

Приложение
к Административному регламенту Фонда социального страхования
Российской Федерации по предоставлению 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 мая 2019 г. № 262

(в ред. Приказа ФСС РФ от 16.09.2020 № 506)

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 _____

_____ ,
сери
я _____ № _____ ,

_____ ,
выдан _____
(наименование органа, выдавшего документ,
дата выдачи)

_____ ,
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 _____

_____ ,
сери
я _____ № _____ ,

_____ ,
выдан _____
(наименование органа, выдавшего документ,
дата выдачи)

_____ ,
документ, подтверждающий полномочия представителя
заявителя:

_____ ,
телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 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)

произошедши

м

с

_____ (дата наступления страхового случая)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пострадавшего)

Выплаты прошу осуществлять (нужное отметить):

почтовым переводом по _____

через кредитную организацию на лицевой счет _____

в

_____ (наименование банка, кредитной организации)

№ платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом (при наличии):

через иную _____

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 зароботке 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)

№ 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 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
(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 _____ документов _____, зарегистрировано
приложением _____ принято « ____ » _____ 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

М.
П.

« » _____