

Осигурител: Декларация № от г. /ден, месец, година/	НОИ: Входящ № от г. Досие №
---	---

№	Данни
---	--------------

I. ОСИГУРИТЕЛ	
----------------------	--

1	Пълно наименование:
2	ЕИК по БУЛСТАТ: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
3	АДРЕС Област: Община:
4	Гр./с: Ул., №:
5	Тел./факс: e-mail Пощенски код <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
6	Списъчен брой на работниците и служителите: от тях жени

II. ПОСТРАДАЛ	
----------------------	--

7	Трите имена: ЕГН (ЛНЧ) : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
8	Постоянен адрес Област: Община:
9	Гр./с: Ул., №:
10	тел./факс: Пощенски код <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
11	Дата на раждане: ден. м. год. пол: <input type="checkbox"/> - мъж <input type="checkbox"/> - жена
12	Гражданство:
13	Пострадалият е нает за: 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
14	Дата на постъпване в предприятието: ден. м. год.
15	Професия (по НКП): Код по НКП: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
16	Категория труд: <input type="checkbox"/> - първа <input type="checkbox"/> - втора <input type="checkbox"/> - трета
17	Трудов стаж (години): общо: год., по посочената професия год.
18	Административна единица в която е назначен:

III. ЗЛОПОЛУКА	
-----------------------	--

19	Злополуката е станала: в часа мин на ден месец год.
20	Работно време: от ч м до ч м и от ч м до ч м
21	Място на злополуката:
22	Адрес на мястото, където е станала злополуката, ако е различен от посочения в редове 3 и 4. Област: Община: тел./факс: Гр./с: Пощенски код <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Ул., №:
23	Злополуката е станала на : <input type="checkbox"/> - обичайното стационарно работно място <input type="checkbox"/> - случайно, нестационарно (мобилно), временно работно място <input type="checkbox"/> - на друго работно място
24	Вид работа:
25	Специфично действие, извършвано от пострадалия и свързания с това действие материален фактор:
26	Отклонение от нормалните действия (условия) и материален фактор, свързан с това отклонение
27	Начин на увреждането и материален фактор, причинил увреждането:
28	Пострадалият имал ли е необходимата правоспособност: <input type="checkbox"/> - да <input type="checkbox"/> - не <input type="checkbox"/> - не се изисква
29	Злополуката е: <input type="checkbox"/> - по чл. 55, ал. 1 на КЗОО <input type="checkbox"/> - по чл. 55, ал. 2 на КЗОО
30	Набелязани мерки:

IV. УВРЕЖДАНЕ	
----------------------	--

31	Вид на уврежданията:
32	Увредени части на тялото:
33	Последици: <input type="checkbox"/> - смърт <input type="checkbox"/> - вероятна инвалидност <input type="checkbox"/> - временна неработоспособност

СВИДЕТЕЛИ:	
-------------------	--

ДЕКЛАРАЦИЯТА СЕ ПОДАВА ОТ:	
-----------------------------------	--

Пострадалият: (подпис)	Осигурителя (длъжност, имена, подпис, печат)
Наследника: (подпис)	

Данни за наследника	
----------------------------	--

Трите имена
Постоянен адрес: Област: Община:
тел./факс: Гр./с: Пощенски код <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Ул., №:

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ТРУДОВА ЗЛОПОЛУКА

Номерът най-горе вляво, след осигурител, е номерът, под който е вписана (заведена) декларацията в регистъра на осигурителя. Попълва се от подаващия декларацията. Номерата най-горе вдясно са входящият номер, под който се завежда декларацията в Националния осигурителен институт (НОИ), и номерът на досието за злополуката, открито в НОИ.

Общи указания

Навсякъде, където отговорите са дадени с квадратчета, се зачертава вярното квадратче. Като пример 1 и 2 са разгледани последователно две злополуки.

Попълване на данните за осигурителя

Ред № 1. Посочва се пълното наименование на осигурителя. *Пример. "ПЕЛИНВЕСТ" - ЕООД.*

Ред № 2. Попълва се ЕИК (Единен идентификационен код) по БУЛСТАТ.

Ред № 6. Попълва се броят на подлежащите на осигуряване лица за трудова злополука и професионална болест в началото на месеца, през който е станала злополуката.

Попълване на данните за пострадалия

Ред № 7. Попълват се без съкращения собственото, бащиното и фамилното име по документа за самоличност; Единният граждански номер (ЕГН) или личният номер на чужденеца (ЛНЧ).

Ред № 13. Зачертава се по едно квадратче от 1 и 2 в зависимост от условията, при които е сключено трудовото (служебното) правоотношение.

Ред № 15. Попълва се професията и нейният код съгласно Националната класификация на професиите (НКП), публикувана в Информационен бюлетин по труда, бр. 6 от 1996 г. *Пример 1. Мебелист. Код по НКП 7422. Пример 2. Оператор на металообработваща машина. Код по НКП 8211.*

Ред № 16. Посочва се категорията труд на пострадалия.

Ред № 18. Посочва се административната единица (цех, участък, отдел и т.н.), в която е назначен пострадалият. *Пример 1. Дърводелска работилница. Пример 2. Механичен цех.*

Попълване на данните за злополуката

Ред № 20. Посочва се предвиденото за деня на злополуката разпределение на работното време на пострадалия.

Ред № 21. Посочва се по-подробно мястото на злополуката. *Пример 1. В дърводелската работилница. Пример 2. На входа на подготвителния участък на механичния цех.*

Ред № 23. Обичайно 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). Случайно работно място (случайно местонахождение на лицето по повод на извършваната работа).

Нестационарно (мобилно) работно място (за пътни полицаи, шофьори и др.). Временно работно място (в предприятието или извън него).

Ред № 24. Посочва се видът на работата, в по-широк смисъл, която пострадалият е извършвал в периода преди злополуката. Това не е професията на пострадалия. Тази работа обикновено съдържа специфичното действие, посочено в ред № 25. Например професията на пострадалия е шлосер, но извършваната работа преди злополуката е ремонт или почистване или настройване и т.н. *Пример 1. Изготвяне детайли за шкаф. Пример 2. Доставка на детайли от съседното помещение.*

Ред № 25. Описва се подробно специфичното действие, извършвано от пострадалия непосредствено преди злополуката, и материалният фактор (предмет, вещество и т.н.), свързан с това действие. Материалният фактор, посочен в редове 25, 26 и 27, може да бъде както един и същ, така и различен. *Пример 1. Разрязва на банциг, летва по дължината. Пример 2. Пострадалият превозва детайли с ръчна количка.*

Ред № 26. Описва се подробно отклонението от нормалните действия (условия), довели до злополуката. Това е отклонението от изисквания на нормативни актове, от правила, установени от осигурителя (работодателя), от обичайни правила за действия и поведение и т.н. Това отклонение може да няма никаква връзка със специфичното действие на пострадалия, посочено в ред № 25. Това отклонение може да произтича от дейността

(действията) на други лица. Посочва се материалният фактор, причинил това отклонение или пряко свързан с него. *Пример 1. Извършва операцията при свален предпазител на лентата, като бутва летвата отзад с ръка. Пример 2. Електрокар, управляван от електрокариста П. Иванов, при влизане в помещението блъска затвореното крило на входната врата.*

Ред № 27. Посочва се начинът на увреждане и материалният фактор, причинил увреждането. *Пример 1. Ръката, която бутва летвата, допира лентата на банцига, която отрязва палеца. Пример 2. Вратата се завърта и удря пострадалия, който в момента минава зад нея.*

Ред № 30. Посочва се какви мерки е набелязал осигурителят за предотвратяване на подобни злополуки, свързани с човешкия и материалния фактор.

Попълване на данните за увреждането

Ред № 31. Посочва се видът на уврежданията на пострадалия вследствие злополуката (фрактура, изкълчване, изгаряне и т.н) съгласно болничния лист. *Пример 1. Ампутация на палец. Пример 2. Фрактура на лакътя, контузна рана на китката.*

Ред № 32. Посочват се увредените части на тялото (лакът, китка, пръст, шия, ходило и т.н.). Когато има две еднакви части на тялото, се посочва коя от тях е увредена (лява, дясна или двете). *Пример 1. Палец на дясна ръка. Пример 2. Лакът и китка на лява ръка.*

Свидетели

Посочват се трите имена (собствено, бащино и фамилно) и адресите на свидетелите.

Попълване на данните за наследника

Попълват се без съкращения собственото, бащино и фамилното име по документа за самоличност и постоянният адрес, когато декларацията се подава от наследника.

Подаване на декларацията

Пострадалият или неговите наследници имат право да подадат декларацията само в случаите, когато осигурителят не подаде декларацията в установения срок от 3 работни дни.

ВНИМАНИЕ! Декларацията се подава в териториалното поделение на НОИ по регистрацията на осигурителя в четири екземпляра.