

Звіт про настання нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання

 pik 

Подають	Терміни подання
Страхувальники, фізичні особи – підприємці, в тому числі ті, які обрали спрощену систему оподаткування, які використовують працю фізичних осіб, члени фермерського господарства, особистого селянського господарства, районні (міські) управління праці та соціального захисту населення, - органам Пенсійного фонду України (управлінням Пенсійного фонду України в районах, містах, районах у містах, а також у містах та районах)	протягом п'яти робочих днів після складання актів

ПОГОДЖЕНО
з Держстатом України

[illegible]

--	--	--	--	--

Найменування / прізвище, ім'я, по батькові _____
(страхувальника /фізичної особи)

Місцезнаходження/ Місце проживання _____

Телефон _____

“ ” 20__ року

--	--	--	--	--

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

(П.І.Б.)

(П.І.Б.)

Дата реєстрації в органі Пенсійного фонду України _____

 (підпис)

 (П.І.Б.)

(підпис)

(П.І.Б.)

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

Дата реєстрації в органах Пенсійного фонду України _____

(підпис)

(П.І.Б.)

М.П.

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

1. Місяць та рік, у якому подається звіт

--	--

рік

--	--	--	--

2. Код за ЄДРПОУ/
реєстраційний
номер облікової картки платника
податків

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Філія за реєстрацією в
Пенсійному фонді України

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(найменування страхувальника 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 складання акта про настання нещасного випадку, пов'язаного з виробництвом

Д	Д
Д	Д

М	М
М	М

Р	Р	Р	Р
Р	Р	Р	Р

Дата складання акта розслідування професійного захворювання

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

Період трудових відносин:

дата початку

Д	Д
---	---

М	М
---	---

Р	Р	Р	Р
---	---	---	---

дата закінчення

Д	Д
---	---

М	М
---	---

Р	Р	Р	Р
---	---	---	---

№ 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 підтверджує:

Підпис та прізвище страхувальника _____ /

Дата

Д	Д
---	---

 .

М	М
---	---

 .

Р	Р	Р	Р
---	---	---	---

 ?.