



# ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



**П Р И К А З**

МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*И.А. Давыдов* ЗАРЕГИСТРИРОВАНО № 43

Регистрационный № 64054

от "01" июля 2021 г.

**Об утверждении форм документов, применяемых при проведении в 2021 году проверок полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения или обеспечения по страхованию**

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, № 1, ст. 17) **п р и к а з ы в а ю:**

утвердить:

форму решения о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения или обеспечения по страхованию согласно приложению № 1;

форму решения о приостановлении проведения выездной проверки полноты

и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения или обеспечения по страхованию согласно приложению № 2;

форму решения о возобновлении проведения выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения или обеспечения по страхованию согласно приложению № 3;

форму решения о продлении (об отказе в продлении) сроков представления документов согласно приложению № 4;

форму справки о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения или обеспечения по страхованию согласно приложению № 5;

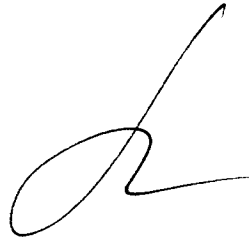
форму акта камеральной проверки согласно приложению № 6;

форму акта выездной проверки согласно приложению № 7;

форму решения о возмещении страхователем излишне понесенных страховщиком расходов на выплату страхового обеспечения или обеспечения по страхованию согласно приложению № 8;

форму требования о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения или обеспечения по страхованию согласно приложению № 9.

Временно исполняющий  
обязанности председателя Фонда



А.П. Поликашин

Форма

Место штампа территориального  
органа страховщика

**Решение**  
**о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых**  
**страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты**  
**страхового обеспечения или обеспечения по страхованию**

от \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» на основании ежегодного плана-графика (плана) выездных проверок страхователей или в связи с реорганизацией (ликвидацией) страхователя (выбрать нужное)

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**РЕШИЛ:**

1. Провести выездную проверку (плановая, повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией) (ненужное зачеркнуть) полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения или обеспечения по страхованию (выбрать нужное) страхователя

\_\_\_\_\_  
(полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика \_\_\_\_\_ ,

Код подчиненности \_\_\_\_\_ ,

ИНН \_\_\_\_\_ ,

КПП \_\_\_\_\_ ,

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица \_\_\_\_\_ ,

за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(дата) (дата)

**2. Поручить проведение выездной проверки**

\_\_\_\_\_  
(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати  
территориального органа  
страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен

---

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

---

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)

---

(подпись)

---

(дата)

Место печати (при наличии)  
страхователя

Место штампа  
территориального органа  
страховщика

**Решение**  
**о приостановлении проведения выездной проверки полноты**  
**и достоверности представляемых страхователем сведений и документов,**  
**необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения или**  
**обеспечения по страхованию**

от \_\_\_\_\_  
(дата)

№ \_\_\_\_\_

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
(наименование территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**РЕШИЛ:**

Приостановить с \_\_\_\_\_ проведение выездной проверки полноты и достоверности  
(дата)  
представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты  
страхового обеспечения или обеспечения по страхованию (выбрать нужное) страхователя

\_\_\_\_\_  
(полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения),  
фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика  
(код подчиненности)

ИНН

КПП

Адрес места нахождения организации (обособленного  
подразделения)/адрес постоянного места жительства  
индивидуального предпринимателя, физического лица,

назначенной в соответствии с решением

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(дата)

в связи с необходимостью \_\_\_\_\_

(основание (основания), предусмотренные статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>)

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя)  
территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати  
территориального органа  
страховщика

С решением о приостановлении проведения выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения или обеспечения по страхованию страхователя ознакомлен.

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

\_\_\_\_\_  
или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2016, № 27, ст. 4183

к приказу Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 21.04.2021 № 143

Форма

Место штампа территориального  
органа страховщика

**Решение  
о возобновлении проведения выездной проверки полноты  
и достоверности представляемых страхователем сведений и документов,  
необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения или  
обеспечения по страхованию**

от \_\_\_\_\_  
(дата)

№ \_\_\_\_\_

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**РЕШИЛ:**

Возобновить с \_\_\_\_\_  
(дата) проведение выездной проверки полноты и достоверности

представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты  
страхового обеспечения или обеспечения по страхованию (выбрать нужное) страхователя

\_\_\_\_\_  
(полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения),  
фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика  
(код подчиненности) \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

КПП \_\_\_\_\_

Адрес места нахождения организации (обособленного  
подразделения)/адрес постоянного места жительства  
индивидуального предпринимателя, физического лица,  
\_\_\_\_\_

назначенной в соответствии с решением \_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа  
страховщика)

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

и приостановленной в соответствии с решением

---

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

---

(наименование территориального органа страховщика)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ .

---

(должность руководителя (заместителя руководителя)  
территориального органа страховщика)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального  
органа страховщика

С решением о возобновлении проведения выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения или обеспечения по страхованию ознакомлен.

---

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

---

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)

---

(подпись)

---

(дата)

Место печати (при наличии)  
страхователя



к приказу Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 21.09.2016 № 143

Форма

Место штампа территориального  
органа страховщика

**Решение  
о продлении (об отказе в продлении) сроков представления документов**

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», с пунктом 7 статьи 26<sup>18</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>1</sup> (далее - Федеральный закон № 125-ФЗ), рассмотрев уведомление (письмо) от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ страхователя \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер  
в территориальном органе страховщика \_\_\_\_\_,  
Код подчиненности \_\_\_\_\_,  
ИНН \_\_\_\_\_,  
КПП \_\_\_\_\_,  
Адрес места нахождения организации (обособленного  
подразделения)/адрес постоянного места жительства  
индивидуального предпринимателя, физического лица \_\_\_\_\_,

о невозможности представления в течение десяти рабочих дней документов, истребованных на основании требования о представлении документов от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
(дата)

в соответствии со статьей 26<sup>18</sup> Федерального закона № 125-ФЗ

**РЕШИЛ:**

\_\_\_\_\_ представления документов.  
(продлить сроки или отказать в продлении сроков)

Сроки представления документов продлить до \_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального  
органа страховщика

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2016, № 27, ст. 4183

С решением \_\_\_\_\_ представления документов ознакомлен  
(о продлении или об отказе в продлении сроков)

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

\_\_\_\_\_  
или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Форма

Место штампа территориального  
органа страховщика

**Справка  
о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых  
страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты  
страхового обеспечения или обеспечения по страхованию**

от \_\_\_\_\_  
(дата)

№ \_\_\_\_\_

В соответствии с решением

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения или обеспечения по страхованию (выбрать нужное) страхователя:

\_\_\_\_\_  
(полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика \_\_\_\_\_ ,

Код подчиненности \_\_\_\_\_ ,

ИНН \_\_\_\_\_ ,

КПП \_\_\_\_\_ ,

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица \_\_\_\_\_ ,

за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ .  
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата \_\_\_\_\_ ,  
(дата)

проверка окончена \_\_\_\_\_ .  
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

|             |           |  |
|-------------|-----------|--|
| _____       | _____     | _____                                  |
| (должность) | (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
| _____       | _____     | _____                                  |
| (должность) | (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
| _____       | _____     | _____                                  |
| (должность) | (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
| _____       |           |  |
| (дата)      |           |  |

Справку о проведенной выездной проверке на \_\_\_\_\_ листах получил

\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)

\_\_\_\_\_

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

\_\_\_\_\_

(подпись) \_\_\_\_\_

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

\_\_\_\_\_

(подпись) \_\_\_\_\_

(дата)

Форма

Место штампа территориального  
органа страховщика

### Акт камеральной проверки

от \_\_\_\_\_  
(дата)

№ \_\_\_\_\_

Нами (мною), \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должности лиц, проводивших камеральную проверку)

\_\_\_\_\_ (наименование территориального органа страховщика)

проведена камеральная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения или обеспечения по страхованию (выбрать нужное) страхователя

\_\_\_\_\_ (полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика \_\_\_\_\_,  
Код подчиненности \_\_\_\_\_,  
ИНН \_\_\_\_\_,  
КПП \_\_\_\_\_,  
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица \_\_\_\_\_,

за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

Камеральная проверка проведена в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

1. Камеральная проверка начата \_\_\_\_\_, окончена \_\_\_\_\_.  
(дата) (дата)

2. Камеральная проверка проведена на основе представленных страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения или обеспечения по страхованию (выбрать нужное):

\_\_\_\_\_ (указываются виды проверенных сведений и документов и при необходимости перечень конкретных сведений и документов)

3. Настоящей проверкой выявлено:

\_\_\_\_\_ (указываются конкретные нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

4. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение

застрахованным лицом страхового обеспечения или обеспечения по страхованию либо на исчисление размера страхового обеспечения или размера обеспечения по страхованию (выбрать нужное) в сумме \_\_\_\_\_ рублей, в том числе:

| Период (месяц, год) | Сумма излишне понесенных расходов (в рублях) |
|---------------------|--|
|                     |  |
|                     |  |
|                     |  |

Приложение: на \_\_\_\_\_ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в

\_\_\_\_\_ (наименование территориального органа страховщика)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица  
территориального органа страховщика,  
проводившего камеральную проверку

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Подпись руководителя организации  
(обособленного подразделения) с  
указанием должности, индивидуального  
предпринимателя, физического лица  
(их уполномоченного представителя)

\_\_\_\_\_ (должность)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при  
наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил  
(количество)

\_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

\_\_\_\_\_ или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

---

(подпись лица, проводившего  
камеральную проверку)

---

(дата)

Форма

Место штампа территориального органа страховщика

**Акт выездной проверки**

от \_\_\_\_\_  
(дата)

№ \_\_\_\_\_

Нами (мною), \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

\_\_\_\_\_ (наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)

проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения или обеспечения по страхованию (выбрать нужное) страхователя

\_\_\_\_\_ (полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика \_\_\_\_\_,  
Код подчиненности \_\_\_\_\_,  
ИНН \_\_\_\_\_,  
КПП \_\_\_\_\_,  
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица \_\_\_\_\_.

за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

**1. Место проведения выездной проверки**

\_\_\_\_\_ (территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата \_\_\_\_\_, окончена \_\_\_\_\_  
(дата) (дата)

**3. В соответствии с решением**

\_\_\_\_\_ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) (дата)

выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_  
(дата)



4. В соответствии с решением \_\_\_\_\_

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

выездная проверка была возобновлена с \_\_\_\_\_

(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) в проверяемом периоде являлись:

\_\_\_\_\_ (наименование должности)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_ (наименование должности)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

6. Выездная проверка проведена \_\_\_\_\_

методом проверки представленных

(сплошным, выборочным)

следующих сведений и документов:

\_\_\_\_\_ (указываются виды проверенных сведений и документов и при необходимости перечень конкретных сведений и документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие сведения и документы:

\_\_\_\_\_ (указываются виды непредставленных сведений и документов и при необходимости перечень конкретных сведений и документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с \_\_\_\_\_

(дата)

по \_\_\_\_\_

(дата)

акт выездной проверки от \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений – указывается их существо))

10. Настоящей проверкой установлено:

\_\_\_\_\_ (указываются конкретные нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения или обеспечения по страхованию либо на исчисление размера страхового обеспечения или размера обеспечения по страхованию (выбрать нужное) в сумме \_\_\_\_\_ рублей, в том числе:

| Период (месяц, год) | Сумма излишне понесенных расходов (в рублях) |
|---------------------|--|
|                     |  |
|                     |  |
|                     |  |

Приложение: на \_\_\_\_\_ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в

(наименование территориального органа страховщика)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших проверку

|           |  |
|-----------|--|
| _____     | _____                                  |
| (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
| _____     | _____                                  |
| (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
| _____     | _____                                  |
| (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |

Подпись руководителя организации (обособленного подразделения) с указанием должности, индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)

|             |           |  |
|-------------|-----------|--|
| _____       | _____     | _____                                  |
| (должность) | (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил  
(количество)

\_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

\_\_\_\_\_ или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

\_\_\_\_\_ (подпись лица, проводившего выездную проверку)

\_\_\_\_\_ (дата)

Форма

Место штампа территориального  
органа страховщика

**Решение**  
**о возмещении страхователем излишне понесенных страховщиком расходов**  
**на выплату страхового обеспечения или обеспечения по страхованию**

от \_\_\_\_\_  
(дата)

№ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа страховщика)\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

рассмотрев акт выездной/камеральной (нужное подчеркнуть) проверки полноты и достоверности сведений и документов, представляемых страхователем для назначения и выплаты страхового обеспечения или обеспечения по страхованию (выбрать нужное) страхователя

\_\_\_\_\_  
(полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика \_\_\_\_\_,

Код подчиненности \_\_\_\_\_,

ИНН \_\_\_\_\_,

КПП \_\_\_\_\_,

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица \_\_\_\_\_,

за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_,  
(дата) (дата)

иные сведения и документы и другие материалы проверки, имеющиеся у территориального органа страховщика

\_\_\_\_\_  
(указываются конкретные сведения и документы и другие материалы)

а также \_\_\_\_\_,

(указываются письменные возражения страхователя, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)

при участии лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность при необходимости)

лицо, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченный представитель), надлежащим образом о времени и месте рассмотрения материалов проверки извещено, что подтверждается

\_\_\_\_\_  
(указывается подтверждающий документ)

на рассмотрение материалов проверки не явилось, в связи с чем \_\_\_\_\_

(принято решение о рассмотрении материалов проверки в отсутствие лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)

**УСТАНОВИЛ:**

---

(подробно описывается характер выявленных нарушений со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

в связи с чем в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»

**РЕШИЛ:**

1. Предложить страхователю возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения или обеспечения по страхованию либо на исчисление размера страхового обеспечения или размера обеспечения по страхованию (выбрать нужное), в сумме \_\_\_\_\_ рублей, код бюджетной классификации \_\_\_\_\_.

2. Направить страхователю в течение 10 рабочих дней со дня вступления в силу настоящего решения требование о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения или обеспечения по страхованию.

3. Настоящее решение в соответствии с пунктом 12 статьи 26<sup>20</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>1</sup> (далее - Федеральный закон № 125-ФЗ) вступает в силу по истечении 10 рабочих дней со дня его вручения лицу (его уполномоченному представителю), в отношении которого оно вынесено.

Настоящее решение может быть обжаловано в порядке, установленном статьей 26<sup>21</sup> Федерального закона № 125-ФЗ<sup>2</sup>.

---

(руководитель (заместитель руководителя) территориального органа страховщика)

---

(наименование территориального органа страховщика)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального  
органа страховщика

Копию решения о возмещении страхователем излишне понесенных страховщиком расходов на выплату страхового обеспечения или обеспечения по страхованию получил.

---

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения) или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))

---

(подпись)

---

(дата)

---

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2016, № 27, ст. 4183

<sup>2</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2016, № 27, ст. 4183

Форма

Место штампа территориального органа страховщика

**Требование  
о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения  
или обеспечения по страхованию**

от \_\_\_\_\_  
(дата)

№ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

ставит в известность страхователя

\_\_\_\_\_  
(полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика \_\_\_\_\_ ,  
Код подчиненности \_\_\_\_\_ ,  
ИНН \_\_\_\_\_ ,  
КПП \_\_\_\_\_ ,  
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица \_\_\_\_\_ ,

что решением о возмещении страхователем излишне понесенных страховщиком расходов на выплату страхового обеспечения или обеспечения по страхованию от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_ ,  
вынесенным

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

по результатам рассмотрения акта выездной/камеральной (нужное подчеркнуть) проверки полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения или обеспечения по страхованию (выбрать нужное) от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, территориальным органом страховщика определены излишне понесенные расходы в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения или обеспечения по страхованию либо на исчисление размера страхового обеспечения или размера обеспечения по страхованию (выбрать нужное) в сумме \_\_\_\_\_ рублей.

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» страхователю следует в срок до «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года возместить страховщику излишне понесенные им расходы в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения или обеспечения по страхованию либо на исчисление размера страхового обеспечения или размера обеспечения по

страхованию (выбрать нужное), в сумме \_\_\_\_\_ рублей на код бюджетной классификации \_\_\_\_\_.

В случае неисполнения страхователем в установленный срок требования о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения или обеспечения по страхованию взыскание указанных расходов осуществляется в судебном порядке.

\_\_\_\_\_  
(руководитель (заместитель руководителя) территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального  
органа страховщика

Требование о возмещении излишне понесенных расходов на выплату страхового обеспечения или обеспечения по страхованию получил.

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения) или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)