

Форма АДВ-1

Анкета застрахованного лица

Заполняется застрахованным лицом печатными буквами.

Фамилия	.....
Имя	.....
Отчество	.....
Пол	.. (м / ж)
Дата рождения	"... " ..... года
Место рождения:	
город (село, дер., ...)	.....
район	.....
область (край, респ., ...)	.....
страна	.....
Гражданство	.....
Адрес постоянного места жительства	
Адрес	индекс ..... адрес.....
регистрации	.....
Адрес места	индекс ..... адрес.....
жительства	.....
фактический	.....
	(заполнять при отличии от адреса регистрации)
Телефоны	.....
	(домашний и/или рабочий)
Документ, удостоверяющий личность	
Вид документа	.....
	(указать название документа: паспорт, удостоверение личности и др.)
Серия, номер	.....
Дата выдачи	"... " ..... года
Кем выдан	.....
	.....

Дата заполнения

"... " ..... года

Личная подпись

застрахованного лица \_\_\_\_\_

**СТРАХОВОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО**

**Лицевая сторона**

Республика Южная Осетия

**СТРАХОВОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО**

**ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ПЕНСИОННОГО СТРАХОВАНИЯ**

<страховой номер >

Ф.И.О.	<	>
	<	>
	<	>
Дата и место рождения	<	>
	<	>
	<	>
	<	>
Пол	<	>
Дата регистрации	<	>

**Оборотная сторона**

Страховое свидетельство хранится у застрахованного лица.

Страховое свидетельство действительно только при предъявлении паспорта или иного документа, удостоверяющего личность.

Застрахованное лицо предъявляет страховое свидетельство при приеме на работу по трудовому договору, при заключении договора гражданско-правового характера, предметом которого является выполнение работ и оказание услуг, или авторского договора.

Страховое свидетельство подлежит обмену в случаях:

изменения фамилии, имени, отчества, даты рождения, места рождения или пола застрахованного лица;  
установления неточности или ошибочности содержащихся в нем сведений;  
непригодности для использования.

Форма АДВ-2

Заявление об обмене страхового свидетельства

Заполняется застрахованным лицом печатными буквами.

Страховой номер	.....
Ф.И.О., указанные в страховом свидетельстве	
Фамилия	.....
Имя	.....
Отчество	.....
Новые анкетные данные (указать только изменившиеся данные)	
Фамилия	.....
Имя	.....
Отчество	.....
Пол	... (м / ж)
Дата рождения	"... ." ..... года
Место рождения:	
город (село, дер., ...)	.....
район	.....
область (край, респ., ...)	.....
страна	.....
Гражданство	.....
Адрес постоянного места жительства	
Адрес	индекс ..... адрес .....
регистрации	..... .....
Адрес места	индекс ..... адрес .....
жительства	.....
фактический	..... (заполнять при отличии от адреса регистрации)
Телефоны	..... (домашний и/или рабочий)
Документ, удостоверяющий личность	
Вид документа	..... (указать название документа: паспорт, удостоверение личности и др.)
Серия, номер	.....
Дата выдачи	"... ." ..... года
Кем выдан	..... .....

Дата заполнения  
"..." ..... года

Личная подпись  
застрахованного лица \_\_\_\_\_

Форма АДВ-3

Заявление о выдаче дубликата страхового свидетельства

Заполняется застрахованным лицом печатными буквами:

Данные, указанные в страховом свидетельстве	
Фамилия	.....
Имя	.....
Отчество	.....
Пол	.. (м / ж)
Дата рождения	"... " ..... года
Место рождения:	
город (село, дер., ...)	.....
район	.....
область (край, респ., ...)	.....
страна	.....
Данные, действительные в настоящее время (указать только изменившиеся данные)	
Фамилия	.....
Имя	.....
Отчество	.....
Пол	.. (м / ж)
Дата рождения	"... " ..... года
Место рождения:	
город (село, дер., ...)	.....
район	.....
область (край, респ., ...)	.....
страна	.....
Гражданство	.....
Адрес постоянного места жительства	
Адрес	индекс.....адрес.....
регистрации	.....
Адрес места	индекс.....адрес.....
жительства	.....
фактический	.....
	(заполнять при отличии от адреса регистрации)
Телефоны	.....
	(домашний и/или рабочий)
Документ, удостоверяющий личность	
Вид документа	.....
	(указать название документа: паспорт, удостоверение личности и др.)
Серия, номер	.....
Дата выдачи	"... " ..... года
Кем выдан	.....

Дата заполнения

"... " ..... года

Личная подпись

застрахованного лица \_\_\_\_\_

Форма АДВ-4

Сведения о смерти застрахованного лица

Наименование	органа	записи	актов	гражданского	состояния
.....					
.....					

Основные сведения об умершем застрахованном лице

Фамилия	.....
Имя	.....
Отчество	.....
Пол	... (м / ж)
Дата рождения	"... ." ..... года
Дата смерти	"... ." ..... года
Место рождения:	
город (село, дер., ...)	.....
район	.....
субъект РФ (обл., край, респ., ...)	.....
государство (страна)	.....
Запись акта о смерти	№ ..... от "... ." ..... года

Заполняется при наличии соответствующих документов

Сведения о документе, удостоверяющем личность	
Документ	..... (указать название документа)
Серия, номер	.....
Дата выдачи	"... ." ..... года
Кем выдан	..... .....
Последнее место жительства (места пребывания)	Индекс ..... адрес .....
	.....
	.....

Руководитель органа записи актов  
гражданского состояния

Подпись

Расшифровка подписи

Дата

М.П.

Заполняется Социальным фондом Республики Южная Осетия (его отделом)

.....
-------

Страховой номер . . . . - . . . . - . . . . . . . .

Специалист

Подпись

Расшифровка подписи

Форма АДВ-5

Опись документов, передаваемых страхователем в СФ РЮО

Реквизиты страхователя, передающего документы:

Регистрационный номер СФ РЮО . . . . .-

ИНН . . . . . КПП . . . . .

Наименование организации (краткое) . . . . .

Примечания: \_\_\_\_\_

Наименование входящего документа	Количество документов в пачке
Анкета застрахованного лица (АДВ-1)	
Заявление об обмене страхового свидетельства (АВ-2)	
Заявление о выдаче дубликата страхового свидетельства (АДВ-3)	
Индивидуальные сведения о страховом стаже, заработной плате и ином доходе застрахованного лица (СЗВ-1)	
Иные входящие документы: _____	

Номер пачки документов, присвоенной страхователем . . . . .

Заполняется для пачки документов, содержащей индивидуальные сведения о страховом стаже, заработной плате и ином доходе застрахованного лица (форма СЗВ-1):

Расчетный период: . . . . . год	Тип сведений исходные                      назначение пенсии
Код категории страхователя . . . . .	
-	Вид корректировки корректирующие                      отменяющие

Сведения о заработной плате и ином доходе застрахованных лиц (итого по пачке документов)	
Всего начислено	в том числе на которые начислены (удержаны) страховые взносы на обязательное пенсионное страхование

Данные в целом по страхователю (руб.)

Задолженность на начало отчетного периода	Начислено страховых взносов	Уплачено страховых взносов	Задолженность на конец отчетного периода

Расшифровка графы «Уплачено» по периодом образования сумм начисленных страховых взносов

Уплачено в календарном году	Сумма (руб.)
Всего: в т.ч.	
за-_____год	
за_____год	

Главный бухгалтер

Подпись

Расшифровка подписи

Наименование должности руководителя

Подпись

Расшифровка подписи

Дата

Форма СЗВ-1

Индивидуальные сведения  
о страховом стаже, заработной плате и ином доходе  
застрахованного лица

Страховой номер . . . . .- . . . . .- . . . . .  
 Фамилия . . . . .  
 Имя . . . . .  
 Отчество . . . . .  
 Отчетный период: . . . . . год

Тип формы
исходная
корректирующая
отменяющая
назначение пенсии

Сведения о страхователе

Регистрационный номер . . . . .- . . . . .- . . . . .  
 Наименование . . . . .  
 Код категории страхователя . . . . .

Сумма начисленных страховых взносов:

уплачиваемых работодателем . . . . .  
 уплачиваемых из заработка застрахованного лица . . . . .

Сведения о заработной плате и ином доходе застрахованного лица

Месяц	Сумма заработной платы и иного дохода застрахованного лица	
	Всего	в том числе на которую начислены страховые взносы на обязательное пенсионное страхование
Январь		
Февраль		
Март		
Апрель		
Май		
Июнь		
Июль		
Август		
Сентябрь		
Октябрь		
Ноябрь		
Декабрь		
Итого		

Стаж работы за отчетный период

Начало периода (дд.мм.гггг)	Конец периода (дд.мм.гггг)	Исчисляемый стаж		Выслуга лет	
		основание (код)	дополнительные сведения	основание (код)	дополнительные сведения

Наименование должности руководителя

Подпись

Расшифровка подписи

Дата

М.П.



Форма СЗВ-2а

Запрос о представлении выписки из индивидуального лицевого счета  
застрахованного лица для назначения трудовой пенсии

1. Сведения о застрахованном лице:

Страховой номер	Фамилия, Имя, Отчество	Тип запроса	Дата запроса	№ заявления по журналу
_____	_____ _____ _____			

Сведения о пенсионных действиях

№№ п/п	Дата пенсионного действия	Тип пенсионного действия	Вид пенсии	Отказ от назначения пенсии	Причина отказа

.....

2. Сведения о застрахованном лице:

Страховой номер	Фамилия, Имя, Отчество	Тип запроса	Дата запроса	№ заявления по журналу
_____	_____ _____ _____			

Сведения о пенсионных действиях

№№ п/п	Дата пенсионного действия	Тип пенсионного действия	Вид пенсии	Отказ от назначения пенсии	Причина отказа

Исполнитель

Подпись

Расшифровка подписи

Наименование должности руководителя

Подпись

Расшифровка подписи

Дата

М.П.

Запрос застрахованного лица  
о представлении выписки из индивидуального лицевого счета  
застрахованного лица

Прошу представить выписку из моего индивидуального лицевого счета

Страховой номер	.....-.....-.....
Ф.И.О., указанные в страховом свидетельстве	
Фамилия	.....
Имя	.....
Отчество	.....
Адрес места жительства (фактический)	
индекс	.....
адрес	.....
.....	

Дата заполнения

"....." ..... .. года

Личная подпись застрахованного лица \_\_\_\_\_

Форма СЗИ-1

Выписка из индивидуального лицевого счета застрахованного лица

Реквизиты запроса, на основании которого сформирована Выписка:

Системный номер \_\_\_\_\_  
 Дата приема " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ года  
 Исходящий номер СПУ \_\_\_\_\_

*Сведения о застрахованном лице:*

Фамилия \_\_\_\_\_  
 Имя \_\_\_\_\_  
 Отчество \_\_\_\_\_  
 Пол \_\_\_\_\_

Место рождения:

город (село, дер,...) \_\_\_\_\_  
 район \_\_\_\_\_  
 область (край, респ,...) \_\_\_\_\_  
 страна \_\_\_\_\_

Дата рождения " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ года

Страховой номер индивидуального лицевого счета: \_\_\_\_\_

Дата регистрации в системе обязательного пенсионного страхования  
 " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ года

**Страхователь:**

Наименование \_\_\_\_\_  
 Регистрационный номер СФ РЮО \_\_\_\_\_

Сведения о страховом стаже и заработной плате и ином доходе застрахованного лица, на который начислены (удержаны) страховые взносы на обязательное пенсионное страхование

Код категории застрахованного лица	Код категории застрахованного лица	Код категории застрахованного лица
Системный номер документа	Системный номер документа	Системный номер документа
Отчетный период	Отчетный период	Отчетный период
Сумма (руб.)	Сумма (руб.)	Сумма (руб.)
Январь	Январь	Январь
Февраль	Февраль	Февраль
Март	Март	Март
Апрель	Апрель	Апрель
Май	Май	Май
Июнь	Июнь	Июнь
Июль	Июль	Июль
Август	Август	Август
Сентябрь	Сентябрь	Сентябрь
Октябрь	Октябрь	Октябрь
Ноябрь	Ноябрь	Ноябрь
Декабрь	Декабрь	Декабрь
Итого	Итого	Итого

Сведения о стаже работы:

Начало периода (дд.мм.гггг)	Конец периода (дд.мм.гггг)	Исчисляемый стаж		Выслуга лет		Системный номер документа
		основание (код)	дополнительные сведения	основание (код)	дополнительные сведения	

Сведения о пенсии:

Группа инвалидности \_\_\_\_\_

Степень ограничения способности к трудовой деятельности \_\_\_\_\_

Сведения о находящихся на иждивении нетрудоспособных членах семьи:

Количество нетрудоспособных членов семьи \_\_\_\_\_

Отдел СФ РЮО, установившего пенсию нетрудоспособным членам семьи: \_\_\_\_\_ --

Системный номер документа \_\_\_\_\_

Сведения о находящихся на иждивении нетрудоспособных членах семьи кормильца:

№ п/п	ФИО	Страховой номер ИЛС	Сроки установления пенсии		Размер пенсии			Категория
			с	по	Базовая часть	Страховая часть	Государственная пенсия	

Сведения о трудовой пенсии:

Отдела СФ РЮО, установившего трудовую пенсию: \_\_\_\_\_

Вид пенсии \_\_\_\_\_ Дата назначения \_\_\_\_\_

Базовая часть		Страховая часть		Накопительная часть		Сведения о назначении (перерасчете) пенсии
Размер пенсии	Размер индексации	Размер пенсии	Размер индексации	Размер пенсии	Размер индексации	

Для пенсии по случаю потери кормильца: лицевой счет кормильца

Страховой номер \_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Сведения о находящихся на иждивении нетрудоспособных членах семьи кормильца:

№ п/п	ФИО нетрудоспособного члена семьи	Страховой номер ИЛС	Сроки установления пенсии		Размер страховой части пенсии	Категория
			с	по		

Сведения о государственной пенсии:

Реквизиты отдела СФ РЮО, установившего государственную пенсию: \_\_\_\_\_

Вид пенсии \_\_\_\_\_, Дата назначения \_\_\_\_\_

Размер пенсии	Размер индексации

Для пенсии по случаю потери кормильца: лицевой счет кормильца

Страховой номер \_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Сведения о находящихся на иждивении нетрудоспособных членах семьи кормильца:

№ п/п	ФИО нетрудоспособного члена семьи	Страховой номер ИЛС	Сроки установления пенсии		Размер страховой части пенсии	Категория
			с	по		

Количество страниц выписки: \_\_\_\_\_

Наименование должности руководителя

Расшифровка подписи

Подпись

Дата

М.П.