



# ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



**П Р И К А З**

МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*А.А. Артемов* ЗАРЕГИСТРИРОВАНО № 43

Регистрационный № 64054

от "01" июля 2024 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;

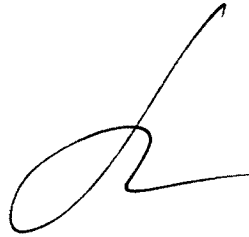
форму акта камеральной проверки согласно приложению № 6;

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 21.09.2021 № 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)

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 \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_,  
(дата) (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)