

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 30.05 2019 г. № 462

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 _____ № _____,

выдан _____

(наименование органа, выдавшего документ,

дата выдачи)

СНИЛС _____

ИНН _____

Телефон: _____

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

№ _____

Представитель заявителя

_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
представителя заявителя)
проживающий по адресу:

Дата рождения _____
Документ, удостоверяющий личность:
наименование _____
серия _____ № _____,
выдан _____
(наименование органа, выдавшего документ,
дата выдачи)

Документ, подтверждающий полномочия
представителя заявителя:

Телефон: _____

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)
№ _____

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 № _____

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 <*>

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

№ 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. № 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. № 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.

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 № _____.

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

«___» _____
(дата)

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

№ п/п	Наименование документа (сведения)	Дата получения	Подпись должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Полный комплект документов (необходимых сведений) представлен