

Отделение Фонда пенсионного и социального страхования  
по Оренбургской области

# Порядок информирования страховщика – ОСФР по Оренбургской области – о несчастных случаях на производстве



- ✔ **Трудовой кодекс Российской Федерации (статьи 227-230.1)**
- ✔ **Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (статьи 7, 9, 17, 18)**
- ✔ **Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 20.04.2022 № 223н «Об утверждении Положения об особенностях расследования несчастных случаев на производстве в отдельных отраслях организациях, форм документов, соответствующих классификаторов, необходимых для расследования несчастных случаев на производстве»**



**!!!** О тяжелом несчастном случае или несчастном случае со смертельным исходом **работодатель** (его представитель) **обязан** проинформировать **родственников пострадавшего**

- в территориальный орган Роструда по месту происшедшего несчастного случая;
- в прокуратуру по месту происшедшего несчастного случая;
- в орган исполнительной власти субъекта РФ, осуществляющий полномочия по реализации государственной политики в области охраны труда на территории субъекта РФ, и орган местного самоуправления по месту происшедшего несчастного случая;
- работодателю, направившему работника, с которым произошел несчастный случай;
- в территориальный орган соответствующего федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственный контроль (надзор) в установленной сфере деятельности, если несчастный случай произошел в организации или на объекте, подконтрольных этому органу;
- в соответствующий федеральный орган исполнительной власти, если несчастный случай произошел в подведомственной ему организации;
- соответствующее территориальное объединение организаций профсоюзов.

- ✓ Рекомендуемая форма извещения о несчастном случае с легким исходом (*рекомендации Социального фонда России от 06.06.2023 № СЧ-35-18/91275*)
- ✓ Извещение о тяжелом несчастном случае с тяжелым исходом (групповом) и со смертельным исходом (*приказ Министерства труда и социального развития РФ от 20.04.2022 № 223н*)

## Размещение

[Главная](#) / [Отделение по Оренбургской области](#) / [Информация для жителей региона](#) / [Расследование и учет несчастных случаев ...](#)

Формы извещений размещены на региональной странице Социального фонда России по Оренбургской области в разделе «Информация для жителей региона» - «Страхователям»



Расследование и учет несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, экспертиза для проверки наступления страхового случая

Нормативные правовые акты

Формы документов

Справочная информация



Работодатель

Извещение направляется на адрес электронной почты [info@56.sfr.gov.ru](mailto:info@56.sfr.gov.ru) или факсом на номер (3532) 98-00-25



ОСФР по Оренбургской области

# Форма извещения о несчастном случае с легким исходом

Форма (рекомендуемая)

(наименование адресата, адрес)

№ \_\_\_\_\_

(дата)

## ИЗВЕЩЕНИЕ о легком несчастном случае на производстве

(наименование организации)

Регистрационный номер страхователя \_\_\_\_\_

ОКВЭД на дату случая \_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы работодателя - физического лица)

(контактный телефон работодателя (его представителя), факс, электронная почта)

### ИНФОРМАЦИЯ О НЕЩАСТНОМ СЛУЧАЕ

Дата происшествия \_\_\_\_\_

(дд мм гггг)

Время происшествия \_\_\_\_\_

(местное время, час:мин)

Место происшествия \_\_\_\_\_

### КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ НЕЩАСТНОГО СЛУЧАЯ

(выполняемая работа, краткое описание места происшествия и обстоятельств, при которых произошел несчастный случай)

### ИНФОРМАЦИЯ О ПОСТРАДАВШЕМ

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Дата рождения \_\_\_\_\_

(дд мм гггг)

Пол

- мужской

- женский

Профессия (должность) \_\_\_\_\_

Статус работы,  
при выполнении которой  
произошел несчастный  
случай

- работа по трудовому договору, заключенному со страхователем

- работа физического лица, осужденного к лишению свободы и привлекаемого к труду страхователем

- работа по гражданско-правовому договору, в соответствии с которым заказчик обязан уплачивать страховщику страховые взносы

СНИЛС \_\_\_\_\_

Наступление временной

нетрудоспособности

да/нет/сведения отсутствуют

(нужное подчеркнуть)

Наличие заключения медицинской организации о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести (учетная форма № 315/у)

- в наличии

№ справки \_\_\_\_\_

дата справки \_\_\_\_\_

- нет данных

Лицо, передавшее извещение о легком несчастном случае на производстве,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Должно быть \_\_\_\_\_

Дата передачи \_\_\_\_\_

(дд мм гггг)

Контактный номер телефона \_\_\_\_\_

Время передачи \_\_\_\_\_

(местное время, час:мин)

Лицо, принявшее извещение о несчастном случае,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))



Должно быть \_\_\_\_\_

Дата получения \_\_\_\_\_

(дд мм гггг)

Время получения \_\_\_\_\_

(местное время, час:мин)

Подпись \_\_\_\_\_

# Извещение о несчастном случае с легким исходом

Форма (рекомендуемая)

(наименование адресата, адрес)

В «шапке» извещения указывается наименование страховщика и его юридический адрес:  
*ОСФР по Оренбургской области  
460040, г.Оренбург, ул.Мира, д. 18А.*

№

(дата)

Указывается дата и номер зарегистрированного исходящего извещения страхователя

Наименование организации

(наименование организации)

Регистрационный номер страхователя

Регистрационный номер страхователя по обязательному социальному страхованию в формате 56XXXXXXXXXX.

ОКВЭД на дату случая

ОКВЭД указывается согласно данных единого государственного реестра на дату происшествия.

(фамилия, инициалы работодателя - физического лица)

Указывает полностью ФИО руководителя (представителя руководителя), контактные телефоны, номера факсов с указанием кода города и адрес электронной почты.

(контактный телефон работодателя (его представителя), факс, электронная почта)

## ИНФОРМАЦИЯ О НЕСЧАСТНОМ СЛУЧАЕ

Дата происшествия

□

□ Время происшествия □

□

(дд.мм.гггг)

↑

(местное время, чч.мм)

Место происшествия □

□

Заполняется дата в формате ДД.ММ.ГГГГ и время в формате ЧЧ.ММ произошедшего несчастного случая.

Место происшествия – может быть указан почтовый адрес, участок местности, километр автодороги и пр.

## КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ

(выполнявшаяся работа, краткое описание места происшествия и обстоятельств, при которых произошел несчастный случай)

Указывается выполнявшаяся работа, описание места происшествия и обстоятельств, при которых произошел несчастный случай с пострадавшим (ми).

# Извещение о несчастном случае с легким исходом

## ИНФОРМАЦИЯ О ПОСТРАДАВШЕМ

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол  - мужской  
(дд.мм.гггг)

- женский

Профессия (должность) \_\_\_\_\_

Статус работы, при выполнении которой произошел несчастный случай

- работа по трудовому договору, заключенному со страхователем

- работа физического лица, осужденного к лишению свободы и привлекаемого к труду страхователем

- работа по гражданско-правовому договору, в соответствии с которым заказчик обязан уплачивать страховщику страховые взносы

СНИЛС указывается в формате XXX-XXX-XXX XX.

СНИЛС \_\_\_\_\_

Наступление временной нетрудоспособности

да/нет/сведения отсутствуют  
(нужное подчеркнуть)

Наличие заключения медицинской организации о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести (учетная форма № 315/у)

- в наличии

№ справки \_\_\_\_\_

дата справки \_\_\_\_\_

- нет данных

Лицо, передавшее извещение о легком несчастном случае на производстве,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Должность \_\_\_\_\_

Дата передачи \_\_\_\_\_

(дд.мм.гггг)

Контактный номер телефона \_\_\_\_\_

Время передачи \_\_\_\_\_

(местное время, чч.мм)

Подпись \_\_\_\_\_

Указывается ФИО пострадавшего, его дата рождения в формате ДД.ММ.ГГГГ. Проставляет отметкой  пол пострадавшего.

Указывается профессия/должность пострадавшего на дату несчастного случая.

Проставляется чек-бок (галочка) статуса работы, при выполнении которой произошел НС.

Подчеркивается соответствующий вариант сведений о наступление временной нетрудоспособности.

Проставляется галочка о наличии либо отсутствии заключения медицинской организации и реквизиты заключения.

Информация о лице, передавшем извещение, заполняется полностью. Указывается ФИО, должность, контактный номер телефона

Указывается дата передачи в формате ДД.ММ.ГГГГ и время передачи - местное в формате ЧЧ.ММ.

Проставляется подпись лица, передавшего извещение

# Форма извещения о тяжелом несчастном случае с тяжелым исходом (групповом) и со смертельным исходом

Форма № 1

## ИЗВЕЩЕНИЕ о несчастном случае на производстве (групповом, тяжелом несчастном случае, несчастном случае со смертельным исходом)

Код

1.	<input type="text" value="наименование организации, адрес в пределах места нахождения юридического лица, идентификационный номер налогоплательщика"/>	ИНН
	<input type="text" value="ведомственная и отраслевая принадлежность (код основного вида экономической деятельности по ОКВЭД), численность работников"/>	ОКВЭД
	<input type="text" value="фамилия, инициалы работодателя – физического лица, его регистрационные данные"/>	Код 3.04.
2.	<input type="text" value="контактный телефон работодателя (его представителя), факс, электронная почта"/>	
	<input type="text" value="(дата и время (местное) несчастного случая, выполнявшаяся работа, краткое описание места происшествия и обстоятельства, при которых произошел несчастный случай)"/>	
3.	<input type="text" value="(число пострадавших, в том числе погибших)"/>	
4.	<input type="text" value="(фамилия, инициалы и профессиональный статус пострадавшего (пострадавших))"/>	Код 3.12
	<input type="text" value="профессия (должность), дата рождения или возраст –"/>	Код 3.14.
	<input type="text" value="при групповых несчастных случаях указывается для каждого пострадавшего отдельно"/>	
5.	<input type="text" value="(характер и тяжесть повреждений здоровья, полученных пострадавшим (пострадавшими) –"/>	
	<input type="text" value="при групповых несчастных случаях указывается для каждого пострадавшего отдельно"/>	
6.	<input type="text" value="(фамилия, инициалы, должность лица, передавшего извещение, контактный телефон, дата и время передачи извещения)"/>	
7.	<input type="text" value="(фамилия, инициалы лица, принявшего извещение, дата и время получения извещения)"/>	

Заполнение извещения осуществляется в строгом соответствии с рекомендациями, указанными в подстрочнике формы.

Коды проставляются в соответствии с классификаторами, предусмотренными Приложением № 3 к Приказу Минтруда России от 20.04.2022 № 223н.



При заполнении извещения используется классификатор «Ш. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КЛАССИФИКАТОРЫ» (*Приложение № 3 к Приказу Минтруда от 20.04.2022 № 223н*)

В классификаторе:

первая цифра 3. – номер классификатора согласно приказу Минтруда от 20.04.2022 № 223н,

вторая цифра – код из классификатора,

третью цифру проставляет работодатель, выбирая соответствующее значение.

**ИЗВЕЩЕНИЕ**  
о несчастном случае на производстве  
(групповом, тяжелом несчастном случае,  
несчастном случае со смертельным исходом)

Форма № 1

Код 3.01
----------



В позиции «Код 3.01» Извещения указывается код категории несчастного случая в соответствии с Классификатором №3.

Например, для группового случая следует указать 3.01.04, при несчастном случае со смертельным исходом - 3.01.03, при тяжелом несчастном случае - 3.01.02.

# Заполнение пункта 1 Извещения о несчастном случае

1.	ИИН
(наименование организации, адрес в пределах места нахождения юридического лица, идентификационный номер налогоплательщика,	ОКВЭД
ведомственная и отраслевая принадлежность (код основного вида экономической деятельности по ОКВЭД), численность работников;	Код 3.04.
фамилия, инициалы работодателя – физического лица, его регистрационные данные)	
(контактный телефон работодателя (его представителя), факс, электронная почта)	

1.	(наименование организации, адрес в пределах места нахождения юридического лица, идентификационный номер налогоплательщика,
ведомственная и отраслевая принадлежность (код основного вида экономической деятельности по ОКВЭД), численность работников;	
фамилия, инициалы работодателя – физического лица, его регистрационные данные)	
(контактный телефон работодателя (его представителя), факс, электронная почта)	

Указывается полное наименование страхователя, его юридический адрес, идентификационный номер налогоплательщика, ОКВЭД – согласно данных единого государственного реестра на дату происшествия (ИИН и ОКВЭД проставляются и в пункте 1, и в табличной форме, в соответствующих графах, находящихся справа), фактическая численность работников организации на дату несчастного случая.

Если работодатель является физическим лицом, то указываются фамилия, инициалы работодателя - физического лица, его регистрационные данные.

Указываются контактные телефоны, номера факсов с указанием кода города и адрес официальной электронной почты работодателя.

ИИН
ОКВЭД
Код 3.04.

ИИН страхователя

ОКВЭД страхователя

Код указывается в соответствии с Классификатором № 3

# Заполнение пунктов 2-4 извещения о несчастном случае

2. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(дата и время (местное) несчастного случая, выполнявшаяся работа, краткое описание места происшествия и обстоятельств, при которых произошел несчастный случай)

Заполняется дата и время (местное) произошедшего несчастного случая, указывается место происшествия – может быть указан почтовый адрес, участок местности, километр автодороги и пр., указывается выполнявшаяся работа, описание места происшествия и обстоятельств, при которых произошел несчастный случай с пострадавшим(ми).

3. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(число пострадавших, в том числе погибших)

Указывается число (цифрой) пострадавших, в том числе погибших.

4. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы и профессиональный статус пострадавшего (пострадавших), профессия (должность), дата рождения или возраст – при групповых несчастных случаях указывается для каждого пострадавшего отдельно)

Код 3.12
Код 3.14.

4. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы и профессиональный статус пострадавшего (пострадавших), профессия (должность), дата рождения или возраст – при групповых несчастных случаях указывается для каждого пострадавшего отдельно)

Указывается полностью ФИО пострадавшего (их), дата рождения (в формате дд.мм.гггг), профессия (должность) пострадавшего (-их) на дату несчастного случая. Рекомендуется указывать СНИЛС в формате XXX-XXX-XXX XX. При групповых НС все личные сведения указывается для каждого пострадавшего отдельно, с введением дополнительного значения 4.1, 4.2 и т.д.

Код 3.12
Код 3.14.

Коды указываются в соответствии с Классификатором № 3

# Заполнение пунктов 5, 6, 7 извещения о несчастном случае

5. \_\_\_\_\_  
(характер и тяжесть поврежденной здоровья, полученных пострадавшим (пострадавшими) –  
\_\_\_\_\_

при групповых несчастных случаях указывается для каждого пострадавшего отдельно)

.....

Прописывается полностью степень тяжести повреждения здоровья (тяжелая, смертельный) согласно справки формы № 315/у, выданной медицинским учреждением, полностью диагноз и код по МКБ10.

6. \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы, должность лица, передавшего извещение, контактный телефон, дата и время передачи извещения)

.....

Информация о лице, передавшем извещение заполняется полностью: фамилия, инициалы, должность, контактные телефоны.

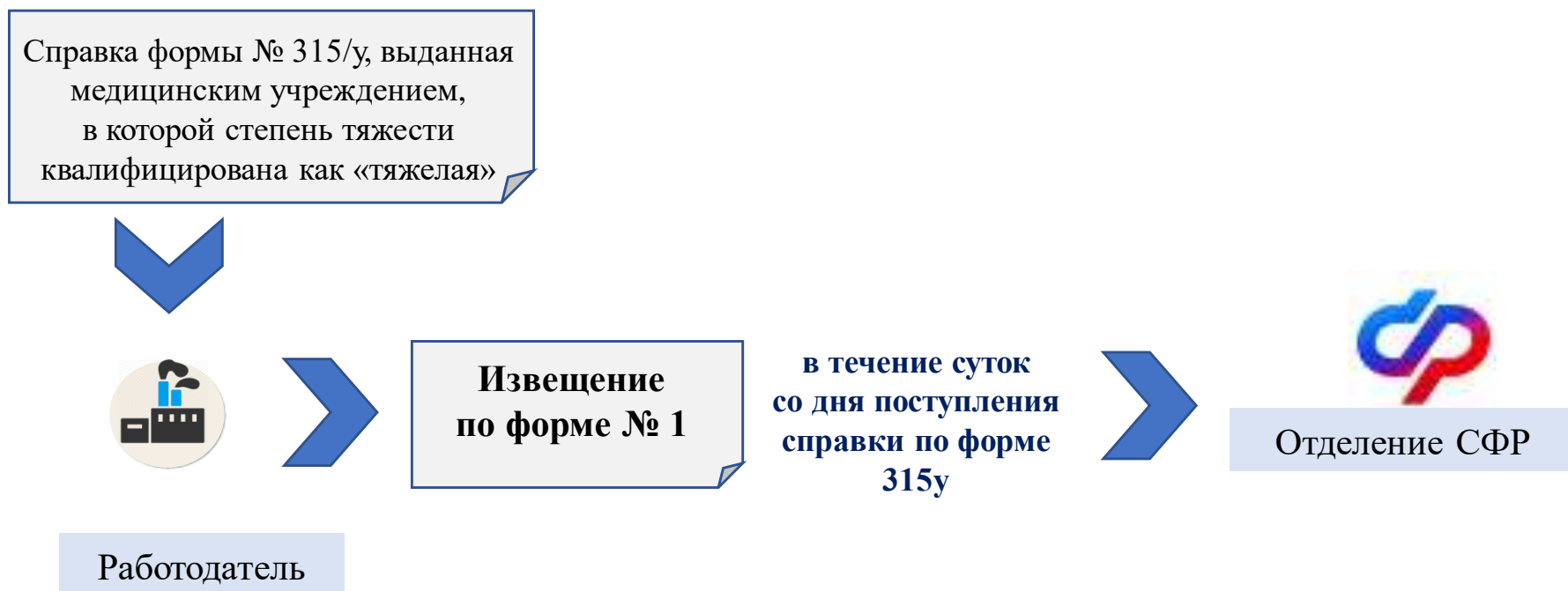
7. \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы лица, принявшего извещение, дата и время получения извещения)

Информация заполняется ОСФР по Оренбургской области

✔ **Страховой случай, по которому не установлена степень тяжести**



✔ **При установлении степени тяжести «тяжелая»**



✔ Работодатель обязан **провести расследование** произошедшего несчастного случая в сроки, установленные ст.229.1 ТК РФ:

- при случае с **легким исходом - в течение 3 календарных дней;**

- при **групповом несчастном случае и несчастном случае со смертельным исходом - в течение 15 календарных дней;**

- при поступлении заявления от пострадавшего о произошедшем несчастном случае, о котором не было своевременно сообщено работодателю или в результате которого нетрудоспособность у пострадавшего наступила не сразу - **в течение 1 месяца** со дня поступления заявления.

✔ При необходимости проведения дополнительной проверки обстоятельств несчастного случая, получения медицинских заключений, расследование могут быть продлены председателем комиссии, **но не более чем на 15 календарных дней.**

# Завершение расследования НС



После завершения расследования работодатель обязан составить:

**Акт о несчастном случае на производстве (форма Н-1)** - если случай признан связанным с производством

Форма № 2

**Форма Н-1**

УТВЕРЖДАЮ

\_\_\_\_\_  
(подпись, фамилия, инициалы работодателя (его представителя))

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Печать (при наличии печати)

**АКТ № \_\_\_\_\_**  
**о несчастном случае на производстве**

Код 3.01.

1. Дата несчастного случая \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

2. Организация (работодатель), работником которой является (являлся) пострадавший \_\_\_\_\_  
(наименование организации, адрес в случае необходимости юридического лица, идентификационный номер налогоплательщика, ИНН, ОКВЭД, наименование и структура подразделения (для основного вида экономической деятельности по ОКВЭД), численность работников, фамилия, инициалы работодателя - физического лица, его регистрационные данные)

3. Организация (физическое лицо), направившая(-ее) работника \_\_\_\_\_  
(наименование организации, адрес в случае необходимости юридического лица, идентификационный номер налогоплательщика, ИНН, ОКВЭД, наименование и структура подразделения (для основного вида экономической деятельности по ОКВЭД), численность работников, фамилия, инициалы физического лица, его регистрационные данные)

4. Лица, проводившие расследование несчастного случая: \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы, должности и место работы)

**Акт о расследовании группового несчастного случая (легкого несчастного случая, тяжелого несчастного случая, несчастного случая со смертельным исходом)** - в случае расследования групповых, тяжелых и смертельных, а также если случай не связан с производством

Форма № 3

**АКТ**  
**о расследовании группового несчастного случая (легкого несчастного случая, тяжелого несчастного случая, несчастного случая со смертельным исходом)**

Код 3.01.

1. Расследование \_\_\_\_\_  
(руководителем, лицом, назначенным приказом работодателя) несчастного случая, произошедшего « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин.

\_\_\_\_\_  
(наименование организации, адрес в случае необходимости юридического лица, идентификационный номер налогоплательщика, ИНН, ОКВЭД, наименование и структура подразделения (для основного вида экономической деятельности по ОКВЭД), численность работников, код 3.04.)

проведено в период с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

2. Лица, проводившие расследование несчастного случая: \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы, должности, место работы)

3. Лица, принимавшие участие в расследовании несчастного случая: \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы и должность лица пострадавшего (по форме), фамилия, инициалы, должности и место работы других лиц, принимавших участие в расследовании несчастного случая)

4. Сведения о пострадавшем:

4.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии)	
4.2. Пол (мужской, женский)	Код 3.05.
4.3. Дата рождения	Код 3.06.
4.4. Профессиональный статус	Код 3.12.
4.5. Статус занятости	Код 3.13.
4.6. Профессия (должность)	Код 3.14.

4.7. Стаж работы, при выполнении которой произошел несчастный случай \_\_\_\_\_  
(в том числе в данной организации) \_\_\_\_\_  
(срок работы при приеме на работу)

4.8. Семейное положение \_\_\_\_\_  
(отсутствует, фамилия, инициалы, возраст, число и состав, имя ребенка из основного подразделения)

✓ По результатам расследования работодатель обязан в соответствии со ст.230 ТК РФ:

- выдать один экземпляр утвержденного акта пострадавшему - **в течение трех календарных дней;**
- экземпляр акта и копии материалов расследования направить в Отделение Социального фонда по месту регистрации - **в течение трех календарных дней;**
- оформить сообщение о последствиях несчастного случая на производстве и принятых мерах по установленной форме (приказ Министерства труда и социального развития РФ от 20.04.2022 № 223н) - **в течение 10 календарных дней после окончания периода временной нетрудоспособности пострадавшего.**

Форма № 10

**СООБЩЕНИЕ**  
о последствиях несчастного случая на производстве и принятых мерах

Несчастный случай на производстве, происшедший \_\_\_\_\_  
(дата несчастного случая)

с \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы пострадавшего)

работающим(ей), работавшим(ей) \_\_\_\_\_  
(профессия (должность) пострадавшего, место работы)

\_\_\_\_\_

наименование, адрес в пределах места нахождения юридического лица, фамилия и инициалы  
работодателя - физического лица

Акты о расследовании несчастного случая на производстве с материалами расследования направляются по адресу: **ул.Мира 18А, г. Оренбург, 460040.**



1

**Отделение Фонда** при признании случая страховым информирует в проактиве страхователя путем направления сообщения:

*«Страховой случай по ЭЛН №..., СНИЛС №... связан с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием. Проактивному процессу №... присвоен тип: «Пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием».*

2

**Страхователь** при получении сообщения в проактиве для перерасчета пособия по временной нетрудоспособности, установленного в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», **в кратчайшие сроки (!)** предоставляет с использованием системы электронного документооборота (СЭДО) сообщение о жизненной ситуации **с типом 109**.

3

**Отделение Фонда** после поступления информации от работодателя с сообщением о жизненной ситуации **с типом 109** производит перерасчет и выплату пособия по временной нетрудоспособности в соответствии с Федеральным законом от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».