

Приказ ФСС РФ от 17.05.2021 N 193

"Об утверждении Порядка определения расходов на выплату обеспечения по страхованию, понесенных территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации, формы заявления страхователя о возврате перечисленных капитализированных платежей и (или) об их зачете в счет предстоящих платежей по страховым взносам и формы решения территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации о возврате (об отказе в возврате) перечисленных капитализированных платежей и (или) об их зачете (отказе в зачете) в счет предстоящих платежей по страховым взносам"

(Зарегистрировано в Минюсте России 13.08.2021 N 64626)

Зарегистрировано в Минюсте России 13 августа 2021 г. N 64626

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 17 мая 2021 г. N 193

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА
ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАСХОДОВ НА ВЫПЛАТУ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПО СТРАХОВАНИЮ,
ПОНЕСЕННЫХ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМ ОРГАНОМ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ФОРМЫ ЗАЯВЛЕНИЯ
СТРАХОВАТЕЛЯ О ВОЗВРАТЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КАПИТАЛИЗИРОВАННЫХ
ПЛАТЕЖЕЙ И (ИЛИ) ОБ ИХ ЗАЧЕТЕ В СЧЕТ ПРЕДСТОЯЩИХ ПЛАТЕЖЕЙ
ПО СТРАХОВЫМ ВЗНОСАМ И ФОРМЫ РЕШЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО
ОРГАНА ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
О ВОЗВРАТЕ (ОБ ОТКАЗЕ В ВОЗВРАТЕ) ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ
КАПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПЛАТЕЖЕЙ И (ИЛИ) ОБ ИХ ЗАЧЕТЕ
(ОТКАЗЕ В ЗАЧЕТЕ) В СЧЕТ ПРЕДСТОЯЩИХ ПЛАТЕЖЕЙ
ПО СТРАХОВЫМ ВЗНОСАМ**

В соответствии со [статьей 23.1](#) Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 31, ст. 3803; 2021, N 15, ст. 2448), приказываю:

утвердить по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации:

Порядок определения расходов на выплату обеспечения по страхованию, понесенных территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации, согласно [приложению N 1](#) к настоящему приказу;

форму заявления страхователя о возврате перечисленных капитализированных платежей и (или) об их зачете в счет предстоящих платежей по страховым взносам согласно [приложению N 2](#) к настоящему приказу;

форму решения территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации о возврате (об отказе в возврате) перечисленных капитализированных платежей и (или) об их зачете (отказе в зачете) в счет предстоящих платежей по страховым взносам согласно [приложению N 3](#) к настоящему приказу.

Временно исполняющий обязанности
председателя Фонда
А.П.ПОЛИКАШИН

Приложение N 1
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 17 мая 2021 г. N 193

**ПОРЯДОК
ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАСХОДОВ НА ВЫПЛАТУ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПО СТРАХОВАНИЮ,
ПОНЕСЕННЫХ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМ ОРГАНОМ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

1. Настоящий Порядок устанавливает порядок определения расходов на выплату обеспечения по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее - обеспечение по страхованию), понесенных территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации (далее - расходы, территориальный орган страховщика), за период с даты принятия арбитражным судом решения о признании должника банкротом и об открытии конкурсного производства до даты прекращения производства по делу о банкротстве в соответствии с абзацами четвертым, шестым и седьмым пункта 1 статьи 57 Федерального закона от 26 октября 2002 г. N 127-ФЗ "О несостоятельности (банкротстве)" <1> (далее - прекращение производства по делу о банкротстве).

<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 43, ст. 4190; 2009, N 1, ст. 4.

2. Определение расходов осуществляется территориальным органом страховщика в течение пяти рабочих дней со дня поступления от страхователя заявления о возврате перечисленных капитализированных платежей и (или) об их зачете в счет предстоящих платежей по страховым взносам, поданного по утвержденной форме.

3. К видам обеспечения по страхованию, учитываемым как расходы, относятся следующие виды страхового обеспечения:

а) ежемесячные страховые выплаты застрахованному либо лицам, имеющим право на получение ежемесячных страховых выплат в случае его смерти;

б) оплата дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного.

4. Для расчета расходов территориальный орган страховщика:

а) определяет количество страховых случаев и количество получателей, которым территориальным органом страховщика предоставлялось обеспечение по страхованию, включая лиц, имеющих право на получение ежемесячной страховой выплаты в случае смерти застрахованного (далее - получатели обеспечения по страхованию);

б) осуществляет расчет размера расходов, предусмотренных **пунктом 3** настоящего Порядка, по получателям обеспечения по страхованию, исходя из произведенных выплат за период с даты открытия конкурсного производства до даты прекращения производства по делу о банкротстве.

5. Расчет расходов по получателям обеспечения по страхованию осуществляется территориальным органом страховщика по каждому страховому случаю по следующим формулам: $C_1 = C1 + C2$ и (или) $B_1 = B1 + B2$,

где: C_1 (B_1) - общая сумма расходов по каждому страховому случаю;

$C1$ - расходы на ежемесячные страховые выплаты пострадавшему в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания;

$C2$ - дополнительные расходы на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию пострадавшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания;

$B1$, $B2$ - расходы на ежемесячные страховые выплаты лицам, имеющим право на ежемесячную страховую выплату в связи со смертью застрахованного, по страховому случаю.

Общий объем расходов рассчитывается по следующей формуле: $P = C_1 + C_2 + C_3 + C_4 + C_5 + \dots + B_1 + B_2 + B_3$,

где: P - общий объем расходов.

6. Итоговая сумма, подлежащая зачету (возврату), рассчитывается территориальным органом страховщика как разница между перечисленными капитализированными платежами и общим объемом расходов, определенных территориальным органом страховщика в соответствии с настоящим Порядком.

Приложение N 2
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 17.05.2021 N 193

Форма

Руководителю _____

(должность руководителя
(заместителя
руководителя)
территориального органа

страховщика)

фамилия, имя, отчество (при наличии)
ПОЛНОСТЬЮ

Заявление
страхователя о возврате перечисленных капитализированных
платежей и (или) об их зачете в счет предстоящих платежей
по страховым взносам

Страхователь _____
(полное наименование организации, фамилия, имя, отчество
(при наличии) индивидуального предпринимателя,
физического лица)

регистрационный номер страхователя _____,
код подчиненности _____,
ИНН _____,
КПП _____,

адрес места нахождения организации/
адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя,
физического лица _____,

в соответствии со [статьей 23.1](#) Федерального закона от 24 июля 1998 г.
N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на
производстве и профессиональных заболеваний" в связи с прекращением
производства по делу о банкротстве по следующему основанию (нужное отметить
знаком "V"):

- заключение мирового соглашения;
- отказ всех кредиторов, участвующих в деле о банкротстве, от заявленных
требований или требования о признании должника банкротом;
- удовлетворение всех требований кредиторов, включенных в реестр
требований кредиторов, в ходе любой процедуры, применяемой в деле о
банкротстве

просит произвести (нужное отметить знаком "V"):

- возврат сумм перечисленных капитализированных платежей в сумме:
_____ руб. _____ коп.

путем перечисления денежных средств на счет страхователя
N _____ в банке _____
(полное наименование банка)

ИНН _____ КПП _____ корр/счет _____
БИК _____ ОКТМО _____
N лицевого счета _____ КБК _____

_____ (наименование финансового органа)

- зачет сумм перечисленных капитализированных платежей в счет уплаты
страховых взносов в сумме: _____ руб. _____ коп.

Уточнение наименования платежа _____

Наименование территориального органа Фонда

социального страхования Российской Федерации _____
ИНН администратора доходов бюджета _____
КПП администратора доходов бюджета _____
Реквизиты казначейского счета по месту _____
регистрации страхователя _____
ИНН органа Федерального казначейства _____
КПП органа Федерального казначейства _____
Наименование банка _____
БИК _____
Расчетный счет _____
Код бюджетной классификации _____
Код ОКТМО _____

Руководитель
организации

Главный бухгалтер
(при наличии)

Законный или
уполномоченный
представитель
страхователя

Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя страхователя _____

Наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя страхователя _____

Приложение: копия вступившего в законную силу судебного акта от "___" _____ 20__ г. N _____ о прекращении производства по делу о банкротстве <1>.

от _____

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

<1> В соответствии со [статьей 23.1](#) Федерального закона от 24.07.1998 N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 31, ст. 3803; 2021, N 15, ст. 2448).

Приложение N 3
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 17.05.2021 N 193

Форма

Место штампа
территориального органа страховщика

Решение
территориального органа Фонда социального страхования
Российской Федерации о возврате (об отказе в возврате)
перечисленных капитализированных платежей и (или) об их
зачете (отказе в зачете) в счет предстоящих платежей
по страховым взносам

ОТ _____

N _____

В соответствии со [статьей 23.1](#) Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" (далее - Федеральный закон от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ)

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа
Фонда социального страхования Российской Федерации)

(наименование территориального органа Фонда социального страхования
Российской Федерации)

(фамилия, имя и отчество (при наличии) руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа Фонда социального страхования
Российской Федерации)

РЕШИЛ:

1. Произвести возврат (зачет) сумм перечисленных капитализированных платежей на основании заявления страхователя от "___" _____ 20__ г. N ___

(полное наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер <1> _____,

код подчиненности _____,

ИНН _____,

КПП _____,

ОКТМО _____,

адрес места нахождения организации/адрес _____,

постоянного места жительства индивидуального _____,

предпринимателя, физического лица _____

в следующих размерах:

Наименование показателя	Сумма (в рублях и копейках)
Капитализированные платежи	
Расходы на выплату обеспечения по страхованию, понесенных территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации	
Итого сумма (в рублях и копейках), подлежащая зачету (возврату)	

Перечисленные капитализированные платежи за вычетом расходов на выплату обеспечения по страхованию, понесенных территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации, подлежат:

возврату в сумме _____ руб. ___ коп. путем перечисления денежных средств на счет страхователя:

N _____ в банке _____
(полное наименование банка)

ИНН _____ КПП _____ корреспондентский счет _____

БИК _____ ОКТМО _____

N лицевого счета _____

зачету в счет предстоящих платежей по страховым взносам
в сумме _____ руб. _____ коп.

2. Отказать в проведении возврата (зачета) сумм перечисленных капитализированных платежей по следующему основанию:

несоблюдение срока, предусмотренного **частью 4 статьи 23.1**
Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ

отсутствие копии вступившего в законную силу судебного акта от "___"
_____ 20__ г. N ___ о прекращении производства по делу о

банкротстве

неисполнение установленной Федеральным [законом](#) от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ обязанности по уплате страховых взносов в полном объеме на дату поступления в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации заявления о возврате перечисленных капитализированных платежей и (или) об их зачете в счет предстоящих платежей по страховым взносам

(нужное
отметить
знаком
"V")

Прочее (указать основание)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати
территориального органа Фонда
социального страхования
Российской Федерации

<1> Присвоенный территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации по месту регистрации страхователя.