

**Munkaképtelenséget nem eredményező  
munkabaleseti bejelentőlap**

**1. A foglalkoztató adatai**

Megnevezése:						
Adószáma:						
Székhelye	irányítószám			település		
utca				házzám	emelet, ajtó	
Telephelye	irányítószám			település		
utca				házzám	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				házzám	emelet, ajtó	

**A sérülte, 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 <input type="checkbox"/>					Nem <input type="checkbox"/>

**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