|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | В |  | | | | | | | |
|  |  | (наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | от |  | | | | | | | |
|  |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя) | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | , |
|  | проживающего по адресу: | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | дата рождения: | | | | |  | | | |
|  | документ, удостоверяющий личность: | | | | | | | | |
|  | наименование | | | |  | | | | |
|  | серия | |  | | | N |  | | , |
|  | выдан | |  | | | | | | |
|  | (наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи) | | | | | | | | |
|  | телефон: | | |  | | | | | |
|  | страховой номер индивидуального лицевого | | | | | | | | |
| счета (СНИЛС): | | | | | N |  | | |
|  | Представитель заявителя: | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | , |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя заявителя) | | | | | | | | |
|  | проживающий по адресу: | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | дата рождения | | | |  | | | | |
|  | документ, удостоверяющий личность: | | | | | | | | |
|  | наименование | | | |  | | | | |
|  | серия | |  | | | N |  | | , |
|  | выдан | |  | | | | | | |
|  | (наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи) | | | | | | | | |
|  | документ, подтверждающий полномочия представителя заявителя: | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | телефон: | | |  | | | | | |

|  |
| --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| В соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=43797A47FF65C85B63A0B62654577EE89973952C75E33F85C21B07126188A06D6DF1CB93D5134B45AA52D90A69p35ED) от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" прошу назначить единовременную и (или) ежемесячную страховые выплаты (нужное подчеркнуть) в связи со страховым случаем, наступившим в период работы в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (наименование страхователя - причинителя вреда) | | | | | | | | | |
| произошедшим | | |  | | | | с |  | |
| (дата наступления страхового случая) (фамилия, имя, отчество (при наличии) пострадавшего) | | | | | | | | | |
| Выплаты прошу осуществлять (нужное отметить): | | | | | | | | | |
|  | | почтовым переводом по адресу: | | | |  | | | |
|  | | через кредитную организацию на лицевой счет N | | | | | | |  |
| в |  | | | | | | | | |
|  | (наименование банка, кредитной организации) | | | | | | | | |
| N платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом (при наличии): | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | | |  | | |
|  | | через иную организацию: | | |  | | | | |

|  |
| --- |
| I. СВЕДЕНИЯ О ПЕРИОДЕ ДЛЯ РАСЧЕТА ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ |
| (заполняется застрахованным) |

|  |  |
| --- | --- |
| Для расчета ежемесячной страховой выплаты прошу учесть сумму заработка за 12 месяцев работы (нужное отметить): | |
|  | предшествовавших месяцу, в котором произошел несчастный случай на производстве, установлен диагноз профессионального заболевания:  с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | предшествовавших месяцу, в котором установлена утрата (снижение) профессиональной трудоспособности:  с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | предшествовавших прекращению работы, повлекшей профессиональное заболевание:  с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | до окончания срока действия трудового или гражданско-правового договора:  с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| В связи с отсутствием возможности представить справку (справки) о заработке прошу рассчитать ежемесячную страховую выплату (нужное отметить): | |
|  | из тарифной ставки (должностного оклада), установленной в отрасли (подотрасли) для данной профессии (должности) и сходных условий труда ко времени обращения за страховыми выплатами |
|  | из величины прожиточного минимума трудоспособного населения в целом по Российской Федерации, установленной в соответствии с федеральным законом на день обращения за назначением обеспечения по страхованию. |
| Подтверждаю, что с предложенными вариантами расчета ежемесячных страховых выплат ознакомлен: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (дата) |  | (подпись заявителя/представителя) |

|  |
| --- |
| II. СВЕДЕНИЯ О СОСТАВЕ СЕМЬИ УМЕРШЕГО ЗАСТРАХОВАННОГО |
| (заполняется лицом, имеющим право на страховые выплаты в случае смерти застрахованного) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Фамилия имя отчество (при наличии) | Степень родства с умершим | Возраст (полных лет и месяцев) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Мне известно, что в соответствии с [пунктом 3 статьи 19](consultantplus://offline/ref=43797A47FF65C85B63A0B62654577EE89973952C75E33F85C21B07126188A06D7FF1939CD0115E11F9088E07693D2F5B0775B44720p853D) Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" застрахованный и лица, которым предоставлено право на получение страховых выплат, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за достоверность и своевременность представления ими страховщику сведений о наступлении обстоятельств, влекущих изменение обеспечения по страхованию, включая изменение размера страховых выплат или прекращение таких выплат. |
| Согласно [подпункту 2 пункта 2 статьи 16](consultantplus://offline/ref=43797A47FF65C85B63A0B62654577EE89973952C75E33F85C21B07126188A06D7FF19399D5155E11F9088E07693D2F5B0775B44720p853D) Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" обязуюсь извещать страховщика об изменении места своего жительства или места работы, а также о наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера получаемого мной обеспечения по обязательному социальному страхованию или утрату права на получение обеспечения по обязательному социальному страхованию, в десятидневный срок со дня наступления таких обстоятельств. |
| Прошу принятое территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации решение о предоставлении государственной услуги: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Вручить в территориальном органе Фонда |  | Вручить в МФЦ |
|  | Направить по почте |  | Направить в форме электронного документа |
|  |  | (при направлении заявления через Единый портал) | |
|  | Подтверждаю согласие на участие в СМС-опросе о качестве предоставления государственных услуг | | |
|  | (отметить при необходимости). | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Номер мобильного телефона: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (дата) |  | (подпись заявителя/представителя) |

|  |  |
| --- | --- |
| Перечень документов, приложенных к заявлению: | |
| 1) |  |
| 2) |  |
| 3) | ... |

|  |
| --- |
| Сведения, содержащиеся в документе, удостоверяющем личность заявителя (представителя), проверены, заявление с приложением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ документов принято "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрировано под N \_\_\_\_\_\_. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| М.П. |  |  |  |  |  |
|  | (должность лица, принявшего документы) |  | (подпись) |  | (инициалы, фамилия) |

|  |
| --- |
| "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (дата) |

|  |
| --- |
| Сведения о дополнительно полученных территориальным органом Фонда документах (сведениях), необходимых для предоставления государственной услуги: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа (сведения) | Дата получения | Подпись должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Полный комплект документов (необходимых сведений) представлен |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| М.П. |  |  |  |  |  |
|  | (должность лица, принявшего документы) |  | (подпись) |  | (инициалы, фамилия) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |