

до Порядку формування та подання страхувальниками звіту щодо сум нарахованого єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування
(пункт 7 розділу III)

Звіт про настання нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання

--	--

 pik

--	--	--	--

Форма Н Д7
(місячна)

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства фінансів України
15 травня 2018 року № 511
за погодженням з Держстатом

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

Місцезнаходження / місце проживання _____

Телефон

--	--	--	--	--

Код територіального органу доходів і зборів, до якого подається звіт

№ з/п	Назва таблиці	Відмітка про подання
1	Відомості про застраховану особу, з якою стався нещасний випадок на виробництві чи професійне захворювання	

* Для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати будь-які платежі за серією та/або номером паспорта.

(ініціали та прізвище)

(ініціали та прізвище)

Ця частина заповнюється посадовими особами контролюючого органу	
"__" ____ 20__ року	Дата внесення даних до електронної бази податкової звітності
(посадова особа контролюючого органу (підпис, ініціали та прізвище))	
За результатами камеральної перевірки	
"__" ____ 20__ року	порушень (помилек) не виявлено (дата)
"__" ____ 20__ року N ____	складено акт (номер, дата) камеральної перевірки
"__" ____ 20__ року N ____	надано висновок (номер, дата) до підрозділу податкового контролю
(потрібне зазначити)	
"__" ____ 20__ року	
(посадова особа контролюючого органу (підпис, ініціали та прізвище))	

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 або реєстраційний номер облікової картки платника податків / серія (за наявності) та/або номер паспорта страхувальника*

3. Код за ЄДРПОУ або реєстраційний номер облікової картки платника податків / серія (за наявності) та/або номер паспорта ліквідованого страхувальника* (заповнюється у разі подання звіту правонаступником)

(найменування страхувальника або прізвище, ім'я, по батькові - для фізичної особи - підприємця)

реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта за формою БКNNXXXXXX/ПXXXXXXXXX ЗО

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

.

М

М

.

Р

Р

Р

Р

Д

Д

.

М

М

.

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

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 (без врахування суми виплати****), грн	Відмітка про сплату єдиного внеску (так, ні)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
Усього				

* Для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати будь-які платежі за серією (за наявності) та/або номером паспорта.

** 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 до цього Порядку).

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

**** Допомога у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю, відпусткою у зв'язку з вагітністю і пологами, відпусткою по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку та/або при народженні дитини або шестирічного віку за медичним висновком.

Правильність зазначених відомостей підтверджую:

Підпис та прізвище страхувальника /

Дата

Д

Д

 .

М

М

 .

Р

Р

Р

Р