

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)

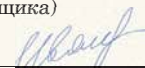
прошу в соответствии с частью 7.2 статьи 13 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» направить запрос в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации о предоставлении сведений 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.