

До _____
найменування управління виконавчої дирекції Фонду

гр. _____
прізвище, ім'я та по батькові заявника

Місце
проживання: _____
повна адреса, за якою мешкає заявник

Тел. _____

З А Я В А

На підставі статті 39 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», постанови Кабінету Міністрів України від 17.06.2020 № 498 «Деякі питання надання страхових виплат у разі захворювання або смерті медичних працівників у зв'язку з інфікуванням гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2», прошу призначити та виплатити мені страхову виплату, як особі з ____ групою інвалідності, отриманою внаслідок захворювання на коронавірусну хворобу (COVID - 19), що настала під час виконання мною професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження.

На момент захворювання працював (працювала) _____

(повна назва установи)

* реєстраційний номер страхувальника _____

Виплати прошу надсилати:
на особовий рахунок в банку № _____ МФО _____

(повна назва та реквізити банку)

Повідомляю, що я не отримував (ла) страхові виплати в іншому управлінні (відділенні) виконавчої дирекції Фонду.

дата, підпис, ПІП заявника

Відповідно до Порядку здійснення страхових виплат у разі захворювання або смерті медичних працівників у зв'язку з інфікуванням гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та визначення їх розмірів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17.06.2020 № 498 «Деякі питання надання страхових виплат у разі захворювання або смерті медичних працівників у зв'язку з інфікуванням гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2», до заяви додаються такі документи:

№ п/п	Назва документу	Кількість сторінок	Дата	Підпис
1	Копія паспорта громадянина України, засвідчена підписом працівника управління (відділення) Фонду при пред'явленні оригіналу			
2	Копія реєстраційного номера облікової картки платника податків, засвідчена підписом працівника управління (відділення) Фонду при пред'явленні оригіналу			
3	Висновок МСЕК про групу інвалідності та ступінь втрати професійної працездатності про встановлення групи інвалідності та ступеня втрати професійної працездатності внаслідок захворювання на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2			
4	Примірник акта розслідування (спеціального розслідування) нещасного випадку, гострого професійного захворювання (отруєння), аварії			
5	Копія трудової книжки або витяг з неї, засвідчені страхувальником або підписом працівника управління (відділення) виконавчої дирекції Фонду при пред'явленні оригіналу			
6	Копія цивільно-правового договору (якщо працював на умовах такого договору), засвідчену страхувальником, або підписом працівника органу Фонду в разі пред'явлення оригіналу;			

7	Рішення суду про встановлення факту гострого професійного захворювання (за наявності рішення суду з цього питання).			
---	---	--	--	--

Страхова виплата у зв'язку із захворюванням медичного працівника на коронавірусну хворобу (COVID - 19) проводиться разово.

Заява приймається працівником управління (відділення) виконавчої дирекції Фонду за наявності всіх необхідних документів.

дата

(підпис заявника)

(ППП)

Заява з додатком документів на ___ аркушах перевірена, прийнята
 __ _____ 20__ зареєстрована в журналі обліку заяв під № _____.

(прізвище, підпис, посада працівника, який прийняв документи)

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» (далі - Закон) даю згоду на обробку моїх персональних даних, збір та перевірку достовірності інформації, що містяться у справі про страхові виплати, передачу даних третім особам з метою забезпечення реалізації норм статті 39 Закону України «Захист населення від інфекційних хвороб» та постанови Кабінету Міністрів України від 17.06.2020 № 498 «Деякі питання надання страхових виплат у разі захворювання або смерті медичних працівників у зв'язку з інфікуванням гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2».

Зобов'язуюся в разі зміни моїх персональних даних до проведення страхової виплати подати у найкоротший строк уточнену достовірну інформацію та оригінали відповідних документів для оновлення моїх персональних даних.

дата

(підпис заявника)

(ППП)