

Додаток 1

до Порядку надсилання повідомлення про виявлені порушення,
вимоги про компенсацію суми страхової виплати за листком
непрацездатності, сформованим на підставі необґрунтованого
медичного висновку про тимчасову непрацездатність
(пункт 3)

Повідомлення про виявлені порушення

від _____ 20__ року N _____

За результатами перевірки обґрунтованості видачі та продовження листків непрацездатності,
виданих _____

_____ (найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

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

(ідентифікаційний код в Єдиному державному реєстрі підприємств та організацій України / реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті громадянина України (далі - паспорт) або серія (за наявності) та номер паспорта)

_____ (адреса місцезнаходження закладу охорони здоров'я або адреса задекларованого / зареєстрованого місця проживання (перебування) фізичної особи - підприємця, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

(довідка про перевірку обґрунтованості видачі та продовження листків непрацездатності від _____ 20__ року N _____),
встановлені порушення: _____

Повідомлення про виявлені порушення надсилається суб'єкту господарювання як підстава для їх усунення, зупинення фінансування страхових виплат, компенсації відповідної суми страхових виплат у порядку, визначеному частинами третьою - шостою статті 28 Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування".

Це повідомлення може бути оскаржене в адміністративному порядку до Пенсійного фонду України (вул. Бастіонна, буд. 9, м. Київ-14, 01601) через адміністративний орган, що надіслав це повідомлення (Головне управління Пенсійного фонду України в(у)

_____, _____),
(адреса місцезнаходження територіального органу Пенсійного фонду України)
протягом тридцяти календарних днів з дня його отримання та/або в судовому порядку.

**Найменування посади
керівника / уповноваженої особи
територіального органу
Пенсійного фонду України**

підпис

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

Додаток 2
до Порядку надсилання повідомлення про виявлені порушення,
вимоги про компенсацію суми страхової виплати за листком
непрацездатності, сформованим на підставі необґрунтованого
медичного висновку про тимчасову непрацездатність
(пункт 4)

**Вимога
про компенсацію суми страхової виплати за листком непрацездатності, сформованим на підставі необґрунтованого
медичного висновку про тимчасову непрацездатність**

від _____ 20__ року

N _____

За результатами перевірки обґрунтованості видачі та продовження листка непрацездатності,
виданого _____

(найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи -
підприємця, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

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

(ідентифікаційний код в Єдиному державному реєстрі підприємств та організацій України / реєстраційний номер облікової
картки платника податків (крім осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного
номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у
паспорті громадянина України (далі - паспорт) або серія (за наявності) та номер паспорта фізичної особи)

(адреса місцезнаходження закладу охорони здоров'я або адреса задекларованого / зареєстрованого місця проживання
(перебування) фізичної особи - підприємця, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної
практики)

встановлено, що за листком непрацездатності N _____,
сформованим на підставі необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність
(довідка про перевірку обґрунтованості видачі та продовження листків непрацездатності від _____
_____ 20__ року N _____, повідомлення про виявлені порушення від
_____ 20__ року N _____), призначено та здійснено страхові
виплати у сумі _____ грн _____ коп. (_____
_____).

(сума прописом)

Відповідно до статті 28 Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування"
(далі - Закон) Головне управління Пенсійного фонду України в(у) _____

1. **ВИМАГАЄ** сплатити заборгованість у сумі:

Загальна сума боргу (грн, коп.)	у тому числі	
	сума компенсації страхової виплати	сума пені в розмірі 0,1 відсотка*

	(грн, коп.)	кількість днів прострочення*	сума нарахованої пені (грн, коп.)*
1	2	3	4

* Графи 3, 4 заповнюються після сплати суми компенсації страхової виплати для стягнення нарахованої пені в розмірі 0,1 відсотка суми компенсованої страхової виплати, розрахованої за кожний день прострочення платежу, починаючи з дня, що припадає на закінчення десятиденного строку сплати, до дня сплати включно, при цьому графа 2 не заповнюється.

Сума компенсації страхової виплати сплачена _____ 20__ року (платіжне доручення від _____ 20__ року N _____).

2. Сума, зазначена у вимозі, підлягає сплаті на рахунок територіального органу Пенсійного фонду України протягом десяти календарних днів з дня надходження цієї вимоги за такими реквізитами:

Отримувач: _____

Код отримувача: _____

Рахунок отримувача: _____

Код ID НБУ: _____

Надавач платіжних послуг
отримувача: _____

Призначення платежу: _____

3. У разі несплати суми, зазначеної в пункті 1 вимоги, ця вимога передається до органу державної виконавчої служби для стягнення в примусовому порядку протягом трьох місяців з дати, зазначеної в пункті 4 вимоги.

4. Дата набрання чинності цієї вимоги _____.

5. Ця вимога може бути оскаржена протягом десяти календарних днів з дня її отримання до керівника територіального органу Пенсійного фонду України, уповноважена посадова особа якого підписала цю вимогу (до начальника Головного управління Пенсійного фонду України в(у) _____, за
адресою: _____).

У разі, якщо вимога підписана керівником територіального органу Пенсійного фонду України, вона може бути оскаржена в адміністративному порядку до Пенсійного фонду України (вул. Бастіонна, буд. 9, м. Київ-14, 01601) через адміністративний орган, що сформував та надіслав вимогу (Головне управління Пенсійного фонду України в(у) _____,

(адреса місцезнаходження територіального органу Пенсійного фонду України)

_____), та/або в судовому порядку.

6. Заклад охорони здоров'я або фізична особа - підприємець, яка отримала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, у разі сплати компенсації суми страхової виплати за листком непрацездатності, сформованим на підставі необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність, мають право зворотної вимоги (регресу) до лікаря, який сформував необґрунтований медичний висновок про тимчасову непрацездатність, у визначеному ними розмірі, але не більше розміру сплаченої суми компенсації страхової виплати за таким листком непрацездатності.

**Найменування посади
керівника / уповноваженої особи
територіального органу
Пенсійного фонду України**

підпис

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

Додаток 3

до Порядку надсилання повідомлення про виявлені порушення,
вимоги про компенсацію суми страхової виплати за листком
непрацездатності, сформованим на підставі необґрунтованого
медичного висновку про тимчасову непрацездатність
(пункт 7)

Квитанція

про розміщення документа в електронному кабінеті на вебпорталі електронних послуг Пенсійного фонду України

Дата формування квитанції: _____ 20__ року

N _____

Назва розміщеного документа: _____

Дата і номер розміщеного документа: _____ 20__ року N _____

Документ розміщено Головним управлінням Пенсійного фонду України в(у)

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

(ідентифікаційний код в Єдиному державному реєстрі підприємств та організацій України)

в електронному кабінеті на вебпорталі електронних послуг Пенсійного фонду України:

(найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

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

(ідентифікаційний код в Єдиному державному реєстрі підприємств та організацій України / реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті громадянина України (далі - паспорт) або серія (за наявності) та номер паспорта)

Дата і час розміщення документа в електронному кабінеті на вебпорталі електронних послуг Пенсійного фонду України:

_____ 20__ року; _____ год _____ хв.

Дата і час відкриття документа в електронному кабінеті страхувальника на вебпорталі електронних послуг Пенсійного фонду України:

_____ 20__ року; _____ год _____ хв.

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи, яка відкрила документ в електронному кабінеті страхувальника на вебпорталі електронних послуг Пенсійного фонду України:

_____.
