شماره نامه : .....
تاریخ تنظیم : .....

فرم گزارش اعلام حادثه

شعبه تأمین اجتماعی .....

سازمان تامین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۱

مشخصات کارگاه

نام کارگاه: ..... نوع فعالیت: ..... شماره کارگاه: .....نام کارفرما: .....
نشانی و شماره تلفن کارگاه: .....کدپستی: .....

مشخصات بیمه شده

نام و نام خانوادگی:.....نام پدر: ..... شماره بیمه شده: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
شماره شناسنامه: ..... محل صدور: ..... تاریخ تولد: روز..... ماه .... سال ۱۳
شماره ملی:..... محل تولد: ..... ملیت: ایرانی ☐ غیر ایرانی☐ متاهل ☐ مجرد ☐
میزان تحصیلات: .....تاریخ استخدام: ...../ ...../ ..... ۱۳ وضعیت استخدام : .....
کاری‌که موظف به انجام آن بوده: ..... محل کار بیمه شده در کارگاه: ..... دستمزد روزانه: .....
وسیله ایاب و ذهاب به کارگاه: ..... نشانی ، تلفن و کد پستی بیمه شده: ....
.....اوقات کار کارگاه : صبح ☐ عصر ☐ شب ☐ از ساعت ..... لغایت .....
ساعت کار بیمه شده: صبح ☐ عصر☐ شب☐ از ساعت ..... لغایت .....

چگونگی وقوع حادثه

تاریخ‌وقوع حادثه: روز..... ماه..... سال .....۱۳ ساعت وقوع حادثه ..... محل دقیق حادثه.....
علت حادثه ..... ابزار کار بیمه شده هنگام حادثه ..... وسائل حفاظتی مربوطه .....
نوع کار بیمه شده هنگام وقوع حادثه..... عضو حادثه دیده .....
نتیجه حادثه:.....
آیا بیمه شده در ارتباط با فعالیتی که دچار حادثه شده است آموزش لازم را دیده است؟ بلی ☐ خیر☐
در صورت مثبت بودن پاسخ، مدارک اخذ و ضمیمه گردد.

توضیحات

شرح واقعه: .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
اقداماتی که از طرف کارفرما برای معالجه بعمل آمده:.....
شهود حادثه و تلفن آنان : .....
آیا صورت مجلس از طرف مقامات صالح تنظیم شده است؟ بلی ☐ خیر☐
(در صورت مثبت بودن پاسخ، صورتمجلس ضمیمه و نام مرجع تنظیم کننده اعلام شود).

این گزارش با توجه به مفاد مواد ۹۷ و ۱۰۵ قانون تامین اجتماعی تنظیم گردیده و صحت مندرجات آن گواهی میشود.

نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده او :.....
محل امضا مجاز و مهر کارگاه / شرکت: .....

شماره ثبت گزارش در شعبه:
تاریخ :