

Страхователю / территориальному органу страховщика, назначающему и выплачивающему пособие,
(ненужное зачеркнуть)

Обществу с ограниченной ответственностью «Альфа»

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица либо наименование территориального органа страховщика)

от застрахованного лица *Ивановой Елены Васильевны*

(фамилия, имя, отчество полностью)

Паспортные данные: серия *8009* номер *854567* кем и когда выдан

18.06.2005 Краснопресненским УВД г. Москвы

Дата рождения *12.12.1985*

Страховой номер индивидуального лицевого счета

(СНИЛС) *112-233-345 75*

Адрес места жительства: *ул. Исаковского, д. 15, кв. 67, г. Москва*

Контактный телефон: *8 (915) 2345667*

**Заявление* застрахованного лица о направлении запроса
в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации о предоставлении
сведений о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях**

Поскольку я не имею возможности получить справку о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений от страхователя

Общества с ограниченной ответственностью «Торговая фирма «Гермес»

(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, с *13.06* 20 *11* г. по *15.04* 20 *14* г. в связи с прекращением деятельности страхователем/ по иным причинам (ненужное зачеркнуть, указать иные причины)

для исчисления и выплаты мне пособия *по временной нетрудоспособности*,

(по временной нетрудоспособности, беременности и родам, ежемесячного пособия по уходу за ребенком — указать нужное)

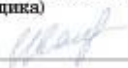
прошу в соответствии с частью 7.2 статьи 13 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» направить запрос в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации о предоставлении сведений 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 предоставления их страхователю / территориальному органу страховщика, (ненужное зачеркнуть)

назначающему и выплачивающему пособие, *Обществу с ограниченной ответственностью «Альфа»*

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица либо наименование территориального органа страховщика)

Дата *10.06.2014*


(подпись застрахованного лица)

* Заполняется по каждому страхователю отдельно.