Додаток 1

до наказу виконавчої дирекції Фонду соціального страхування України від 25.09.2018 № 444-од

до

(найменування управління (відділення) виконавчої дирекції Фонду)

гр.

(прізвище, ім'я та по батькові заявника)

Місце проживання:

(повна адреса, за якою мешкає заявник)

Дата народження

(число, місяць, рік народження заявника)

Паспорт серія № , виданий

(найменування органу, що видав паспорт, дата видачі)

Номер свідоцтва про загальнообов’язкове державне соціальне страхування (до отримання свідоцтва - ідентифікаційний номер з Державного реєстру фізичних осіб - платників податків та інших обов’язкових платежів)

З А Я В А

Прошу призначити мені страхові виплати у зв'язку з нещасним випадком на виробництві (професійним захворюванням), що стався (отримане) за час роботи на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(повна назва підприємства, на якому стався страховий випадок)

реєстраційний номер страхувальника\*

На момент страхового випадку працював (працювала) на підприємстві

(повна назва підприємства)

реєстраційний номер страхувальника\*

На цей час працюю (не працюю) на

(повна назва підприємства, організації, де працює заявник)

реєстраційний номер страхувальника\*

Виплати прошу надсилати:

* на особовий рахунок в банку № МФО

(повна назва та реквізити банку)

* поштовим переказом за адресою

(повна адреса, за якою мешкає потерпілий)

\* Заповнюється спеціалістом управління (відділення) виконавчої дирекції Фонду соціального страхування України (далі – Фонд)

Відповідно до статті 43 Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» (далі - Закон) та пункту 3.1 розділу III Порядку призначення, перерахування та проведення страхових виплат, затвердженого постановою правління Фонду від 19.07.2018 № 11, до заяви додаються такі документи:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  з/п | Найменування документа | Дата прийому документа | Підпис відповід. особи |
| 1. | Копія індивідуального податкового номера, засвідчена підписом працівника управління (відділення) Фонду при пред’явленні оригіналу |  |  |
| 2. | Копія паспорта, засвідчена підписом працівника управління (відділення) Фонду при пред’явленні оригіналу |  |  |
| 3. | Акт про нещасний випадок, пов’язаний з виробництвом, за встановленою формою (якщо стався нещасний випадок), висновок за формою Т-1 (якщо такий складався) |  |  |
| 4. | Акт (спеціального) розслідування нещасного випадку (аварії), що стався (сталася) за формою Н-5 (якщо такий складався) |  |  |
| 5. | Акт розслідування хронічного професійного захворювання за формою П-4 (якщо таке встановлено) |  |  |
| 6. | Рішення суду про встановлення факту нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання (якщо було засідання суду з цього питання) |  |  |
| 7. | Висновок МСЕК про ступінь втрати професійної працездатності |  |  |
| 8. | Довідка про середню заробітну плату (доход) у разі відсутності інформації в Державному реєстрі застрахованих осіб |  |  |
| 9. | Копія трудової книжки або витяг з неї, засвідчені страхувальником або підписом працівника управління (відділення) виконавчої дирекції Фонду при пред’явленні оригіналу |  |  |
| 10. | Копія цивільно-правового договору (для осіб, які працюють на умовах такого договору), засвідчена страхувальником або підписом працівника управління (відділення) Фонду при пред’явленні оригіналу |  |  |
| 11. | Копія документа, що підтверджує державну реєстрацію особи, як суб’єкта підприємницької діяльності, засвідчена страхувальником або підписом працівника управління (відділення) Фонду при пред’явленні оригіналу |  |  |
| 12. | Довідка про розмір пенсії по інвалідності (якщо вона призначена) внаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання (у тому числі про розмір одержуваних надбавок) у разі настання права на страхову виплату до 11.10.2017 |  |  |
| 13. | Довідка будинку-інтернату для громадян похилого віку та інвалідів або пансіонату для ветеранів війни та праці про розмір вартості утримання потерпілого в ньому |  |  |
| 14. | Протокол засідання комісії з питань охорони праці підприємства, а у разі, якщо вона не створена на підприємстві, комісії з питань вирішення спорів при робочих органах виконавчої дирекції Фонду про відсоток зменшення розміру одноразової допомоги потерпілому на виробництві (у разі встановлення комісією з розслідування нещасного випадку, що ушкодження здоров’я настало не лише з причин, що залежать від роботодавця, а і внаслідок порушення застрахованою особою нормативних актів про охорону праці) |  |  |

Мені відомо, що Фонд має право:

* відповідно до частини 3 статті 44 Закону затримати страхові виплати до з'ясування підстав для виплат, якщо документи про нещасний випадок оформлені з порушенням установлених вимог;
* відповідно до статті 46 Закону припинити страхові виплати та надання соціальних послуг;
* згідно зі статтею 45 Закону відмовити у страхових виплатах і наданні соціальних послуг застрахованому;
* відповідно до частини дев’ятої статті 47 Закону утримати суми, одержані в рахунок страхових виплат.

Згідно з частиною другою статті 16 Закону застрахована особа зобов’язана своєчасно повідомляти страхувальника та страховика про обставини, що впливають на умови або зміни розміру матеріального забезпечення та соціальних послуг.

З вищенаведеною інформацією ознайомлений (на) та погоджуюсь.

Документи, яких не вистачає, будуть надані до \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р.

\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис заявника) (ініціали, прізвище заявника)

Відомості за паспортом заявника перевірено, заява з додатком документів на \_\_\_\_\_\_ аркушах прийнята

\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ р. та зареєстрована під № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(прізвище, підпис, посада працівника, який прийняв документи)