

प्रपत्र 12 (विनियम 68) FORM 12 (REGULATION 68)		कर्मचारी राज्य बीमा निगम E.S.I. CORPORATION		दुर्घटना रिपोर्ट ACCIDENT REPORT			
नियोजक का नाम / Name of Employer		कूट संख्या / Code No.		शाखा कार्यालय / Branch Office			
कार्य या व्यवसाय का स्वरूप Nature of Industry/ business परिसर का पता जहां दुर्घटना हुई। Address of premises where accident happened		बीमाकृत व्यक्ति का नाम व पता Name & Address of insured person	बीमांक Insurance No.				
			लिंग Sex				
			आयु (पिछला जन्म दिन) Age (Last birthday)				
			व्यवसाय Occupation				
विभाग Deparment							
पारी समय Shift Hour							
दुर्घटना कहाँ हुई Exact place of accident		दुर्घटना की तारीख व समय Date and hour of Accident	किस समय कार्य शुरु किया गया Hour at which work was sarterd				
किस प्रकार की और कितनी चोट लगी है (उदाहरणार्थ अंगुली की घातक हानि, टांग का टूटना, जलना आदि) Nature and extent of injury (e.g total loss of finger, fracture of leg. scald etc.		चोट कहाँ लगी है (दायाँ) / बायाँ हाथ, पैर या आँख आदि) Location of injury (right/left hand, leg or eye etc.					
यदि दुर्घटना गंभीर नहीं है तो बताइए, कि क्या क्षतिग्रस्त व्यक्ति काम पर वापस आ गया है? यदि हाँ, तो काम पर वापस आने का समय व तारीख बताइए। if the accident is not fatal state whether the injured person has returned to work? If so, give date & hour of return to work		बीमांकृत व्यक्ति का औषधालय/बीमा चिकित्सा व्यवसायी Dispensary/IMP of injured person					
		डाक्टर या औषधालय जिसने क्षतिग्रस्त व्यक्ति का उपचार किया है या किया जा रहा है। Dr. or dispensary from where injured person received or receiving treatement.					
गृत बीमाकृत व्यक्ति के मामले में मृत्यु की तारीख Date of Death in case the insured person died		दुर्घटना का संक्षिप्त ब्यौरा Brief description of the accident					
क्या दुर्घटना के दिन के लिए उसकी पूरी मजदूरी देय है या उसका भाग Whether wages in full or part are payable to him for the day of accident						हां Yes	नहीं No
क्या बीमांकित व्यक्ति दुर्घटना के दिन अधिनियम की धारा 2 (9) के अधीन कर्मचारी था और क्या उस दिन के लिए अंशदान देय था जिस दिन दुर्घटना हुई थी। Whether the injured person was on the day accident an employee as defined in Sec 2 (9) of the Act and whether contribution was payable by him/her for the day on which the accident occurred.							
साक्षियों के नाम और पते Name and address of witnesses							
1.							
2.							

टिप्पणी:- यदि दुर्घटना आपात के समय काम करते समय हुई है तो उपर्युक्त विवरण में यह बताए कि वह किस प्रकार की थी और यह भी बताए कि क्या दुर्घटना के समय क्षतिग्रस्त व्यक्ति ऐसे परिसर में जहां दुर्घटना हुई है, अपने नियोजक के व्यापार या कारोबार के प्रयोजन के लिए नियोजित किया गया था।
Note:-In case the accident happened while meeting emergency, indicate in the description above its natue and also whether the injured person at time of accident was employed for the purpose of his employer's trade or business in or about the premises which the accident took place.

(क) दुर्घटना का कारण
(a) CAUSE OF ACCIDENT

यदि उसके द्वारा
if caused by

मशीनरी (1) मशीन और उसके भाग का नाम दीजिए जिससे दुर्घटना हुई हो और:-
Machinery (1) Give name of machine and part causing the accident, and:

हां
Yes

नहीं
No

- (क) यह बताइये की क्या वह उस सय यांत्रिक शक्ति से चलाई जा रही थी?
(a) State whether it was moved by mechanical power at that time. ?
- (ख) यह ठीक-ठीक बताइये कि क्षतिग्रस्त व्यक्ति उस समय क्या कर रहा था
(b) State exactly what the injured person was doing at that time?

--	--

- (ग) क्या क्षतिग्रस्त व्यक्ति दुर्घटना के समय निम्नलिखित के उल्लंघन में कार्य कर रहा था?
(c) Was the injured person at that time of accident acting in contravention of?

हां Yes

नहीं No

- (1) उसको लागू किसी विधि के उपलब्ध या
the provisions of any law applicable to him or
- (2) अपने नियोजक द्वारा या उसकी ओर से दिया गया कोई आदेश
any orders given by or on behalf of his employer.....
- (3) नियोजक के अनुदेशों के बिना कार्य करना
acting without instruction from his employer.....

- (घ) यदि (ग) (1) (2) या (3) का उत्तर हां में है तो यह कथन कीजिए कि क्या कार्य नियोजक के व्यापार या कारोबार के प्रयोजनार्थ और उसके संबंध में किया गया था।
(d) In case reply to C (1), (2) or (3) is YES, state whether the act was done for the purpose of and in connection with the employer's trade or business.

यदि दुर्घटना नियोजक के वाहन में यात्रा करते समय हुई हो, तो यह बताइए कि व्यक्ति किस रूप में यात्रा कर रहा था।
In case the accident happened while TRAVELLING in the employer's transport, state whether the injured person was travelling.

हां Yes

नहीं No

1. अपने काम के स्थान को या से यात्री के रूप में
as a passenger to or from his place of work
2. अपने नियोजक की अभिव्यक्त या विवक्षित आज्ञा से
With the express or implied permission of his employer
3. क्या वाहन नियोजक या उसकी ओर से या किसी अन्य व्यक्ति द्वारा चलाया जा रहा था जिससे उसका उपलब्ध नियोजक के साथ किसी ठहराव के अनुसार किया है।
the transport was being operated by or on behalf of the employer or some other person by whom it is provided in pursuance of arrangements made with the employer.
4. क्या वाहन लोक परिवहन सेवा के मामूली अनुक्रम में चलाया जा रहा था/नहीं चलाया जा रहा था
The vehicle was being/not being operated in the ordinary course of public transport service.

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि उक्त विशिष्टियां मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार हर प्रकार से सही हैं।
I certify that to the best of my knowledge and belief the above particulars are correct in every respect.

रिपोर्ट भेजने की तारीख
Date of despatch of report

हस्ताक्षर
Signature

सेवा में TO _____

पदनाम (मोहर सहित)
Designation (With stamp)

डायरी संख्या और तारीख
Diary No. & Date

शाखा कार्यालय प्रबन्धक
Branch Office Manager