В ОСФР по Приморскому краю

от

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

проживающего по адресу:

дата рождения: .

страховой номер индивидуального лицевого счета

(СНИЛС): №

Представитель заявителя:

 ,

(фамилия, имя, отчество (при наличии)
представителя заявителя)

проживающий по адресу:

дата рождения

документ, удостоверяющий личность:

наименование

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| серия |  | № |  | , |

выдан

(наименование органа, выдавшего документ,
дата выдачи)

документ, подтверждающий полномочия представителя заявителя:

телефон:

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» прошу ежемесячную страховые выплаты осуществлять (нужное отметить):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | почтовым переводом по адресу: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | через кредитную организацию на лицевой счет № |  |

в

(наименование банка, кредитной организации)

№ платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом (при наличии):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (дата) |  | (подпись заявителя/представителя) |