

Приложение № 8
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 17.09.2012 г. № 335

OT

Заявление о возмещении стоимости гарантированного перечня услуг по погребению

Лицо, которому оказаны услуги

Отчество

Наименование банка:

Счет № - - - БИК

Лицевой счет организации *

* Заполняется организацией, у которой открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации.
Иные страхователи данную строку не заполняют

Справка о смерти и счет за оказанные услуги прилагаются на _____ листах.

ИНН _____ КПП _____

Адрес места нахождения: _____ Индекс: _____

[illegible]

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)

<div>_____</div> <div>подпись</div>	<div>М.П.</div>
-------------------------------------	-----------------

