

Додаток 7

до Порядку формування та подання страховальниками звіту щодо сум нарахованого єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування

Звіт про настання нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання

1. Місяць, в якому подається звіт

 рік:

Подають	Терміни подання
Страховальники, фізичні особи – підприємці, в тому числі ті, які обрали спрощену систему оподаткування, які використовують працю фізичних осіб, районні (міські) управління праці та соціального захисту населення органам Пенсійного фонду України (управлінням Пенсійного фонду України в районах, містах, районах у містах)	протягом двох робочих днів після настання страхового випадку

Форма № Д7
за погодженням з Держкомстатом

 2. Ідентифікаційний код ЄДРПОУ/
реєстраційний номер облікової картки
платника податків

3. Філія за реєстрацією в Пенсійному фонді України

Найменування / Прізвище, ім'я, по батькові _____ <i>(страховальник/фізична особа)</i>
Місцезнаходження / Місце проживання _____
Телефон _____

 Вихідний № у страховальника _____ " ____ " _____ 20__ року
(дата)

Код основного виду економічної діяльності _____

Код органу Пенсійного фонду України, до якого подається звіт _____

№ з/п	Назва таблиці	Кількість аркушів	Кількість рядків
	Відомості про застраховану особу, з якою стався нещасний випадок на виробництві чи професійне захворювання		*

Страховальник _____
(реєстраційний номер облікової картки платника податків) _____ (підпис) _____ (П.І.Б.)

М. П.

Головний бухгалтер _____
(реєстраційний номер облікової картки платника податків) _____ (підпис) _____ (П.І.Б.)

Реєстраційний № звіту в органі Пенсійного фонду України _____

Дата реєстрації в органі Пенсійного фонду України _____

 Відповідальна особа органу Пенсійного фонду України, що прийняла звіт _____
(підпис) _____ (П.І.Б.)

Відмітка про внесення даних до системи персоніфікованого обліку:

 " ____ " _____ 20__ року _____
(дата) _____ (підпис) _____ (П.І.Б.)

лінія відрізу

Розписка про одержання звіту до Пенсійного фонду України за _____ місяць 20__ року

Реєстраційний № звіту в органах Пенсійного фонду України _____

Дата реєстрації в органах Пенсійного фонду України _____

Одержано відомостей на _____ аркушах.

 Відповідальна особа органу Пенсійного фонду України, що прийняла звіт _____
(підпис) _____ (П.І.Б.)

М. П.

**Таблиця. Відомості про застраховану особу,
з якою стався нещасний випадок на виробництві чи професійне захворювання**

1. Місяць, в якому подається звіт рік:

2. Ідентифікаційний код ЄДРПОУ/ реєстраційний номер облікової картки платника податків

3. Філія за реєстрацією в Пенсійному фонді України

(найменування страховальника або прізвище, ім'я, по батькові – для фізичної особи – підприємця)

Номер облікової картки застрахованої особи

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Код категорії застрахованої особи*

Громадянин України так ні

Дата настання нещасного випадку або дата складання акта за формою П-4 . .

Назва професії (посади, розряду, роботи) застрахованої особи, за якою вона працювала до настання страхового випадку

Період трудових відносин:

дата початку . .

дата закінчення . .

№ з/п	Місяць та рік, за який проведено нарахування	Кількість календарних днів (не враховуючи календарних днів, не відпрацьованих з поважних причин**)	Сума нарахованої за розрахунковий період заробітної плати в межах максимальної величини, на яку нараховано єдиний внесок (не враховуючи суми виплати***), грн	Відмітка про сплату єдиного внеску (так, ні)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
Усього				

* Код категорії ЗО – обирається з Таблиці відповідності кодів категорії застрахованої особи та кодів бази нарахування і розмірів ставок єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування (додаток 2).

** Тимчасова непрацездатність, відпустка у зв'язку з вагітністю і пологами, відпустка по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку та шестирічного віку за медичним висновком.

*** Виплати по тимчасовій непрацездатності, відпустці у зв'язку з вагітністю і пологами, відпустці по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку або шестирічного віку за медичним висновком.

Правильність зазначених відомостей підтверджую:

Підпис та прізвище страховальника _____ / _____

Дата . .