Форма запроса

Способ направления электронного образа формы:

- в адрес электронной почты Отделения фонда [info@56.sfr.gov.ru](mailto:info@56.sfr.gov.ru);

- по телекоммуникационным каналам связи (СЭДО СФР) «письмом»

**Запрос сведений о травматизме и профессиональных заболеваниях,**

**имеющихся в Отделении Социального фонда России по Оренбургской области, предварительном расчете капитализированных платежей, подлежащих уплате в случае ликвидации юридического лица, нормативах расчета капитализированных платежей**

# Страхователем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# (полное наименование юридического лица (обособленного подразделения),

# Ф.И.О. физического лица, в том числе индивидуального предпринимателя,)

# регистрационный номер в СФР \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

# ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

# КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

# адрес в пределах места

# нахождения юридического лица (обособленного подразделения)/

# адрес регистрации индивидуального предпринимателя

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |
| --- |
| в соответствии со [статьей 23](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=451734&dst=792) Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» запрашиваются следующие сведения (нужное отметить знаком "V"): |
| сведения о количестве получателей страховых выплат с датами произошедших НС/ПЗ по \_\_.\_\_.\_\_\_\_\*;  сведения о получателях страховых выплат, пострадавших вследствие НС/ПЗ, произошедших по \_\_.\_\_.\_\_\_\_\*;  расходы на выплату пособий по временной нетрудоспособности в связи с несчастными случаями на производстве или профессиональными заболеваниями и на оплату отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период его лечения и проезда к месту лечения и обратно за \_\_\_\_\* год;  предварительный расчет капитализированных платежей; |
| нормативы для расчета капитализированных платежей. |

Ответ на запрос следует направить (нужное отметить знаком "V"):

|  |
| --- |
| электронной почтой на адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*\*;  по телекоммуникационным каналам связи \*\*\*;  почтовым отправлением на адрес страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*\*\*\*. |

|  |  |
| --- | --- |
| Страхователь (представитель страхователя) |  |
|  | (фамилия, инициалы, должность, подпись) |

\* Указывается дата, по которую запрашиваются сведения о произошедших НС и ПЗ, имеющихся у страховщика. Для расходов на выплату пособий по временной нетрудоспособности в связи с НС и ПЗ и на оплату отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период его лечения и проезда к месту лечения и обратно указывается год, за который запрашиваются сведения.

\*\* Указывается адрес электронной почты, на которую направляется ответ на запрос. Данный способ может быть выбран при запросе сведений о количестве получателей страховых выплат с датами произошедших НС/ПЗ и нормативах для расчета капитализированных платежей.

\*\*\* Способ отправки по ТКС выбирается в случае наличия электронного документооборота с СФР.

\*\*\*\* Указывается юридический или фактический адрес согласно ЕГРЮЛ.