**İş kazasının tanımı, bildirilmesi ve soruşturulması**

İş kazası;

a) Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada,

b)**İşveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle, sigortalı kendi adına ve hesabına bağımsız çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş nedeniyle,**

c) Bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının, görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda,

d) 5510 sy SSGSS **Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki emziren kadın sigortalının, iş mevzuatı gereğince çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda,**

e) Sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş gelişi sırasında, meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen özüre uğratan olaydır.

İş kazasının 4 üncü maddenin birinci fıkrasının;

a) (a) bendi ile 5 inci madde kapsamında bulunan sigortalılar bakımından bunları çalıştıran işveren tarafından, o yer yetkili kolluk kuvvetlerine derhal ve Kuruma da en geç kazadan sonraki üç işgünü içinde,

b) (b) bendi kapsamında bulunan sigortalı bakımından kendisi tarafından, bir ayı geçmemek şartıyla rahatsızlığının bildirim yapmaya engel olmadığı günden sonra üç işgünü içinde,

**c) iş kazası ve meslek hastalığı bildirgesi ile doğrudan ya da taahhütlü posta ile Kuruma bildirilmesi zorunludur. Bu fıkranın (a) bendinde belirtilen süre, iş kazasının işverenin kontrolü dışındaki yerlerde meydana gelmesi halinde, iş kazasının öğrenildiği tarihten itibaren başlar.**

Kuruma bildirilen olayın iş kazası sayılıp sayılmayacağı hakkında bir karara varılabilmesi için gerektiğinde, Kurumun denetim ve kontrol ile yetkilendirilen memurları tarafından veya Bakanlık iş müfettişleri vasıtasıyla soruşturma yapılabilir. Bu soruşturma sonunda yazılı olarak bildirilen hususların gerçeğe uymadığı ve olayın iş kazası olmadığı anlaşılırsa, Kurumca bu olay için yersiz olarak yapılmış bulunan ödemeler, ödemenin yapıldığı tarihten itibaren gerçeğe aykırı bildirimde bulunanlardan, 96 ncı madde hükmüne göre tahsil edilir.

İş kazası ve meslek hastalığı bildirgesinin şekli ve içeriği, verilme usûlü ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **İŞ KAZASI TUTANAĞI** | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Kaza Geçiren İşçinin |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Adı Soyadı | ................................................................ | | | | |
| SGK Sicil No | ................................................................ | | | | |
| TC Kimlik No | ................................................................ | | | | |
| Baba Adı | ................................................................ | | | | |
| Doğum Yeri | ................................................................ | | | | |
| Doğum Tarihi | ................................................................ | | | | |
| Görevi | ................................................................ | | | | |
| İşe Başlama Tarihi | ................................................................ | | | | |
| Kaza Tarih ve Saati | ................................................................ | | | | |
| Kaza Tarihindeki İşçi Sayısı | ................................................................ | | | | |
| Kaza Günü İşbaşı Saati | ................................................................ | | | | |
| Adres | ................................................................ | | | | |
| Telefon | ................................................................ | | | | |
| Uzuv Kaybı | ................................................................ | | | | |
| Kazanın Nasıl Olduğu Hakkında Bilgi | ................................................................ | | | | |
| ....................................................................................................................... | | | | | |
| ....................................................................................................................... | | | | | |
| ....................................................................................................................... | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Müdür | Kazalı | Tanık 1 | Tanık 2 |  |
| Adı Soyadı |  |  |  |  |  |
| Görevi |  |  |  |  |  |
| Adres |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Telefon |  |  |  |  |  |
| İmza |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |





# KAZASI BİLDİRİMİ (SGK)

TC

ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU

İL MÜDÜRLÜĞÜNE

………………………………

İşyerimiz ……………………………………………………………………………............ adresinde

kurulu olup müdürlüğünüzde, ………………………………………………..……… işyeri sicil numarası ile tescillidir. İşyerimizde …../……./……………… tarihinde saat …. : ….. sıralarında bir iş kazası olmuş

ve ……………………………………… sicil numaralı ………………………………………………işçimiz

vefat emiştir / yaralanmıştır.

Sigortalımızın tedavi işlemleri …………………………………………………………… hastanesinde

Yapılmıştır / yapılmaktadır . Olayla ilgili düzenlenen iş kazası tutanağı ve kazalı işçiye ait vizite kağıdı ektedir.

Gereğini arz ederiz.

İşyeri adresi:

İş Telefonu : İşveren / İşveren Vekili

İmza Tasrih Kaşe

**EK-2**

**İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU**

Düzenlenme tarihi...........................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **İşyerinin** | Unvanı : | | |
| SGK/Bölge Müdürlüğü Sicil No : | | |
| Adresi :  Tel No. ve E-mail : | | |
| İşçi Sayısı : Erkek Kadın Genç Çocuk Özürlü  Toplam | | |
| **2** | Kaza Tarihi : ................. Kaza Gününde İşbaşı Saati : ...............  Kazanın olduğu saat : ................ | | | |
| Kazanın Meydana Geldiği Bölüm : | | | |
| Kazada Yaralanan Uzuv ve  Yaralanma Şekli : | | | |
| **3** | İşçinin 1. derece yakınının Adı ve Soyadı :  Açık adresi : | | | |
| **4** | Meslek Hastalığı Tanısı veya  Şüphesi Tarihi : | | | |
| Meslek Hastalığı Tanısı veya  Şüphesi İle Sevk Edilenin Çalıştığı Bölüm / İş : | | | |
| Meslek Hastalığı Tanısı veya  Şüphesinin Türü : | | | |
| Meslek Hastalığının Tespit Edilme Şekli:  Periyodik Üst Kurum Meslek Hast. Diğer  Muayene ile Sevki ile Hastanesinde | | | |
| **5** | **Kazazede veya Kazazedelerin / Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Hastaneye Sevk edilenin** | | Adı ve Soyadı : Cinsiyeti : E: K: | |
| T.C. Kimlik No. : | |
| Sigorta Sicil No : | |
| Doğum Tarihi : | |
| İşe Giriş Tarihi : | |
| Esas İşi (Mesleği) : | |
| Medeni Hali : Evli Bekar Dul | |
| Öğrenim Durumu :  İlköğretim Ort.Öğr. Ön Lisans . Lisans Y. Lisans  Doktora | |
| Kaza Anında Yaptığı İş : | |
| **6** | Kaza sonucu ölü ve yaralı sayısı : Ölü Ağır Yaralı Uzuv Kaybı Hafif Yaralı | | | |
| Kaza sonucu yaralanan işçilerden  istirahat alanların sayısı : 1 Gün 2 Gün 3 Gün 3 günden fazla veya  açık istirahat | | | |
| Kazayı Gören : Var Yok  Şahitlerin Adı-Soyadı :  Şahitlerin İmzası :  Şahitlerin Adresi : | | | |
| Kazanın Sebebi ve Oluş Şekli (Açıklayınız) : | | | **7**  İşveren veya Vekilinin  Adı ve Soyadı  İmzası |

**Not:** 1- İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını ve tespit edilecek meslek hastalığını en geç iki iş günü içinde yazı ile ilgili Bölge Müdürlüğüne bildirmek zorundadır. (4857 sayılı İş Kanunu Md. 77) Bu bildirimi zamanında yapmayan işverenlere aynı kanunun 105 inci Maddesi uyarınca idari para cezası uygulanır.

2- 1, 3, 5 ve 7. inci bölümler hem kaza, hem de meslek hastalığı bildirimi durumunda,

2 ve 6. ıncı bölümler sadece kaza bildirimi durumunda,

4. üncü bölüm ise sadece meslek hastalığı bildirimi durumunda,

doldurulacaktır. (Formun ön yüzü yetmediği takdirde arka yüzü kullanılabilir.)