

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 N 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 24.07.98 N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний".