

Декларация № ..... от ..... Г. (dd mm gggg) (Попълва се номерът, под който декларацията е вписана в регистъра на осигурителя/предприятието ползвател)	<b>Информация, попълвана от служител в ТП на НОИ:</b> Входящ № ..... от ..... Г. (dd mm gggg) Досие № .....
<b>Декларацията се подава в четири екземпляра в ТП на НОИ по регистрация на осигурителя/предприятието ползвател.          Попълването на всички полета в декларацията е задължително!          Където има информация, дадена с квадратчета, върното се отбелязва с "X".</b>	

## ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ТРУДОВА ЗЛОПОЛУКА

Приложение към чл.3, ал.1 от Наредбата за установяване, разследване, регистриране и отчитане на трудовите злополуки

### I. ДАННИ ЗА ОСИГУРИТЕЛЯ/ПРЕДПРИЯТИЕТО ПОЛЗВАТЕЛ

<b>1</b>	<b>Пълно наименование:</b> .....
<b>2</b>	<b>ЕИК/код по БУЛСТАТ</b> <input type="text"/>
<b>3</b>	<b>Адрес за кореспонденция:</b> обл. ...., общ. ....
<b>4</b>	гр.(с.) ....., ул. .... № ..... жк. ...., бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ....; пощенски код <input type="text"/>
<b>5</b>	тел. ...., факс ....., e-mail .....
<b>6</b>	<b>Списъчен брой на работниците и служителите:</b> ....., <b>от тях жени:</b> ..... (Попълва се броя на подлежащите на осигуряване лица за трудова злополука и професионална болест в началото на месеца, през който е станала злополуката)

### II. ДАННИ ЗА ПОСТРАДАЛИЯ

<b>7</b>	<b>Трите имена:</b> .....
<b>8</b>	<b>ЕГН/ЛН/ЛНЧ/Служебен номер</b> <input type="text"/>
<b>9</b>	<b>Адрес за кореспонденция:</b> обл. ...., общ. ....
<b>10</b>	гр.(с.) ....., ул. .... № ..... жк. ...., бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ....; пощенски код <input type="text"/>
<b>11</b>	тел. ...., факс .....
<b>12</b>	e-mail .....
<b>13</b>	<b>Пострадалият е нает за:</b> 1) <input type="checkbox"/> - неопределено време или <input type="checkbox"/> - определен срок; 2) <input type="checkbox"/> - пълно работно време или <input type="checkbox"/> - непълно работно време (Зачертава се по едно квадратче от позиции 1 и 2 в зависимост от условията, при които е сключено трудовото/служебното правоотношение)
<b>14</b>	<b>Дата на постъпване в осигурителя/предприятието ползвател:</b> ..... Г.; (dd mm gggg)
<b>15</b>	<b>Професия (длъжност):</b> ..... <b>Код по НКПД</b> <input type="text"/> (Посочва се длъжността и нейният осемзначен цифров код съгласно Националната класификация на професиите и длъжностите – 2011)
<b>16</b>	<b>Категория труд:</b> <input type="checkbox"/> - първа <input type="checkbox"/> - втора <input type="checkbox"/> - трета
<b>17</b>	<b>Трудов стаж (години) общо:</b> ..... Г., по посочената професия: ..... Г.
<b>18</b>	<b>Административна единица, в която е назначен:</b> ..... (Посочва се административната единица – цех, участък, отдел и т.н., в която е назначен пострадалият)

### III. ДАННИ ЗА ЗЛОПОЛУКАТА

<b>19</b>	<b>Злополуката е станала</b> в ..... часа и ..... мин. на ..... Г. (dd mm gggg)
<b>20</b>	<b>Работно време:</b> от ..... часа и ..... мин. до ..... часа и ..... мин. и от ..... часа и ..... мин. до ..... часа и ..... мин. (Посочва се предвиденото за деня на злополуката разпределение на работното време на пострадалия спрямо почивката за хранене)
<b>21</b>	<b>Място на злополуката:</b> ..... (Посочва се подробно мястото или помещението, където се е намирал пострадалият в момента на злополуката – производствен или ремонтен цех, склад, строителен обект, рудник, селскостопански или горски обект, канцелария, училище, търговски обект, лечебно заведение, път, тротоар, чакалня, превозно средство, жилище, спортен обект и т.н.)
<b>22</b>	<b>Адрес на мястото, където е станала злополуката:</b> Държава: ....., обл. ...., общ. .... гр.(с.) ....., ул. .... № ..... жк. ...., бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ....; пощенски код <input type="text"/>
<b>23</b>	<b>Злополуката е станала на:</b> <input type="checkbox"/> - обичайното стационарно работно място (обичайното помещение, сграда, цех, съоръжение или друго териториално определено място в предприятието, където лицето полага труда си и изпълнява трудовите/служебните си задължения) <input type="checkbox"/> - случайно работно място (случайно местонахождение на лицето по повод извършваната работа), нестационарно (мобилно) работно място (за пътни полицаи, шофьори и др.), временно работно място (в предприятието или извън него) <input type="checkbox"/> - друго (посочва се) .....

**24 Вид работа:** .....  
*(Посочва се видът работа в по-широк смисъл, която пострадалият е извършвал в периода преди злополуката. Това не е професията на пострадалия. Тази работа (работен процес) обикновено съдържа специфичното действие, посочено в ред 25. Видът работа може да обхваща дейности по произвеждане, обработване, преработване, складиране; земни работи, строителни и монтажни работи, събаряне; селскостопанска и горскостопанска работа; предоставяне на услуги, интелектуален труд; монтиране, демонтиране, ремонт, регулиране, наблюдение и контрол на производствен процес или оборудване; движение, пътуване и др.)*

**25 Специфично действие, извършвано от пострадалия и свързаният с това действие материален фактор:**  
 .....  
 .....  
 .....  
*(Описват се подробно специфичното действие, извършвано от пострадалия непосредствено преди злополуката, и конкретният материален фактор (сгради, конструкции, съоръжения; машини, инструменти; превозни средства; материали, предмети, товари; вещества; хора; животни; природни бедствия и т.н.), свързан с това действие. Специфичното действие може да е работа с машини; работа с ръчни инструменти; управление на/пътуване с превозни средства или подемно-транспортни средства; боравене с предмети; пренасяне на ръка; движение, присъствие и др. Материалният фактор, посочен в редове 25, 26 и 27, може да бъде както един и същ, така и различен)*

**26 Отклонение от нормалните действия (условия) и материален фактор, свързан с това отклонение:**  
 .....  
 .....  
 .....  
*(Описва се подробно отклонението от нормалните действия или условия, довело до злополуката. Отклонението може да е в резултат от проблем с електричеството, експлозия, пожар; препълване, преобръщане, протичане, изтичане, изпаряване, емисия, счупване, разрушаване, плъзгане, падане, срутване на материалния фактор; загуба на контрол върху машина, ръчни инструменти, предмети или животни; подхлъзване, спъване, падане на човек; движение, физическо натоварване, физическо насилие и т.н.)*

**27 Начин на увреждането и материален фактор, причинил увреждането:**  
 .....  
 .....  
 .....  
*(Описва се как е увреден пострадалият и как е влязъл в контакт с материалния фактор, причинил увреждането. Начинът на увреждане може да е в резултат на контакт с електрически ток, пламък, опасни вещества; задушаване чрез удавяне, затрупване; удар или сблъсък от/с предмет; контакт с режеец, пробोजдац предмет; захващане, притискане, смазване, смачкване от предмет или машина; физическо натоварване на мускули, стави или органи; психическо натоварване; ухапване, ритане от животно или човек и т.н.)*

**28 Пострадалият имал ли е необходимата правоспособност:**  - да  - не  - не се изисква

**29 Злополуката е:**  - по чл. 55, ал. 1 КСО  - по чл. 55, ал. 2 КСО

**30 Набелязани мерки:** .....  
 .....  
*(Посочват се какви мерки е предприел осигурителят за предотвратяване на подобни злополуки)*

#### IV. ДАННИ ЗА УВРЕЖДАНЕТО

**31 Вид на уврежданията:** .....  
*(Посочва се видът на уврежданията на пострадалия (рани, счупвания, изкълчвания, ампутации, мозъчно сътресение, вътрешни травми, изгаряния, измръзвания, отравяне, удавяне, задушаване и т.н.) съгласно болничния лист и/или друг медицински документ)*

**32 Увредени части на тялото:** .....  
*(Посочват се увредените части на тялото – глава (лице, очи, уши, зъби и т.н.), шия, гръб, туловище и органи, горни крайници (рамо, лакът, китка, пръсти и т.н.), долни крайници (бедро, коляно, глезен, ходило, пръсти и т.н.) и др. Когато има две еднакви части на тялото, се посочва коя от тях е увредена – лява, дясна или двете)*

**33 Последници:**  - смърт  - вероятна инвалидност  - временна неработоспособност

**Свидетели:** .....  
 .....  
 .....  
*(Посочват се трите имена и адрес за кореспонденция на свидетелите)*

ДЕКЛАРАЦИЯТА СЕ ПОДАВА ОТ: *(Подписва се само от подаващия декларацията)*

**Пострадал:** .....  **Осигурител**  **Предприятие ползвател**  
 (подпис) ..... (длъжност) ..... (име и фамилия)

**Наследник:** .....  
 (подпис) ..... (подпис, печат)

ДАННИ ЗА НАСЛЕДНИКА: *(Попълва се при смърт на пострадалия)*

**Трите имена:** .....

**ЕГН/ЛН/ЛНЧ/Служебен номер**

**Адрес за кореспонденция:** общ. ...., общ. ....

гр.(с.) ....., ул. .... № ..... пощенски код

жк. ...., бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ....; тел. ....