

T.C. SOSYAL GUVENLIK KURUMU IŞKAZASI VE MESLEK HASTALIGI BILDIRIM FORMU			EK:7
<b>1-İşyeri Bilgileri</b>			
Bağlı bulunduğu İl :	Sicil No:		
Vergi Dairesi ve Numarası:	Tel:	Fax:	
İşyerinin Unvanı ve Adresi :			
İşçi Sayısı:	Erkek <input type="checkbox"/>	Kadın <input type="checkbox"/>	Çocuk <input type="checkbox"/>
	Özürlü <input type="checkbox"/>	Hükümlü <input type="checkbox"/>	Eski Hük. <input type="checkbox"/>
	Stajyer-çırak <input type="checkbox"/>	Terör Mağduru <input type="checkbox"/>	Genel Toplam <input type="checkbox"/>
<b>2- Kazazede veya Kazazedelerin / Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Hastaneye Sevk Edilenin</b>			
Adı Soyadı:	Cinsiyeti: E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	Doğum Tarihi : .../.../.....	
T.C. 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"/>		
Öğrenim Durumu :	Okur yazar <input type="checkbox"/>	Okur Yazar Değil <input type="checkbox"/>	İlköğretim <input type="checkbox"/> Orta öğretim <input type="checkbox"/>
	Yüksek Okul <input type="checkbox"/>	Üniversite <input type="checkbox"/>	Y. Lisans <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/>
İstihdam durumu:	5510 S.K 4-a Daimi <input type="checkbox"/>	Mevsimsik <input type="checkbox"/>	Geçici <input type="checkbox"/>
	Özürlü <input type="checkbox"/>	Ödünç çalışan <input type="checkbox"/>	Eski Hükümlü <input type="checkbox"/> Hükümlü <input type="checkbox"/>
	Alt işverene ait çalışan <input type="checkbox"/>		Terör Mağduru <input type="checkbox"/> Stajyer-Çırak <input type="checkbox"/>
	5510 S.K 4-b Kendi adına ve hesabına <input type="checkbox"/>		Diğer <input type="checkbox"/>
Çalışma Şekli :	Tam zamanlı <input type="checkbox"/>	Kısmi zamanlı <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Prim ödeme hali: sona erdi <input type="checkbox"/>	sona ermedi <input type="checkbox"/>	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.....			
<b>İş kazası Halinde Doldurulacaktır</b>			
3	Kaza Tarihi : .../.../.....	Kaza Gününde İşbaşı Saati : .....	Kazanın saati : .....
4	Kaza Anında Yaptığı İş :		
5	Kazanın sebebi:	Kaza sonucu iş göremezliği Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Derhal ölüm <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Şahitlerin Adresi	
	Şahitlerin Adı Soyadı :		
	Şahitlerin imzası :		
19	Kazanın Oluş Şeklini ve Sebebini Açıklayınız :		
<b>Meslek Hastalığı Halinde Doldurulacaktır</b>			
<b>20</b>	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi Tarihi:		21-Düzenlenme tarihi: .../.../.....
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Sevk edilenin Çalıştığı Bölüm / İş :		
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesinin Türü:		İşveren veya Vekilinin Adı Soyadı ve İmzası
	Meslek Hastalığının Saptanma Şekli:	Periyodik Muayene İle <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Üst Kurum Sevki İle <input type="checkbox"/> Meslek Hast. Hast. <input type="checkbox"/>	
			<b>e-posta adresi:</b>

**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 ile 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.