

Приложение № 8
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от _____ г. № _____

OT

Заявление о возмещении стоимости гарантированного перечня услуг по погребению

Фамилия

Имя

Отчество

Лицевой счет организации *

Справка о смерти и счет за оказанные услуги прилагаются на листах

ИНН _____ КПП _____

Регион Район

Населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение Квартира

Контактный номер телефона (с указанием кода) специализированной службы по вопросам похоронного дела **+7 () -**

Руководитель (заместитель руководителя) специализированной службы по вопросам похоронного дела

_____ М.П.
ПОДПИСЬ



Сведения о работодателе (заполняется страхователем):

Работодатель является страхователем: ☐ по отношению к умершему на день его смерти ☐ по отношению к одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи умершего несовершеннолетнего на день смерти этого несовершеннолетнего

Регистрационный номер /

Код подчиненности ИНН КПП

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства страхователя-физического лица:

Индекс

Регион Район

Населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение Квартира

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) +7 () -

Руководитель (уполномоченный представитель) страхователя

Должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения) либо
Ф.И.О. страхователя - физического лица (его уполномоченного представителя)

_____	М.П.
подпись	

