Приложение

к Административному регламенту

предоставления Фондом социального

страхования Российской Федерации

государственной услуги по назначению

обеспечения по обязательному социальному

страхованию от несчастных случаев

на производстве и профессиональных

заболеваний в виде единовременной

и (или) ежемесячной страховых выплат

застрахованному либо лицам, имеющим

право на получение страховых выплат

в случае его смерти, утвержденному

приказом Фонда социального страхования

Российской Федерации

от 20.05.2019 г. N 262

Форма

 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)

 СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Страховой номер индивидуального лицевого

 счета (СНИЛС)

 N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 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) (ФИО пострадавшего)

Выплаты прошу осуществлять:

почтовым переводом по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

через кредитную организацию на лицевой счет N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование банка, кредитной организации)

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)

II. СВЕДЕНИЯ О СОСТАВЕ СЕМЬИ УМЕРШЕГО ЗАСТРАХОВАННОГО [<\*>](#Par886)

(заполняется лицом, имеющим право на страховые выплаты в случае смерти

застрахованного)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Фамилия имя отчество | Степень родства с умершим | Возраст |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 --------------------------------

 <\*> Указываются сведения (независимо от возраста и трудоспособности) о

супруге умершего застрахованного, его родителях и его детях, в том числе

рожденных в другом браке, внебрачных, усыновленных и находящихся на

попечении.

 Мне известно, что в соответствии с пунктом 3 статьи 19 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 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 │ │ Вручить в МФЦ

└─┘ Фонда └─┘

┌─┐ ┌─┐

│ │ 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.

 Номер мобильного телефона (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (отметить при необходимости)

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

 (дата) (подпись заявителя)

Перечень документов, приложенных к заявлению:

 1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3) ...

 Сведения, содержащиеся в документе, удостоверяющем личность заявителя,

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)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата)