



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

**שאלון על אירוע הדבקה
בקורונה לעובד שכיר**

<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> </tr> <tr> <td colspan="11">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="11">סוג המסמך</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="11">דפים</td> </tr> </table>												מס' זהות / דרכון																						סוג המסמך											0	1										דפים											לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון																																																																			
סוג המסמך																																																																			
0	1																																																																		
דפים																																																																			

חותמת קבלה

פרטים על אירוע ההדבקה		1
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
<p>מתי ביצעת בדיקת קורונה ראשונה? מי הפנה אותך לביצוע הבדיקה? <input type="checkbox"/> קופת חולים <input type="checkbox"/> מד"א <input type="checkbox"/> בית חולים <input type="checkbox"/> אחר מדוע הופנית לביצוע הבדיקה? נא לצרף את כל תוצאות בדיקות הקורונה שביצעת, כולל תאריכי הבדיקות.</p>		
<p>באיזה תאריך אובחנת כחולה קורונה? מיהו החולה ממנו נדבקת והיכן? באילו ימים ושעות שהית ליד חולה הקורונה? האם חבשת מסכה בזמן השהות המשותפת? <input type="checkbox"/> כן . <input type="checkbox"/> לא.</p>		
<p>האם ישנם קרובים או אנשים שאיתם באת במגע מחוץ לעבודה שאובחנו כחולי קורונה? <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). <input type="checkbox"/> לא.</p>		

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

פרטי ממונה הקורונה במקום העבודה

שם משפחה	שם פרטי
----------	---------

טלפון	דואר אלקטרוני: _____@_____
-------	-------------------------------

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.