**İŞ KAZASI BİLDİRİMİ (Okula Gönderilecektir.)**

T.C.

ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI

SOSYAL SİGORTALAR KURUMU BAŞKANLIĞI

SİGORTA İŞLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

SİGORTA / SİGORTA İL MÜDÜRLÜĞÜNE

 ……………………

 İşyerimiz………………………………………………………………………adresinde

Kurulu olup müdürlüğünüzde,………………………………………….işyeri sicil numarası ile tescillidir. İşyerimizde, …/…./…….. tarihinde saat ………... sıralarında bir iş kazası olmuş ve

…….…………………….. sicil numaralı işçimiz…….…………………………vefat etmiştir / yaralanmıştır.

 Sigortalımızın tedavi işlemleri ……………………………………………hastanesinde

yapılmıştır / yapılmaktadır. Olayla ilgili düzenlenen iş kazası tutanağı ve kazalı işçiye ait vizite kağıdı ektedir.

 Gereğini arz ederiz.

 İşveren / İşveren Vekili

 İmza Tarih Kaşe

İşyeri Adresi : ……………………………..

 ……………………………..

Telefonu : ……………………………..

**İŞ KAZALARINDA YAPILMASI GEREKEN İDARİ İŞLEMLER**

1. İş kazasına uğrayan personel derhal gerekli sağlık yardımları yapılır.
2. İşyeri kaza raporu düzenlenir. Şahitlerin ifadesi alınır.
3. Kaza jandarma veya polise derhal bildirilir.
4. Kaza ilgili Sigorta İl / sigorta Müdürlüğüne vizite kağıdı ile en geç kazadan sonraki iki gün içinde bildirilir.
5. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bölge müdürlüğüne bildirim formu ile en geç iki iş günü içinde haber verilir.
6. Kaza ile ilgili bir dosya hazırlanır. Evraklar burada muhafaza edilir. Dosyada ayrıca ;
* işçinin sigortalı işe giriş bildirgesi
* işe giriş sağlık raporu
* kaza tarihinden önceki dört aya ait ücret hesap pusulalarının sureti
* işçi çizelgesi
* eğitim belgesi ile diğer sertifikalar ve kişisel koruyucuları teslim belgeleri yer alır.

**İŞ KAZASI TUTANAĞI**

**(Okula Gönderilecektir)**

KAZA GEÇİREN İŞÇİNİN

ADI SOYADI :

SİGORTA SİCİL NO :

BABA ADI :

DOĞUM YERİ :

DOĞUM TARİHİ : GÖREVİ : İŞE BAŞLAMA TARİHİ :

KAZA TARİH VE SAATİ : KAZA TARİHİNDEKİ İŞÇİ SAYISI: KAZA GÜNÜ İŞBAŞI SAATİ :

ADRESİ :

TELEFONU :

UZUV KAYBI : Vardır / Yoktur

KAZANIN NASIL OLDUĞU : (Kazanın nerede, ne zaman ve nasıl meydana geldiği açıklanacaktır. ) ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

 Müdür/Ustabaşı Kazalı Tanık Tanık

Adı soyadı :

TC Kimlik No:

Görevi :

Adresi :

Telefonu :

İmza :