|  |  |
| --- | --- |
|  | **Головне управління**  **Пенсійного фонду**  **в Івано - Франківській області** |
|  |  |

**ПАМ’ЯТКА**

***КЕРІВНИКАМ ПІДПРИЄМСТВ,***

***УСТАНОВ ТА ОРГАНІЗАЦІЙ***

***Івано-Франківськ***

***2023***

**СТРАХОВИЙ ВИПАДОК:**

**АЛГОРИТМ ДІЙ. ПАМ’ЯТКА РОБОТОДАВЦЮ**

***Отримавши інформацію про нещасний випадок або гостре професійне захворювання, необхідно дотримуватися наступного алгоритму дій.***

1️. Дати не пізніше наступного робочого дня повідомлення про випадок до Головного управління Пенсійного фонду України в Івано-Франківській області та Держпраці за місцем настання.

2. Утворити не пізніше наступного робочого дня комісію з розслідування випадку з зазначенням дати початку і завершення розслідування та направити копію наказу до Головного управління Пенсійного фонду України в Івано-Франківській області.

3️. Забезпечити протягом 5 робочих днів розслідування випадку, складання, підписання і надання роботодавцю на затвердження актів за формою Н-1.

4️. Розглянути і затвердити протягом 2 робочих днів акти за формою Н-1.

5️. У разі необхідності продовження розслідування випадку для встановлення обставин і причин його настання:

*🔸 заздалегідь (не пізніше останнього робочого дня визначеного терміну розслідування) отримати з Держпраці письмове погодження;*

*🔸 видати наказ на продовження розслідування (рекомендовано наступним робочим днем від дати останнього дня визначеного наказом терміну розслідування;*

*🔸 в наказі зазначити строк складання, підписання актів за формою Н-1, надання їх на затвердження (рекомендовано зазначати: «Не пізніше наступного робочого дня після отримання необхідних матеріалів та висновків»);*

*🔸 копію наказу на продовження розслідування надати до Головного управління Пенсійного фонду України в Івано-Франківській області не пізніше наступного робочого дня.*

6️. Організувати протягом 5 робочих днів після затвердження актів за формою Н-1 формування необхідної кількості копій матеріалів розслідування разом з актами, їх прошиття та нумерацію.

7️. Надіслати матеріали розслідування до Головного управління Пенсійного фонду України в Івано-Франківській області протягом 3 робочих днів після їх формування.

8. Протягом 2 робочих днів після затвердження актів за формою Н-1 видати наказ про вжиття запропонованих комісією заходів до запобігання виникненню подібних випадків у визначені в акті строки та направити копію наказу до Головного управління Пенсійного фонду України в Івано-Франківській області.

9. По завершенню визначених строків виконання наказу про вжиття запропонованих комісією заходів, інформувати в письмовій формі Головне управління Пенсійного фонду України в Івано-Франківській області.

10. Після закінчення періоду тимчасової непрацездатності потерпілого роботодавець протягом 10 робочих днів складає відомості про наслідки нещасного випадку та/або гострого професійного захворювання (отруєнь), аварії за формою Н-2 (далі — повідомлення за формою Н-2), де зазначається про закінчення періоду тимчасової непрацездатності потерпілого; смерть потерпілого внаслідок раптового погіршення стану здоров’я, що підтверджується висновком закладу охорони здоров’я; встановлення заключного діагнозу; смерть потерпілого внаслідок нещасного випадку, що стався раніше, що підтверджується висновком судово-медичної експертизи про наслідковий зв’язок з нещасним випадком; встановлення інвалідності потерпілому чи його смерть внаслідок одержаної ним травми.

Повідомлення за формою Н-2 протягом трьох робочих днів надсилається роботодавцем організаціям та особам, яким надсилались акти за формою Н-1, додається до матеріалів розслідування та зберігається разом з ними відповідно до вимог цього Порядку.

Додаток 2

**ПОВІДОМЛЕННЯ**  
про нещасний випадок / гостре професійне захворювання (отруєння)

1. Дата і час настання нещасного випадку / гострого професійного захворювання (отруєння) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Найменування підприємства (установи, організації) та органу, до сфери управління якого воно належить (в разі наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Код підприємства (установи, організації) згідно з ЄДРПОУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основний код за КВЕД (класифікація видів економічної діяльності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Місцезнаходження та контактні телефони підприємства (установи, організації), працівником якого є потерпілий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Місце, де стався (сталося) нещасний випадок (гостре професійне захворювання (отруєння) (виробництво, дільниця, приміщення, цех, інше підприємство, установа або організація тощо), і його стисла характеристика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Відомості про потерпілого (потерпілих):

прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата народження (число, місяць, рік) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

професія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наявність трудового ( іншого ) договору\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Характер, ступінь тяжкості травм ( дата смерті) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сімейний стан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Стислий опис обставин і ймовірні причини настання нещасного випадку, гострого професійного захворювання (отруєння) (згідно з класифікатором, зазначеним у додатку 9 до Порядку розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій на виробництві) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Відомості про кандидатури представників підприємства, установи або організації та його уповноваженого органу чи наглядової ради (у разі її утворення), запропоновані для включення до складу спеціальної комісії \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності), посада, контактні телефони)

9. Дата і час передачі повідомлення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Причина несвоєчасної передачі повідомлення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (посада роботодавця) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ініціали (ініціал власного імені) та прізвище) |