

TC.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU

1- İŞ YERİ BİLGİLERİ

Bağlı Olduğu İl :	Sicil No :
Vergi Dairesi ve Numarası :	Tel :
İş Yeri Unvanı ve Adresi :	

Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Stajyer / çırak <input type="checkbox"/> Terör Mağduru <input type="checkbox"/>
İşçi Sayısı : Özürü <input type="checkbox"/> Hükümlü <input type="checkbox"/> Eski Hükümlü <input type="checkbox"/> Genel Toplam <input type="checkbox"/>

2- Kazazede veya kazazedelerin / Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi ile hastaneye sevk edilenin

Adı Soyadı :	Cinsiyeti : E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	Doğum Tarihi : ... / ... /
TC Kimlik No :	SSK Sicil No :	

Bağ Kur Sicil No :	İşe Giriş Tarihi : ... / ... /	Medeni Hali : Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------------------	---

Okur Yazar <input type="checkbox"/> Okur Yazar Değil <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Ortaöğretim <input type="checkbox"/>
Öğrenim Durumu : Yüksekokul <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Y.Lisans <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/>

5510 SK. 4-a Daimi <input type="checkbox"/> Mevsimlik <input type="checkbox"/> Geçici <input type="checkbox"/> Eski Hükümlü <input type="checkbox"/> Hükümlü <input type="checkbox"/> Özürü <input type="checkbox"/>
İstihdam Durumu : Ödünç Çalışan <input type="checkbox"/> Terör Mağduru <input type="checkbox"/> Stajyer / çırak <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
5510 SK. 4-b Kendi Adına Ve Hesabına <input type="checkbox"/>

Çalışma Şekli : Tam Zamlı <input type="checkbox"/> Kısmi Zamlı <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
--

Prim Ödeme Hali : Sona Erdi <input type="checkbox"/> Sona Ermedi <input type="checkbox"/>	Sona Erdi İse Erdiği Tarih : ... / ... /
---	--

Son Bir Yıl İçinde Toplam Ücretli İzin Gün Sayısı :	Son İş Yerine Giriş Tarihi : ... / ... /
---	--

Esas İş Mesleği :	Uyruğu (Yabancı ise ülke adı) :
-------------------	---------------------------------

İşçinin Birinci Derecede Yakınının : Adı Soyadı :	Adresi :
---	----------------

İş Kazası Halinde Doldurulacaktır

3	Kaza Tarihi : ... / ... /	Kaza Gününde İş Başı Saati :	Kazanın Saati :
---	---------------------------------	------------------------------------	-----------------

4	Kaza Anında Yaptığı İş :		
---	--------------------------	--	--

5	Kazanın Sebebi :	Kaza Sonucu İş Göremezliği : Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>
---	------------------	--

6	Yaranın Türü :		
---	----------------	--	--

7	Yaranın Vücuttaki Yeri :		
---	--------------------------	--	--

8	İş Yerinin Büyüklüğü :		
---	------------------------	--	--

9	Çalışılan Ortam :		
---	-------------------	--	--

10	Çalışılan Çevre :		
----	-------------------	--	--

11	Kaza Anında Kazazedenin yürütmekte Olduğu Genel Faaliyetler :		
----	---	--	--

12	Kazadan Az Önceki Zamanda Kazazedenin yürütmekte Olduğu Genel Faaliyet :		
----	--	--	--

13	Olayı Normal Seyrinden Sapıran 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 <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Şahitlerin Adresi :
----	--	---------------------

	Şahitlerin Adı Soyadı :
	Şahitlerin İmzası :

19	Kazanın Oluş Şeklini ve Sebebini Açıklayınız :		
----	--	--	--

Meslek Hastalığı Halinde Doldurulacaktır

20	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi Tarihi :		
----	---	--	--

	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle		
--	--	--	--

	Sevk Edilenin Çıktığı Bölüm iş :		
--	----------------------------------	--	--

	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi Türü :		
--	---	--	--

	Meslek Hastalığının Periyodik Muayene İle <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
--	--	--------------------------------

	Saptanma Şekli : Üst Kurum Sevki İle <input type="checkbox"/>	Meslek Hast. Hast. <input type="checkbox"/>
--	---	---

21	Düzenlenme Tarihi : ... / ... /		
----	---------------------------------------	--	--

	İşveren ve Vekilinin Adı Soyadı :		
--	-----------------------------------	--	--

	İmzası :		
--	----------	--	--

Not: İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını ve tespit edilecek meslek hastalığını en geç iki iş günü içinde yazılı ile ilgili 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, 3, 5 ve 7. inci bölümler hem kaza, hem de meslek hastalığı bildirim durumunda, 2 ve 6. inci bölümler sadece kaza bildirim durumunda, 4. üncü bölüm ise sadece meslek hastalığı bildirim durumunda, doldurulacaktır