

**Звітність**

**Звіт про настання нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання**

1. Місяць та рік, в якому подається звіт

□□ рік □□□□

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

**Форма N Д7**  
(місячна)

ПОГОДЖЕНО  
з Держстатом України

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

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

3. Філія за реєстрацією в Пенсійному фонді України

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

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

Місцезнаходження/Місце проживання \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Вихідний N у страхувальника \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

Код основного виду економічної діяльності, відповідно до якого встановлено клас професійного ризику

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Код органу Пенсійного фонду України, до якого подається звіт \_\_\_\_\_

N з/п	Назва таблиці	Кількість аркушів	Кількість рядків
	Відомості про застраховану особу, з якою стався нещасний випадок на виробництві чи професійне захворювання		*

**Страхувальник** \_\_\_\_\_  
(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 N 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 \_\_\_\_\_ (підпис) \_\_\_\_\_ (П. І. Б.)

-----  
лінія відрізу

**Розписка про одержання звіту до Пенсійного фонду України за \_\_\_\_\_ місяць 20\_\_ року**  
Реєстраційний N 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 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 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 складання акта про настання нещасного випадку, пов'язаного з виробництвом

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 . 

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 . 

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 . 

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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 

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 . 

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 . 

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

дата закінчення 

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 . 

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 . 

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

N 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				
<b>Усього</b>				

\* Код категорії 30 - обирається з таблиці відповідності кодів категорії застрахованої особи та кодів бази нарахування і розмірів ставو 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 неї 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 досягненню неї трирічного віку або шестирічного віку за медичним висновком.

**Правильність зазначених відомостей підтверджую:**

Підпис та прізвище страховальника \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата 

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 . 

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 . 

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

]

]

-

-

-

