

Додаток 7
до Порядку формування та подання
страхувальниками звіту щодо сум
нарахованого єдиного внеску на
загальнообов'язкове державне
соціальне страхування
(пункт 6 розділу III)

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, у тому числі ті, які обрали спрощену систему оподаткування, особи, які провадять незалежну професійну діяльність та використовують працю фізичних осіб, члени фермерського господарства, особистого селянського господарства, районні (міські) управління праці та соціального захисту населення – відповідним органам доходів і зборів за місцем реєстрації	Протягом п'яти робочих днів після складання актів

Форма № Д7
(місячна)

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства фінансів України
_____ 20__ р. № _____
за погодженням з Держстатом

2. Код за ЄДРПОУ або податковий номер / серія та номер паспорта страхувальника*

3. Код за ЄДРПОУ або податковий номер / серія та номер паспорта ліквідованого страхувальника* (заповнюється у разі подачі звіту правонаступником)

Найменування / прізвище, ім'я, по батькові _____ <small>(страхувальника / фізичної особи)</small>
Місцезнаходження / місце проживання _____
Телефон _____

Код основного виду економічної діяльності

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

Код територіального органу доходів і зборів, до якого подається звіт _____

№ з/п	Назва таблиці	Відмітка про подання
	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 номером паспорта.

Страхувальник

_____ (податковий номер або серія та номер паспорта*)

_____ (підпис)

_____ (ініціали та прізвище)

М. П. (за наявності)

Головний бухгалтер

_____ (податковий номер або серія та номер паспорта*)

_____ (підпис)

_____ (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 (помилки) не виявлено (дата)
"___" _____ 20__ року № _____	складено акт (номер, дата) камеральної перевірки
"___" _____ 20__ року № _____	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 податковий номер /серія та номер паспорта страхувальника*

3. Код за ЄДРПОУ або податковий номер /серія та номер паспорта ліквідованого страхувальника * (заповнюється у разі подачі звіту правонаступником)

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

Податковий номер або серія та номер паспорта* 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
---	---

М	М
---	---

Р	Р	Р	Р
---	---	---	---

Дата складання акта розслідування професійного захворювання

Д	Д
---	---

М	М
---	---

Р	Р	Р	Р
---	---	---	---

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 (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 та 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 Порядку).

*** 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.

**** 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 або шестирічного віку за медичним висновком.

Правильність зазначених відомостей підтверджую:

Підпис та прізвище страхувальника /

Дата

Д	Д
---	---

 .

М	М
---	---

 .

Р	Р	Р	Р
---	---	---	---

 .