



T.C. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Belgenin Düzenlendiği Tarih :...../...../.....

Belgenin Düzenlendiği Sayı :

İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU

İşyeri Bilgileri:

İş Yeri No:	1-854201-1-0-419916-201130-6-17-00
İşyeri bağlı Bulunduğu Ünite:	
İşyeri bağlı Bulunduğu İl:	İstanbul
Vergi Dairesi Adı:	Üsküdar
Vergi Dairesi No:	7390601622
Kaza Günü İşyeri Vardiya Başlangıç Saati:	
Kaza Günü İşyeri Vardiya Bitiş Saati:	
İş Yeri Adres:	
İş Yeri Unvan:	Üniversite
İş Yeri Tel:	
İş Yeri Faks:	
Kaza Sonrası İş Yerinin Durumu:	

Sigortalı Bilgileri:

Adı Soyadı:	
Tc Kimlik No:	
Sicil No:	
Doğum Tarihi:	
Medeni Hali:	
Uyruğu:	
Son İşe Giriş Tarihi:	
İlk İşe Giriş Tarihi:	
Öğrenim Durumu:	
Mesleği:	
Görevi:	
Ücretli İzin Gün Sayısı:	
Prim Ödeme Durumu:	

Adresi:		
İl/İlçe:		
İstihdam Durumu:		
Faks:		
Tel:		
E-posta:		
Sigortalını Yakınının	Adı Soyadı:	
	T.C. Kimlik Numarası:	
	Adresi:	
Mesleki Eğitim Almış mı?:		
İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Almış mı?:		
Kaza Günü İşbaşı Saati:		
Sigortalı Kazadan Sonra Ne Yaptı?:		
İşi Bırakma Tarihi:	İşi Bırakma Saati:	
Kaza Anında Yürütmekte Olduğu Genel Faaliyet:		
Kaza Anında Yürütmekte Olduğu Özel Faaliyet:		
Özel Faaliyet Sırasında Kullandığı Araç/Gereç:		
Yaralanmaya Neden Olan Olay:		
Yaranın Türü:		
Yaranın Vücuttaki Yeri:		
Yaralanmaya Neden Olan Araç/Gereç:		
Kaza Sonucu İş Göremezliği:		
Kaza Sonucu İş Göremezlik Durumu:		
Kazadan Dolayı İşgünü Kaybı:		
Kazanın Gerçekleştiği Yer:		
Kazanın Gerçekleştiği Ortam:		
Çalışılan Ortam:		
Çalışılan Çevre:		

Tıbbi Müdahale Yapıldı mı? :				
Tıbbi Müdahale Yapan Kişi:		Tıbbi Müdahale Yapılan Yer:		
Tıbbi Müdahale Yapılan İl:		Tıbbi Müdahale Yapılan İlçe:		
Tıbbi Müdahale Yapılan Tarih:		Tıbbi Müdahale Yapılan Saat:		
Bildirim Tarihi:		Bildirim Saati:		
İş Kazası Bildirim Bilgileri:				
Bildirimi Hazırlayan:				
Tc Kimlik No:		Adı:		
Soyadı:		Tel:		
Faks:		E-posta:		
Bildirilen İşçi Sayısı:				
	Erkek:		Kadın:	
	Çocuk:		Hükümlü:	
	Eski Hükümlü:		Terör Mağduru:	
	Stajyer/Çırac:		Özürlü:	
	Toplam:			
İş Kazası Bilgileri:				
Kazaya Uğrayan Kişi Sayısı:				
Kaza İl:		Kaza İlçe:		
Kaza Saati:		Kaza Tarihi:		
Kaza Adres:				
Kazanın Gerçekleştiği Yer/Bölüm:				
Kaza Sebebi Açıklama:				
Kaza Sebebi:				

Kazaya Sebep Olan Araç/Gereç:				
İş Kazası Şahit Bilgileri:				
Tc Kimlik No	Ad Soyad	e-posta	Tel	Adres
Meslek Hastalığı Halinde Doldurulacaktır:				
Çalışılan Ortam:				
Meslek Hastalığı Saptanma Şekli:				
Meslek Hastalığı Etkeni:				
Meslek Hastalığı Etken Süresi:				
İş Göremezlik Seviyesi:				
Meslek Hastalığı Tanısı:				
Meslek Hastalığı Tanı Tarihi:				
Bildirim Tarihi:		Bildirim Saati:		