



سازمان تامین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۱

## فرم گزارش اعلام حادثه

### شعبه تأمین اجتماعی

شماره نامه:

تاریخ تنظیم:

#### مشخصات کارگاه

نام کارگاه:	نوع فعالیت:	شماره کارگاه:	نام کارفرما:
نشانی و شماره تلفن کارگاه:			کد پستی:

#### مشخصات بیمه شده

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره بیمه شده:	<input type="text"/>
شماره شناسنامه:	محل صدور:	تاریخ تولد:	روز / ماه / سال ۱۳
شماره ملی:	محل تولد:	ملیت:	<input type="checkbox"/> ایرانی / <input type="checkbox"/> غیر ایرانی / <input type="checkbox"/> متأهل / <input type="checkbox"/> مجرد
میزان تحصیلات:	تاریخ استخدام:	وضعیت استخدام:	۱۳ / /
کاری که 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:		
ساعت کار بیمه شده: صبح <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> شب <input type="checkbox"/>	اوقات کار کارگاه: صبح <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> شب <input type="checkbox"/>	از ساعت	لغایت

#### چگونگی وقوع حادثه

تاریخ وقوع حادثه:	روز / ماه / سال ۱۳	ساعت وقوع حادثه:	محل دقیق حادثه:
علت حادثه:	ابزار کار بیمه شده هنگام حادثه:	وسایل 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؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> 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، صورت مجلس ضمیمه و نام مرجع تنظیم کننده اعلام شود).

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

شماره ثبت گزارش در شعبه:
تاریخ:

نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده او:

محل امضاء مجاز و مهر کارگاه / شرکت: