# Заявление застрахованного лица о направлении запроса в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации о предоставлении сведений о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях (образец заполнения)

 Страхователю/-территориальному

органу страховщика-,

--------------------------------

(ненужное зачеркнуть)

назначающему и выплачивающему

пособие,

ЗАО "Фрегат"

--------------------------------

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование организации

(обособленного подразделения),

Ф.И.О. индивидуального

предпринимателя, физического

лица либо наименование

территориального органа

страховщика)

от застрахованного лица

Зайцевой Натальи Ивановны

--------------------------------

(фамилия, имя, отчество

полностью)

Паспортные данные:

85 99 987543

серия --- номер ---- кем и когда

выдан

ОВД Войковского р-на г. Москвы

12.07.2004

--------------------------------

01.07.1985

Дата рождения ------------------

Страховой номер индивидуального

051-668-659-40

лицевого счета (СНИЛС) ---------

Адрес места жительства:

Москва, Нарвская ул., д. 14,

к. 1, кв. 146

--------------------------------

Контактный телефон:

+7 916 999-99-99

--(---)---------

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

Общество с

платы, иных выплат и вознаграждений от страхователя -----------------------

ограниченной ответственностью "Картпроцесс"

---------------------------------------------------------------------------

(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,

1 января 11 30 июня 12

с -------- 20-- г. по --------- 20-- г. в связи с прекращением деятельности

страхователем / по иным причинам (ненужное зачеркнуть, указать иные

причины)

---------------------------------------------------------------------------

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по временной нетрудоспособности

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. N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на

случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" направить

запрос в территориальный орган Пенсионного фонда Российской 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

страхователю/-территориальному органу страховщика-,

представления их ----------------------------------------------------------

(ненужное зачеркнуть)

Закрытое акционерное общество

назначающему и выплачивающему пособие ------------------------------------,

(полное наименование организации

"Фрегат"

---------------------------------------------------------------------------

(обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя,

физического лица либо наименование территориального органа страховщика)

28.11.2013 Зайцева

Дата ------------------ ---------------------------------------

(подпись застрахованного лица)

Источник - "Больничные, декретные, пособия на детей и выплаты при несчастных случаях на производстве", "АйСи Групп"

Сохраните в закладки наш сайт: [Порядокправа.рф](https://порядокправа.рф)

Прямая ссылка на документ: [https://порядокправа.рф/obrazecy/zayavlenie\_zastraxovannogo\_lica\_o\_napravlenii\_zaprosa\_v\_territorialnyj\_organ\_pensionnogo\_fonda\_rossi.htm](https://порядокправа.рф/zayavlenie_zastraxovannogo_lica_o_napravlenii_zaprosa_v_territorialnyj_organ_pensionnogo_fonda_rossi.htm)