



ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
РЕГИСТРИРОВАНО

П Р И К А З

Министерство юстиции Российской Федерации  
Регистрационный № 60416  
от "16" августа 2019 г.

16 августа 2019 г. МОСКВА № 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. № 262**

В целях расширения перечня способов осуществления единовременной и (или) ежемесячной страховых выплат и в соответствии с Федеральным законом от 27 июня 2011 г. № 161-ФЗ «О национальной платежной системе» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 27, ст. 3872; 2019, № 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. № 262 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 августа 2019 г., регистрационный № 55496), изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу.

Председатель Фонда

А.С. Кигим

«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

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)

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 \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ ,

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)

произошедшим \_\_\_\_\_ 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 № \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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/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 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)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_