתביעה לדמי פגיעה ואינו מחליף את טופס התביעה (בל/211).

### הודעה ועדכונים על ההדבקה בקורונה במקום העבודה

1

שם משפחה של העובד	שם פרטי של העובד	מספר זהות ב"ס
<b>פרטי ממונה הקורונה במקום העבודה</b>		
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס
טלפון	דואר אלקטרוני:	
	_____@_____	
<p>האם מבוצע תשאול על ידי ממונה קורונה במקום העבודה?</p> <p><input type="checkbox"/> כן, נא לצרף את התחקיר שבוצע לגבי העובד.</p> <p><input type="checkbox"/> לא, הסיבה לאי ביצוע התשאול _____</p>		
<p>האם אתם מקבלים הודעות על הימצאותו של חולה קורונה במקום העבודה?</p> <p><input type="checkbox"/> כן, נא לסמן את המקור: <input type="checkbox"/> משרד הבריאות <input type="checkbox"/> מסרון <input type="checkbox"/> אחר _____ - נא לצרף צילום ההודעה <input type="checkbox"/> לא.</p>		
<p>האם אתם מדווחים באתר משרד הבריאות על כניסתו של העובד לבידוד?</p> <p><input type="checkbox"/> כן – נא לצרף העתק ההודעה לגבי העובד. <input type="checkbox"/> לא.</p>		
<p>האם בוצעה במקום העבודה חקירה אפידמיולוגית על יד משרד הבריאות?</p> <p><input type="checkbox"/> כן – נא לצרף העתק החקירה. <input type="checkbox"/> לא.</p>		
<p>האם מלבד העובד, ידוע על חולי קורונה נוספים במקום העבודה?</p> <p><input type="checkbox"/> כן – נא לצרף את רשימת העובדים החולים ומועד הבדיקה החיובית של כל אחד. <input type="checkbox"/> לא.</p>		

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

2

## פרטים על אירוע ההדבקה של העובד

למיטב ידיעתך, מתי אובחן העובד כחולה קורונה? \_\_\_\_\_

באיזה אופן נחשף העובד לחולה מאומת והיכן? (נא לציין כתובת מקום ההדבקה) \_\_\_\_\_

באלו תאריכים ושעות שהו ביחד? \_\_\_\_\_

למשך כמה זמן שהו יחד? \_\_\_\_\_

האם חבשו מסכה בזמן השהות המשותפת?  כן  לא

נא לציין את פרטי המדביק המשוער:  עובד  לקוח  ספק  אחר, נא פרט \_\_\_\_\_

יש לציין את פרטיו המלאים: שם \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ מס' טל' \_\_\_\_\_

האם ידוע לך על הידבקות נוספות בקרב בני משפחה, חברים קרובים של העובד?

כן, פרט \_\_\_\_\_

לא.

מתי דיווח לך העובד על ההדבקה? \_\_\_\_\_ נא לצרף הודעה.

האם אובחנו חולים מאומתים במקום העבודה בשבועיים שקדמו לאבחון או כניסתו לבידוד של העובד?

כן – נא לציין את פרטי העובדים \_\_\_\_\_

לא.

האם אובחנו חולים מאומתים במקום העבודה בשבועיים שלאחר אבחון או כניסתו לבידוד של העובד?

כן – נא לציין את פרטי העובדים \_\_\_\_\_

לא.

האם להערכתך קיימת סבירות גבוהה כי העובד נדבק במקום העבודה?

כן – נא פרט מדוע \_\_\_\_\_

לא – נא פרט מדוע \_\_\_\_\_

**נא לצרף את כל המידע שברשותך אשר מעיד כי הידבקותו של העובד היא עקב חשיפה לחולה מאומת במקום העבודה.**

3

## פרטים על תקופת אי כושר לעבודה

מהו המועד שבו המבוטח הפסיק להגיע לעבודה בשל מחלת הקורונה? \_\_\_\_\_

האם לפני האבחנה, העובד שהה בבידוד?  כן, ממת?  לא

האם העובד חזר לעבודה?  כן, ציין תאריך חזרה \_\_\_\_\_  לא

**יש לצרף צילום מדו"ח הנוכחות לחודש שבו נדבק העובד.**

4

## הצהרה

אני מצהיר כי הפרטים שמסרתי לעיל נכונים.

ידוע לי כי מסירת פרטים שאינם נכונים או העלמת מידע, מהווים עבירה על החוק.

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_

חתימה \* \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

חתימת ממונה קורונה \* \_\_\_\_\_

נא הקפד להשיב על כל השאלות שבטופס. בכדי שניתן יהיה לקבל החלטה בתביעה בהקדם.

ללא תשובותיך, לא נוכל להמשיך בטיפול בתביעה.