

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 16 сентября 2020 года N 506

О внесении изменения в Административный регламент 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, утвержденный приказом Фонда социального страхования Российской Федерации от 20 мая 2019 г. N 262

В целях расширения перечня способов осуществления единовременной и (или) ежемесячной страховых выплат и в соответствии с Федеральным законом от 27 июня 2011 г. N 161-ФЗ "О национальной платежной системе" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 27, ст.3872; 2019, N 52, ст.7808)

приказываю:

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. N 262 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 августа 2019 г., регистрационный N 55496), изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу.

Председатель Фонда
А.С.Кигим

Зарегистрировано
в Министерстве юстиции
Российской Федерации
16 октября 2020 года,
регистрационный N 60416

Приложение
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 16 сентября 2020 года N 506
"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 года N 262
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 _____

N _____

выдан

(наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи)

телефон: _____

страховой номер индивидуального лицевого счета

(СНИЛС): N _____

Представитель заявителя:

_____,

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

проживающий по адресу: _____

дата рождения _____

документ, удостоверяющий личность:

наименование _____

серия _____

N _____

выдан _____

(наименование органа, выдавшего

документ, дата выдачи)

документ, подтверждающий полномочия
представителя заявителя:

телефон:

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. N 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)

произошедшем

с

(дата наступления страхового случая) (фамилия, имя, отчество (при наличии) пострадавшего)

Выплаты прошу осуществлять (нужное отметить):

☐

почтовым переводом по адресу:

☐

через кредитную организацию на лицевой счет N

в

(наименование банка, кредитной организации)

№ 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

1

1

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)

[illegible]

Мне известно, что в соответствии с пунктом 3 статьи 19 Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 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. N 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 приложением _____ документов принято " _____ " _____ ,
зарегистрировано под N _____ .

М.П.

(должность лица, принявшего
документы)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

" _____ " _____
(дата)

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

N 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)

" " _____

" .