



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

שאלון על אירוע הדבקה בקורונה לעובד שכיר

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).

1

פרטים על אירוע ההדבקה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
<p>מתי ביצעת בדיקת קורונה ראשונה? _____</p> <p>מי הפנה אותך לביצוע הבדיקה? _____</p> <p>קופת חולים <input type="checkbox"/> מד"א <input type="checkbox"/> בית חולים <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> _____</p> <p>מדוע הפנית לביצוע הבדיקה? _____</p> <p>נא לצרף את כל תוצאות בדיקות הקורונה שביצעת, כולל תאריכי הבדיקות.</p> <p>באיזה תאריך אובחנת כחולה קורונה? _____</p> <p>מיהו החולה ממנו נדבקת והיכן? _____</p> <p>באילו ימים ושעות שהית ליד חולה הקורונה? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>האם חבשת מסכה בזמן השהות המשותפת? _____</p> <p><input type="checkbox"/> כן .</p> <p><input type="checkbox"/> לא.</p> <p>האם ישנם קרובים או אנשים שאיתם באת במגע מחוץ לעבודה שאובחנו כחולי קורונה? _____</p> <p><input type="checkbox"/> כן – יש לרשום את פרטי הנדבקים ומועד הבדיקה החיובית הראשונה של כל אחד מהם. (אם ניתן – יש לצרף תוצאות בדיקה של הקרובים).</p> <p><input type="checkbox"/> לא.</p>		

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

פרטי ממונה הקורונה במקום העבודה

שם פרטי	שם משפחה
---------	----------

דואר אלקטרוני:	טלפון																				
_____@_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																				

האם בוצע תשאול על ידי ממונה קורונה במקום העבודה?
 כן, נא לצרף את התחקיר שבוצע.
 לא, הסיבה לאי ביצוע התשאול _____

האם קבלת הודעה על החשיפה לחולה?
 כן, נא לסמן את המקור: מעסיק אפליקציית "המגן" מסרון אחר _____
 - נא לצרף צילום ההודעה
 לא.

באיזה תאריך נודע לך כי שהית בקרבת חולה קורונה מאומת? _____
 מתי דיווחת למעסיק על ההדבקה? _____ נא לצרף את ההודעה.

האם דיווחת על כניסה לבידוד באתר משרד הבריאות?
 כן, נא לצרף העתק ההודעה
 לא. מדוע לא דיווחת? _____

האם בוצעה חקירה אפידמיולוגית על ידי משרד הבריאות?
 כן – נא לצרף העתק החקירה.
 לא.

3

פרטים על תקופת אי כושר לעבודה

מהו המועד שבו הפסקת להגיע לעבודה בשל מחלת הקורונה? _____
 האם לפני האבחנה, שהית בבידוד? כן, ממתי? _____ לא

האם חזרת לעבודה? כן, ציין תאריך חזרה _____ לא
יש לצרף צילום מדו"ח הנוכחות לחודש שבו נדבקת.

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 _____

כדי להבטיח את הטיפול בתביעתך, נא הקפד להשיב על כל השאלות שבטופס.
 ללא תשובותיך, לא ניתן יהיה לטפל בתביעה..
 לידיעתך, ניתן לשלוח את הטופס באמצעות אתר הביטוח הלאומי.