

T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
İŞKAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU

EK:7

1-İşyeri Bilgileri

Bağlı bulunduğu İl :	Sicil No:				
Vergi Dairesi ve Numarası:	Tel:	Fax:			
İşyerinin Unvanı ve Adresi :					
İşçi Sayısı:	Erkek	Kadın	Çocuk	Stajyer-çırak	Terör mağduru
	Özürlü	Hükümlü	Eski Hük.		Genel Toplam

2- Kazazede veya Kazazedelerin / Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Hastaneye Sevk edilenin

Adı Soyadı:	Cinsiyeti: E K	Doğum Tarihi : .../.../.....				
T.C. Kimlik No:	SSK Sicil No:					
Bağ-Kur Sicil No:						
İşe Giriş Tarihi : .../.../.....	Medeni Hali: Evli Bekar Dul					
Öğrenim Durumu :	Okur yazar	Okur Yazar Değil	İlköğretim	Orta öğretim		
	Yüksek Okul	Üniversite	Y. Lisans	Doktora		
İstihdam durumu:	5510 S.K 4-a	Daimi	Mevsimlik	Geçici	Eski Hükümlü	Hükümlü
		Özürlü	Ödünç çalışan		Terör Mağduru	Stajyer-Çırak
		Alt işverene ait çalışan				Diğer
	5510 S.K 4-b	Kendi adına ve hesabına				

Çalışma Şekli :	Tam zamanlı	Kısmi zamanlı	Diğer
Prim ödeme hali: sona erdi	sona ermedi	Sona erdi ise; erdiği tarih : .../.../.....	
Son bir yıl içindeki toplam ücretli izin gün sayısı:	Son işyerine giriş tarihi: .../.../.....		
Esas İş (Mesleği) :	Uyruğu (Yabancı ise ülke adı):		
İşçinin 1. derece yakınının	: Adı Soyadı	Açık Adresi.....	
	

İş kazası Halinde Doldurulacaktır

3	Kaza Tarihi : .../.../.....	Kaza Gününde İşbaşı Saati :	Kazanın saati :
4	Kaza Anında Yaptığı İş :		
5	Kazanın sebebi:	Kaza sonucu iş göremezliği	Var Yok Derhal ölüm
6	Yaranın türü:		

7	Yaranın Vücuttaki Yeri:	
8	İşyerinin büyüklüğü:	
9	Çalışılan Ortam:	
10	Çalışılan çevre:	
11	Kaza Anında Kazazedenin Yürütmekte Olduğu Genel Faaliyet:	
12	Kazadan Az Önceki Zamanda Kazazedenin Yürüttüğü Özel Faaliyet:	
13	Olayı Normal Seyrinden Saptıran Kazaya Sebebiyet Veren Olay (Sapma):	
14	Yaralanmaya Sebep Olan Hareket (Olay):	
15	Özel Faaliyet Sırasında Kullandığı Materyal (Araç):	
16	Sapmaya Sebep Veren Materyal (Araç):	
17	Yaralanmaya Sebep Olan Hareket Sırasında Kullanılan Materyal (Araç):	
18	Kazayı Gören :Var Yok	Şahitlerin Adresi
	Şahitlerin Adı Soyadı : Şahitlerin imzası :	
19	Kazanın Oluş Şeklini ve Sebebini Açıklayınız :	

Meslek Hastalığı Halinde Doldurulacaktır

20	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi Tarihi:	21-Düzenlenme tarihi:/.../..... İşveren veya Vekilinin Adı Soyadı ve İmzası e-posta adresi:
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Sevk edilenin Çalıştığı Bölüm / İş :	
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesinin Türü:	
	Meslek Hastalığının Saptanma Şekli: Periyodik Muayene İle Diğer Üst Kurum Sevki İle Meslek Hast. Hast.	

Not: a) İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını kazadan sonraki üç iş günü içinde ve tespit edilecek meslek hastalığını ise öğrendiği günden başlayarak üç iş günü içinde Sosyal Güvenlik İl/Merkezi Müdürlüğüne bildirmekle yükümlüdürler.(5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Md.13, Md.14)

b) İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını ve tespit edilecek meslek hastalığını en geç iki iş günü içinde yazılı olarak T. C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Bölge Müdürlüğüne bildirmek zorundadır. (4857 sayılı İş Kanunu md. 77) Bu bildirim zamanında yapmayan işverenlere aynı kanunun 105 inci Maddesi uyarınca idari para cezası uygulanır.

c) 1, 2 ve 21 inci bölümler hem kaza hemde meslek hastalığı bildiriminde, 3 ile 19 uncu bölümler sadece kaza bildiriminde, 20 nci bölüm ise sadece meslek hastalığı bildiriminde doldurulacaktır.

d) 5,6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, kazanın saati ve esas işi (mesleği) bölümleri seçildiğinde konu ile ilgili tablolar ekrana gelecektir. Ekrana gelen bu tablolardan seçim işlemi yapılacaktır. Bu alanlara konu ile ilgili tanımlayıcı kelime yazıldığında da arama motoru devreye girecektir. Arama motoru ilgili bölümlerdeki tanımlayıcı başlıkları ekrana getirecektir. ekrana gelen bu başlıklardan en uygun tanımlama seçilmelidir.