Главному врачу

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(телефон)

Заявление

о проведении расследования по страховому случаю причинения вреда здоровью в связи с развитием заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией, повлекшего временную нетрудоспособность, но не приведшего к инвалидности

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество и год рождения пострадавшего, должность)

в период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года работал в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(отделение медицинской организации, где работник исполнял трудовые обязанности)

где оказывал медицинскую помощь пациентам с подтвержденным инфекционным заболеванием, вызванным новой коронавирусной инфекцией COVID-19, а также пациентам с подозрением на данную инфекцию.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года мне был поставлен диагноз «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_». Заболевание вызвано новой коронавирусной инфекцией COVID-19, что подтверждается данными лабораторного исследования (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

(реквизиты документа, содержащего результаты анализа)

**На основании изложенного прошу:**

- создать врачебную комиссию для расследования страхового случая, повлекшего за собой временную нетрудоспособность, но не приведшего к инвалидности, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 16 мая 2020 года № 695;

- признать мое заболевание страховым случаем;

- направить в органы Фонда социального страхования справку, составленную по результатам расследования;

- страховую выплату прошу перечислить на мой лицевой счет (реквизиты лицевого счета, на который необходимо перечислить соответствующую выплату: наименование банка, БИК, ИНН банка, корр. счет, ФИО получателя и номер лицевого счета).

Приложение:

1. Медицинское заключение/ справка об установленном диагнозе

2. Результаты лабораторного исследования на COVID-19

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО)

***Подготовлено Службой «Ясное утро»*** [***yasnoeutro.ru***](https://yasnoeutro.ru/)