|  |  |
| --- | --- |
|  | Форма 7 |

**Требование**

**о возмещении излишне понесенных расходов**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| от | #docs\_charge\_date# | № | #docs\_charge\_number# |
|  | (дата) |  | |

|  |
| --- |
| #Руководитель\_Должность# №\_ |
| (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика) |
| Государственного учреждения – \_ регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации (далее – Филиал №\_ ГУ-\_ РО Фонда социального страхования Российской Федерации) |
| (наименование территориального органа страховщика) |
| #Руководитель\_ФИО# |
| (Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика) |

ставит в известность страхователя:

|  |  |
| --- | --- |
| #Полное\_наименование\_страхователя# | , |
| (полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер в территориальном органе страховщика | #Регистрационный\_номер# | , |
| код подчиненности | #Код\_подчиненности# | , |
| ИНН | #ИНН# | , |
| КПП | #КПП# | , |
| адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица | #Индекс\_страхователя#, #Адрес\_страхователя# | , |

что решением о возмещении излишне понесенных расходов (о представлении документов (сведений), влияющих на право получения застрахованным лицом соответствующего вида пособия (выплаты) или его размера) от #docs\_decision\_date# № #docs\_decision\_number# , вынесенным

|  |
| --- |
| #Руководитель\_Должность\_Тв# №\_ |
| (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика) |
| ГУ-\_ РО Фонда социального страхования Российской Федерации |
| (наименование территориального органа страховщика) |
| #Руководитель\_ФИО\_Тв# |
| (Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика) |

по результатам рассмотрения акта камеральной проверки полноты и достоверности (документов) сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, иных выплат и расходов, предусмотренных частью 4 статьи 6 Федерального закона «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» от 02.12.2019 № 384-ФЗ территориальным органом Фонда определены излишне понесенные расходы в связи с недостоверностью, сокрытием сведений, содержащихся в реестре сведений, не представлением документов (выбрать нужное) в сумме #overpay\_all# рублей.

Требование о возмещении излишне понесенных расходов должно быть исполнено страхователем в течение 10 календарных дней со дня его получения, если более продолжительный период времени не указан в этом требовании.

На основании постановления Правительства Российской Федерации от 21.04.2011 № 294 «Об особенностях финансового обеспечения, назначения и выплаты в 2012 – 2020 годах территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, осуществления иных выплат и возмещения расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников, а также об особенностях уплаты страховых взносов по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» страхователю следует в срок до "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года возместить страховщику излишне понесенные им расходы в связи с недостоверностью, сокрытием сведений, содержащихся в реестре сведений, не представлением документов (выбрать нужное), в сумме #overpay\_all# рублей.

Банковские реквизиты:

в назначении платежа указать: «КП 2020: возврат по Требованию от #docs\_charge\_date# № #docs\_charge\_number#».

В случае неисполнения в установленный срок настоящего требования к страхователю применяются меры к возмещению средств в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| #Руководитель\_Должность# №\_ ГУ-\_ РО Фонда социального страхования Российской Федерации |  |  |  | #Руководитель\_ФИО# |
| (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

Место печати территориального

органа страховщика

Требование о возмещении расходов получил:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения) или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |
|  |  | (дата) |  |  |

Место печати (при наличии)

страхователя

|  |
| --- |
|  |
| (должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя) |

от получения настоящего требования уклоняется.

Направить настоящее требование по почте.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (дата) |

Примечание.

В случае, если страхователь (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения Требования о возмещении излишне понесенных расходов, указанное требование направляется страхователю по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести рабочих дней со дня направления заказного письма.

#Исполнитель\_ФИО#

#Исполнитель\_Телефон#