

Записи выполняются на русском языке печатными буквами чернилами черного цвета. Допускается использование гелевой, капиллярной, перьевой ручки. Допускается применение печатающих устройств.
Записи не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей.

В

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

От

(полное наименование организации (обособленного подразделения) или Ф.И.О. страхователя-физического лица)

Заявление о возмещении стоимости гарантированного перечня услуг по погребению

Прошу в соответствии с пунктом 12 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 и 2013 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21.04.2011 № 294, возместить стоимость гарантированного перечня услуг по погребению, оказанных:

Лицо, которому оказаны услуги

Фамилия

Имя

Отчество

Банковские реквизиты для возмещения стоимости гарантированного перечня услуг по погребению

Наименование банка:

Счет № - - - БИК

Лицевой счет организации *

* Заполняется организацией, у которой открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации.
Иные страхователи данную строку не заполняют

Справка о смерти и счет за оказанные услуги прилагаются на листах

Сведения о специализированной службе по вопросам похоронного дела:

ИНН КПП

Адрес места нахождения: Индекс

Регион Район

Населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение Квартира

Контактный номер телефона (с указанием кода) специализированной службы по вопросам похоронного дела **+7 () -**

Руководитель (заместитель руководителя) специализированной службы по вопросам похоронного дела

_____ М.П.

подпись



Сведения о работодателе (заполняется страхователем):

Работодатель является страхователем: по отношению к умершему на день его смерти по отношению к одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи умершего несовершеннолетнего на день смерти этого несовершеннолетнего

Регистрационный номер /

Код подчиненности ИНН КПП

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства страхователя-физического лица:

Индекс

Регион Район

Населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение Квартира

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) +7 () -

Руководитель (уполномоченный представитель) страхователя

Должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения) либо Ф.И.О. страхователя - физического лица (его уполномоченного представителя)

<p>_____ М.П.</p> <p>подпись</p>

