

СООБЩЕНИЕ О СТРАХОВОМ СЛУЧАЕ

(о несчастном случае на производстве, групповом несчастном случае, тяжелом несчастном случае, несчастном случае со смертельным исходом, о впервые выявленном профзаболевании)

1. _____
(наименование организации, ее адрес, телефон (факс), ОКОНХ и регистрационный № в исполнительном органе Фонда)
- _____ форма собственности, вид производства
- _____ ведомственная подчиненность (при ее наличии)
2. _____
(дата, время (местное), место происшествия)
- _____ выполняемая работа и краткое описание обстоятельств,
- _____ при которых произошел несчастный случай (профзаболевание)
- _____
3. _____
(число пострадавших, в том числе погибших (при групповом случае))
4. _____
(фамилия, имя, отчество, возраст, профессия (должность))
- _____ пострадавшего (пострадавших), в том числе
- _____ погибшего (погибших))
5. _____
(вид трудовых отношений (трудовой договор (контракт), гражданско-правовой договор)
6. Лицо, передавшее сообщение _____
(фамилия, имя, отчество, должность)

Сообщение направляется в течение суток исполнительному органу Фонда по месту регистрации страхователя в соответствии с п.п. 6 п. 2 ст. 17 Федерального закона от 24.07.1998 № 125-ФЗ “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний”.