Приложение № 1

к Методическим рекомендациям

о порядке участия представителей

отделений Социального фонда России

в расследовании несчастных случаев

и профессиональных заболеваний

Форма (рекомендуемая)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  |
|  | | |  | (наименование адресата, адрес) |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | № |  |  |  |
| (дата) |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ИЗВЕЩЕНИЕ  о легком несчастном случае на производстве |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| (наименование организации) | | |
| Регистрационный номер страхователя |  |  |
| ОКВЭД на дату случая |  |  |
|  | | |
| (фамилия, инициалы работодателя - физического лица) | | |
|  | | |
| (контактный телефон работодателя (его представителя), факс, электронная почта) | | |

|  |
| --- |
| ИНФОРМАЦИЯ О НЕСЧАСТНОМ СЛУЧАЕ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| Дата происшествия |  | Время происшествия |  |
|  | (дд.чч.гггг) |  | (местное время, чч:мм) |
| Место происшествия |  | | |
|  | | | |

|  |
| --- |
| КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ |
| (выполнявшаяся работа, краткое описание места происшествия и обстоятельств, при которых произошел несчастный случай) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ИНФОРМАЦИЯ О ПОСТРАДАВШЕМ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) | | | | | | | | |
| Дата рождения | |  | | Пол | - мужской | | | |
|  | | (чч.мм.гггг) | |  |  | | | |
|  | |  | |  | - женский | | | |
|  | | | | | | | | |
| Профессия (должность) | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Статус работы,  при выполнении которой произошел несчастный случай | | |  | - работа по трудовому договору, заключенному со страхователем | | | | |
|  | - работа физического лица, осужденного к лишению свободы и привлекаемого к труду страхователем | | | | |
|  | - работа по гражданско-правовому договору, в соответствии с которым заказчик обязан уплачивать страховщику страховые взносы | | | | |
| СНИЛС |  | | Наступление временной нетрудоспособности | | | | да/нет/сведения отсутствуют | |
|  |  | |  | | | | (нужное подчеркнуть) | |
| Наличие заключения медицинской организации о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести (учетная форма  № 315/у) | | | | |  | - в наличии | |  |
|  | - № справки | |  |
|  | - дата справки | |  |
|  | - нет данных | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Лицо, передавшее извещение о легком несчастном случае на производстве, | | | |
|  | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) | | | |
|  | | | |
| Должность |  | Дата передачи |  |
|  | |  | (дд.мм.гггг) |
| Контактный номер телефона |  | Время передачи |  |
|  | |  | (местное время, чч:мм) |
|  | | Подпись |  |
| Лицо, принявшее извещение о несчастном случае, | | | |
|  | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) | | | |
| Должность |  | Дата получения |  |
|  | |  | (дд.мм.гггг) |
|  | | Время получения |  |
|  | |  | (местное время, чч:мм) |
|  | | Подпись |  |