

Страхователю/территориальному органу страховщика ,
(ненужное зачеркнуть)
назначающему и выплачивающему пособие,

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О.
индивидуального предпринимателя, физического лица либо наименование
территориального органа страховщика)

от застрахованного лица

(фамилия, имя, отчество полностью)

Паспортные данные:

серия _____ номер _____ кем и когда выдан

Дата рождения _____

Страховой номер индивидуального лицевого счета
(СНИЛС) _____

Адрес места жительства:

Контактный телефон: ____ (____) _____

Заявление *

застрахованного лица о направлении запроса в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации о представлении сведений о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях

Поскольку я не имею возможности получить справку о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений от страхователя

_____ (полное наименование организации (обособленного подразделения),

Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

за период работы (службы, иной деятельности) у этого страхователя, в течение которой я подлежал(а) обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, с _____ 20__ г. по _____ 20__ г. в связи с прекращением деятельности страхователем/ по иным причинам (ненужное зачеркнуть, указать иные причины) _____

для исчисления и выплаты мне пособия _____ ,
(по временной нетрудоспособности, беременности и родам ежемесячного пособия по уходу за ребенком – указать нужное)

прошу в соответствии с частью 7.2 статьи 13 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ “Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством” направить запрос в территориальный орган Пенсионного фонда Российской

* Заполняется по каждому страхователю отдельно.

Федерации о представлении сведений о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях, из которых должно быть исчислено указанное пособие.

Подтверждаю свое согласие на обработку и использование территориальным органом Пенсионного фонда Российской Федерации моих персональных данных о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях для подготовки им сведений о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях и представления их страхователю/территориальному органу
(ненужное зачеркнуть)

страховщика, назначающему и выплачивающему пособие, _____
(полное наименование организации)

(обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица либо наименование территориального органа страховщика)

Дата _____

(подпись застрахованного лица)