

Приложение
к Административному регламенту
Социального фонда Республики Южная Осетия
по предоставлению 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
Социального фонда Республики Южная Осетия
от 18 января 2023 года № 2

Форма

В

_____ (наименование организации)

от

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

проживающего по адресу:

дата рождения:

документ, удостоверяющий личность:

наименование _____

серия _____

№ _____

выдан _____

(наименование органа, выдавшего документ,
дата выдачи)

телефон: _____

страховой номер индивидуального лицевого счета

(СНИЛС): № _____

ИНН : _____

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

В соответствии с Законом Республики Южная Осетия от 29 июня 2021 года №26 «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)

произошедшим _____ с

(дата наступления страхового случая)
пострадавшего)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Выплаты прошу осуществлять (нужное отметить):

почтовым переводом по адресу: _____

через кредитную организацию на лицевой счет № _____

в

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

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 Республике Южная Осетия, установленной в соответствии с 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 5 статьи 20 Закона Республики Южная Осетия от 29 июня 2021 года №26 «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» страхователь несет ответственность за достоверность представляемых страховщику сведений, необходимых для назначения застрахованным обеспечения по страхованию. В случае недостоверности указанных страхователем сведений излишне понесенные расходы на обеспечение по страхованию в счет уплаты страховых взносов не засчитываются.

Согласно подпункту 2 пункта 2 статьи 16 Закона Республики Южная Осетия от 29 июня 2021 года №26 «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 страхованию или утрату права на получение обеспечения по страхованию, в десятидневный срок со дня наступления таких обстоятельств.

Прошу принятое Социальным Фондом Республики Южная Осетия (его территориальным отделом) решение о предоставлении обеспечения по страхованию:

Вручить в Фонде (его территориальном отделе) Направить по почте

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 приложением _____ документов принято « _____ » _____, зарегистрировано под

№ _____

М.П.

_____ (должность лица, принявшего документы)

_____ (подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

« _____ »

_____ (дата)

Сведения о дополнительно полученных Фондом документах (сведениях), необходимых для предоставления обеспечения по страхованию:

№ п/п	Наименование документа (сведения)	Дата получения	Подпись должностного лица Социального фонда Республики Южная Осетия

Полный комплект документов (необходимых сведений) представлен

М.П.

_____ (должность лица, принявшего документы)

_____ (подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

« _____ »
