Приложение № 2 к Приказу Минздравсоцразвития России от 24.01.2011 № 21н

(наименование территориального органа Пенсионного фонда  
Российской Федерации)

от страхователя/территориального органа страховщика ,

(ненужное зачеркнуть)

назначающего и выплачивающего пособие,

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

Дополнительные сведения [[1]](#footnote-1)\*:

Регистрационный номер в Пенсионном фонде Российской Федерации

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ИНН |  | КПП |  |

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Контактный телефон: |  | ( |  | ) |  |

**Запрос**

**в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации о представлении сведений о заработной плате, иных выплатах**

**и вознаграждениях застрахованного лица**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| от |  | 20 |  | г. | № |  |

На основании заявления ,

(Ф.И.О. застрахованного лица)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| паспортные данные: серия |  | номер |  | кем и когда выдан |  |

,

дата рождения ,

страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) ,

адрес места жительства застрахованного лица:

,

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” представить сведения о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях, начисленных страхователем

(полное наименование организации

(обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| за | 20 |  | г. | 20 |  | г. (указать календарные годы). |

Имеется согласие застрахованного лица на обработку и использование территориальным органом Пенсионного фонда Российской Федерации его персональных данных о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях для подготовки им сведений о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях и представления их страхователю/территориальному органу

(ненужное зачеркнуть)

страховщика, назначающему и выплачивающему пособие,

(полное наименование организации

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

Руководитель организации (обособленного подразделения),  
индивидуальный предприниматель, физическое лицо  
либо руководитель территориального органа страховщика

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (должность)[[2]](#footnote-2)\* |  | (подпись) |  | (Ф.И.О.) |

Место печати страхователя

либо территориального

органа страховщика

1. \* Заполняются страхователем. [↑](#footnote-ref-1)
2. \* Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения), территориального органа страховщика. [↑](#footnote-ref-2)