Додаток 1

до наказу виконавчої дирекції

Фонду соціального страхування України

від №

|  |
| --- |
| До\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  найменування управління виконавчої дирекції Фонду  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  прізвище, ім'я та по батькові заявника  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Місце проживання:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  повна адреса, за якою мешкає заявник  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

З А Я В А

На підставі статті 39 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», постанови Кабінету Міністрів України від 17.06.2020 № 498 «Деякі питання надання страхових виплат у разі захворювання або смерті медичних працівників у зв’язку з інфікуванням гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2», прошу призначити та виплатити мені страхову виплату, як особі з \_\_\_\_ групою інвалідності, отриманою внаслідок захворювання на коронавірусну хворобу (COVID - 19), що настала під час виконання мною професійних обов’язків в умовах підвищеного ризику зараження.

На момент захворювання працював (працювала) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(повна назва установи)

\*реєстраційний номер страхувальника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Виплати прошу надсилати:

на особовий рахунок в банку №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МФО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(повна назва та реквізити банку)

Повідомляю, що я не отримував (ла) страхові виплати в іншому управлінні (відділенні) виконавчої дирекції Фонду.

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

дата, підпис, ПІП заявника

Відповідно до Порядку здійснення страхових виплат у разі захворювання або смерті медичних працівників у зв’язку з інфікуванням гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та визначення їх розмірів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17.06.2020 № 498 «Деякі питання надання страхових виплат у разі захворювання або смерті медичних працівників у зв’язку з інфікуванням гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2», до заяви додаються такі документи:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Назва документу | Кількість сторінок | Дата | Підпис |
| 1 | Копія паспорта громадянина України, засвідчена підписом працівника управління (відділення) Фонду при пред’явленні оригіналу |  |  |  |
| 2 | Копія реєстраційного номера облікової картки платника податків, засвідчена підписом працівника управління (відділення) Фонду при пред’явленні оригіналу |  |  |  |
| 3 | Висновок МСЕК про групу інвалідності та ступінь втрати професійної працездатності про встановлення групи інвалідності та ступеня втрати професійної працездатності внаслідок захворювання на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2 |  |  |  |
| 4 | Примірник акта розслідування (спеціального розслідування) нещасного випадку, гострого професійного захворювання (отруєння), аварії |  |  |  |
| 5 | Копія трудової книжки або витяг з неї, засвідчені страхувальником або підписом працівника управління (відділення) виконавчої дирекції Фонду при пред’явленні оригіналу |  |  |  |
| 6 | Копія цивільно-правового договору (якщо працював на умовах такого договору), засвідчену страхувальником, або підписом працівника органу Фонду в разі пред’явлення оригіналу; |  |  |  |
| 7 | Рішення суду про встановлення факту гострого професійного захворювання (за наявності рішення суду з цього питання). |  |  |  |

Страхова виплата у зв’язку із захворюванням медичного працівника на коронавірусну хворобу (COVID - 19) проводиться разово.

Заява приймається працівником управління (відділення) виконавчої дирекції Фонду за наявності всіх необхідних документів.

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

дата  (підпис заявника) (ПІП)

Заява з додатком документів на \_\_\_\_аркушах перевірена, прийнята

\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ зареєстрована в журналі обліку заяв під № \_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» (далі - Закон) даю згоду на обробку моїх персональних даних, збір та перевірку достовірності інформації, що містяться у справі про страхові виплати, передачу даних третім особам з метою забезпечення реалізації норм статті 39 Закону України «Захист населення від інфекційних хвороб» та постанови Кабінету Міністрів України від 17.06.2020 № 498 «Деякі питання надання страхових виплат у разі захворювання або смерті медичних працівників у зв’язку з інфікуванням гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2».

Зобов'язуюся в разі зміни моїх персональних даних до проведення страхової виплати подати у найкоротший строк уточнену достовірну інформацію та оригінали відповідних документів для оновлення моїх персональних даних.

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

дата (підпис заявника) (ПІП)