



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	

1 הודעה ועדכונים על ההדבקה בקורונה במקום העבודה

שם משפחה של העובד	שם פרטי של העובד	מספר זהות ב"ס

פרטי ממונה הקורונה במקום העבודה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס
טלפון	דואר אלקטרוני:	
	_____@_____	

האם מבוצע תשאול על ידי ממונה קורונה במקום העבודה?

כן, נא לצרף את התחקיר שבוצע לגבי העובד.

לא, הסיבה לאי ביצוע התשאול _____

האם אתם מקבלים הודעות על הימצאותו של חולה קורונה במקום העבודה?

כן, נא לסמן את המקור: משרד הבריאות מסרון אחר _____ - נא לצרף צילום ההודעה

לא.

האם אתם מדווחים באתר משרד הבריאות על כניסתו של העובד לבידוד?

כן – נא לצרף העתק ההודעה לגבי העובד.

לא.

האם בוצעה במקום העבודה חקירה אפידמיולוגית על ידי משרד הבריאות?

כן – נא לצרף העתק החקירה.

לא.

האם מלבד העובד, ידוע על חולי קורונה נוספים במקום העבודה?

כן – נא לצרף את רשימת העובדים החולים ומועד הבדיקה החיובית של כל אחד.

לא.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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 לאבחונו או כניסתו לבידוד של העובד?
 כן – נא לציין את פרטי העובדים _____
 לא.

האם אובחנו חולים מאומתים במקום העבודה בשבועיים שלאחר אבחונו 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.

פרטים על תקופת אי כושר לעבודה

מהו המועד שבו המבוטח הפסיק להגיע לעבודה בשל מחלת הקורונה? _____
 האם לפני האבחנה, העובד שהה בבידוד? כן, ממתי? _____ לא
 האם העובד חזר לעבודה? כן, ציין תאריך חזרה _____ לא
 יש לצרף צילום מדו"ח הנוכחות לחודש שבו נדבק העובד.

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.