Приложение № 3

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 Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 25 октября 2013 г. № 577н

(в ред. Приказа Минтруда России от 22.11.2017 № 798н)

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:

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:

**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) |  | (ф.и.о. 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.

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

Перечень документов, приложенных к заявлению:

1)

2)

3)

4)

5)

6)

7)

8)

9)

10) …

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

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

|  |
| --- |
|  |
| (дата) |