

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 пп. 6 п. 2 ст. 17 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний».