



إخطار وقوع إصابة عمل

اسم المنشأة:										رقم المنشأة:									
عنوان المنشأة:																			
اسم العامل المصاب:										الرقم التأميني:									
الرقم القومي:																			
تاريخ الإصابة:						وقت الإصابة:						ص				م			
تاريخ الالتحاق بالعمل:						مواعيد العمل:						من:				إلى:			
الراحة الأسبوعية:						أجر يوم الراحة:						يستحق				لا يستحق			
مكان وقوع الإصابة:																			
رقم محضر الشرطة (إن وجد)										جهة العلاج المنقول إليها المصاب									
اسم الشخص الذي نقل المصاب :										صفته :									
موجز عن الإصابة وظروفها:																			
أجر الاشتراك للمصاب:																			
بيانات أخرى:										طريقة أداء الأجر:									

إقرار

أقر بصحة البيانات الواردة في هذا الإخطار وفي حالة عدم ثبوت صحتها أو ثبت أن الحالة ليست إصابة عمل أكون مسؤولاً عن رد تكاليف العلاج للجهة الطبية المختصة طبقاً للأسعار المعمول بها لدينا.

تحريراً في: ٢٠ / /

توقيع صاحب العمل:

الرقم القومي:

العنوان:

رقم التليفون:

اسم مقدم الإخطار: توقيعه: صفته:

(أنظر خلفه)

إرشادات

- ١- يعتمد النموذج من مكتب التأمينات المختص.
- ٢- يستوفى هذا النموذج لعمال اليومية ويذكر اسم الراحة (الجمعة - الأحد - إلخ)
- ٣- يحرر هذا النموذج من أصل وثلاث صور، الأصل يرسل إلى مكتب التأمينات المختص، وصورة لقسم الشرطة وصورة لجهة العلاج وصورة تحفظ في ملف المؤمن عليه.
- ٤- في حالة امتناع صاحب العمل عن تقديم نموذج إخطار الإصابة ، يجوز للمؤمن عليه المصاب أو ذويه، تقديم نموذج الإخطار لمكتب التأمينات المختص .
- ٥- تحدد المستندات التي ترفق بالنموذج وفقاً لما يلي:

أولاً: الإصابة نتيجة حادث:

- أ- محضر الشرطة للحادث - أو صورة معتمدة ومختومة بخاتم شعار الجمهورية- وذلك بالنسبة للعمال المنصوص عليهم بالبندين (١ ، ٢) من أولاً من المادة (٢) من قانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات وذلك عن كل حادث يقع اثناء العمل أو بسبب العمل أو أثناء الذهاب أو العودة من العمل، ويكتفى بمحضر تحقيق إداري يجري بمعرفة السلطة المختصة لدى صاحب العمل في حالة وقوع الحادث داخل دائرة العمل وذلك بالنسبة للمؤمن عليهم العاملين بالجهاز الاداري للدولة والقطاع العام وقطاع الأعمال العام.
- ب- إخطار عن وقوع الإصابة معتمد ومختوم موضحاً به ظروف الحادث.
- ج- إقرار من الوحدة الإدارية بالطريق المعتاد للمصاب ومحل إقامته في حالة إصابة العمل بالطريق أثناء الذهاب للعمل أو العودة منه.
- د- صورة معتمدة من قرار التكليف للمصاب في حالة إصابته أثناء توجهه إلى مأمورية مصلحة خارج دائرة العمل.

ثانياً: المستندات المطلوبة بالنسبة لأمراض المهنة :

- أ- تقرير إداري معتمد من مدير شئون العاملين ومختوم يوضح طبيعة عمل المؤمن عليه ومدى تعرضه للإصابة بأحد الأمراض المهنية الموضحة بالجدول رقم (١) بحكم طبيعة عمله.
- ب- قرار لجنة الأمراض المهنية بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي يفيد ارتباط المرض الموضح بالجدول بطبيعة عمله الذي يؤديه .
- ج- شهادة معتمدة ومختومة من اللجان الطبية بالتأمين الصحي توضح نسبة العجز وتاريخ ثبوته.