



Sayı : 96597630-010.07.02-E.5335426  
Konu : 4/1(c) Kapsamındaki Sigortalıların  
İş Kazası ve Meslek Hastalığı  
Bildirimleri

05/04/2019

### DAĞITIM

Bilindiği üzere, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 14 üncü maddesinin ikinci fıkrası gereğince, iş kazası vakaları işverenlerce kazayı takip eden üç iş günü içinde Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirilmek zorundadır. Söz konusu bildirim, 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan sigortalılar için yapılması amacıyla hazırlanan program, [www.sgk.gov.tr](http://www.sgk.gov.tr) - e-SGK - **Kamu - Memur Personelin İş Kazası Meslek Hastalığı Bildirim İşlemleri** (<https://uyg.sgk.gov.tr/IsKazasiBildirimISV4C/>) adresinde uygulamaya açılmıştır.

**5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı olanlar için düzenlenen istirahat raporlarına yönelik olarak daha önce görüntüleme yetkisi alan kullanıcılar, mevcut yetkileri ile iş kazası bildirim uygulamasına da erişebilecek olup, ayrıca yetki talep edilmesine ihtiyaç duyulmayacaktır.**

Ancak, istirahat raporu görüntüleme yetkisi bulunmayanlar ile farklı bir personel için iş kazası bildirim yetkisi talep edilmesi halinde yukarıda belirtilen adreste yer alan "Yetki Talep Formu" nun doldurularak, sosyal güvenlik il müdürlükleri/sosyal güvenlik merkezlerine yazı ekinde iletilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

İsmail YILMAZ  
Kurum Başkanı a.  
Genel Müdür

### DAĞITIM:

Bakanlıklara ve Bağlı/İlgili Kuruluşlara  
Merkez ve Taşra Teşkilatına

Bu belge 5076 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5 inci maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Mithatpaşa Cad.No 7 Sıhhiye/Çankaya ANKARA  
Telefon No: 0 312 458 72 82 Faks No: 0 312 435 72 36  
E-Posta: [sgm\\_kvsdb@sgk.gov.tr](mailto:sgm_kvsdb@sgk.gov.tr) İnternet Adresi: [www.sgk.gov.tr](http://www.sgk.gov.tr)

Bilgi için: Rüstem ÖZDEMİR Daire Başkanı



TC.  
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI  
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

Döküman No : 05.04.FR.26  
Yayın No : 01  
Yayın Tarihi : 01/07/2016  
Revizyon Tarihi : .../.../20...  
Revizyon Sayısı : 00  
Sayfa No : 1 /3  
Kurum/Birim Kodu: 24301423

İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI  
BİLDİRME FORMU

İşyeri Bilgileri:

İş Yeri No:	
İşyeri bağlı Bulunduğu Ünite:	
İşyeri bağlı Bulunduğu İl:	
Vergi Dairesi Adı:	
Vergi Dairesi No:	
Kaza Günü İşyeri Vardiya Başlangıç Saati:	
Kaza Günü İşyeri Vardiya Bitiş Saati:	
İş Yeri Adres:	
İş Yeri Unvan:	
İş Yeri Tel:	
İş Yeri Faks:	
Kaza Sonrası İş Yerinin Durumu:	

Sigortalı Bilgileri:

Adı Soyadı:	
Tc Kimlik No:	
Sicil No:	
Doğum Tarihi:	
Medeni Hali:	
Uyruğu:	
Son İşe Giriş Tarihi:	
İlk İşe Giriş Tarihi:	
Öğrenim Durumu:	
Mesleği:	
Görevi:	
Ücretli İzin Gün Sayısı:	
Prim Ödeme Durumu:	
Adresi:	
İl/İlçe:	
İstihdam Durumu:	
Faks:	
Tel:	
E-posta:	

Sigortalı Yakınının	Adı Soyadı:		
	T.C. Kimlik Numarası:		
	Adresi:		
Mesleki Eğitim Almış mı?:			
İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Almış mı?:			
Kaza Günü İşbaşı Saati:			
Sigortalı Kazadan Sonra Ne Yaptı?:			
İşi Bırakma Tarihi:		İşi Bırakma Saati:	
Kaza Anında Yürütmekte Olduğu Genel Faaliyet:			
Kaza Anında Yürütmekte Olduğu Özel Faaliyet:			
Özel Faaliyet Sırasında Kullandığı Araç/Gereç:			
Yaralanmaya Neden Olan Olay:			
Yaranın Türü:			
Yaranın Vücuttaki Yeri:			
Yaralanmaya Neden Olan Araç/Gereç:			



TC.  
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI  
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

Döküman No : 05.04.FR.26  
Yayın No : 01  
Yayın Tarihi : 01/07/2016  
Revizyon Tarihi : .../.../20...  
Revizyon Sayısı : 00  
Sayfa No : 2 / 3  
Kurum/Birim Kodu: 24301423

İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI  
BİLDİRME FORMU

Kaza Sonucu İş Göremezliği:	
Kaza Sonucu İş Göremezlik Durumu:	
Kazadan Dolayı İşgünü Kaybı:	
Kazanın Gerçekleştiği Yer:	
Kazanın Gerçekleştiği Ortam:	
Çalışılan Ortam:	
Çalışılan Çevre:	
Tıbbi Müdahale Yapıldı mı? :	
Tıbbi Müdahale Yapan Kişi:	Tıbbi Müdahale Yapılan Yer:
Tıbbi Müdahale Yapılan İl:	Tıbbi Müdahale Yapılan İlçe:
Tıbbi Müdahale Yapılan Tarih:	Tıbbi Müdahale Yapılan Saat:
Bildirim Tarihi:	Bildirim Saati:

İş Kazası Bildirim Bilgileri:

Bildirimi Hazırlayan:		
Te Kimlik No:	Adı:	
Soyadı:	Tel:	
Faks:	E-posta:	
Bildirilen İşçi Sayısı:	Erkek:	Kadın:
	Çocuk:	Hükümlü:
	Eski Hükümlü:	Terör Mağduru:
	Stajyer/ Çırak:	Özürlü:
	Toplam:	

İş Kazası Bilgileri:

Kazaya Uğrayan Kişi Sayısı:	
Kaza İl:	Kaza İlçe:
Kaza Saati:	Kaza Tarihi:
Kaza Adres:	
Kazanın Gerçekleştiği Yer/Bölüm:	
Kaza Sebebi Açıklama:	
Kaza Sebebi:	
Kazaya Sebep Olan Araç/Gereç:	

İş Kazası Şahit Bilgileri:


Meslek Hastalığı Halinde Doldurulacaktır:

Çalışılan Ortam:	
Meslek Hastalığı Saptanma Şekli:	
Meslek Hastalığı Etkeni:	
Meslek Hastalığı Etken Süresi:	
İş Göremezlik Seviyesi:	



TC.  
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI  
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI  
BİLDİRME FORMU

Döküman No : 05.04.FR.26  
Yayın No : 01  
Yayın Tarihi : 01/07/2016  
Revizyon Tarihi : .../.../20...  
Revizyon Sayısı : 00  
Sayfa No : 3 /3  
Kurum/Birim Kodu: 24301423

Meslek Hastalığı Tamsı:

Meslek Hastalığı Tam Tarihi:

Bildirim Tarihi:

Bildirim Saati:

**Not:** İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını Kanunun 4 üncü maddesi birinci fıkrası (a) bendi ile 5 inci madde kapsamındaki sigortalıları o yer kolluk kuvvetlerine derhal Kuruma da en geç kazadan sonraki üç iş günü içinde, (b) bendi kapsamında sigortalının kendisi tarafından 1 ayı geçmemek şartıyla rahatsızlığının bildirim yapmaya engel olmadığı günden sonra ki üç işgünü içinde ayrıca işveren sigortalının meslek hastalığına tutulduğunu öğrendiği veya bu durum kendisine bildirildiği günden başlayarak üç iş günü içinde (b) bendi kapsamındaki sigortalı ise bu durumu öğrendiği günden başlayarak üç iş günü içinde Kuruma bildirmesi zorunludur.