Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság

Munkaképtelenséget nem eredményező munkabaleseti bejelentőlap

1. A foglalkoztató adatai

Megnevezése:											
Adószáma:											
Székhelye	irányítószám					település					
utca						házszám		emelet, ajtó			
Telephelye	irányítószám					település					
utca						házszám		emelet, ajtó			
Ügyintéző neve:						Telefonszáma:					

2. Biztosított, foglalkoztatott adatai

Családi és utóneve:											
Születéskori neve:											
Születési helye, ideje:						☐☐☐☐. év☐☐. hó☐☐. nap					
Anyja neve:											
TAJ száma:	☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐										
Állampolgársága:						Neme:					
Lakcíme	irányítószám					település					
utca						házszám		emelet, ajtó			

A sérültre, illetve a balesetre vonatkozó egyéb adatok

A biztosítási kötelezettséget megalapozó jogviszony:	
Munkaköre:	FEOR száma:
A baleset időpontja	☐☐☐☐. év☐☐. hó☐☐. nap ☐☐. óra☐☐ perc
A baleset helyszíne:	
A baleset bejelentésének időpontja:	☐☐☐☐. év☐☐. hó☐☐. nap
A sérülés jellege, sérült testrész	,
A sérült ellátására tett intézkedés:	
A sérült folytatta-e munkáját?	Igen ☐ Nem ☐

4. A sérülés vagy baleset körülményeinek részletes leírása (a foglalkoztató tölti ki)

……
……
……
……
……
……
……
……
……

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok és a munkabaleset körülményeinek leírása a munkabaleseti nyilvántartás adataival megegyeznek.

Kelt, **.....** év hó nap

……
a foglalkoztató vagy megbízottjának aláírása

PEO. 24