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 коронавирусной инфекцией COVID-19, а также пациентам с подозрением на данную инфекцию.

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

 (реквизиты документа, содержащего результаты анализа)

результатами компьютерной томографии легких от «­­­­\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года.

**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  20 февраля 2021 года № 239;

- 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: ФИО получателя и номер лицевого счета, наименование банка, БИК, ИНН банка, корр. счет).

Приложение:

1. Медицинское заключение/ справка об установленном диагнозе/ выписной эпикриз/ листок нетрудоспособности/ выписка из амбулаторной или стационарной карты (при наличии)

2. Результаты лабораторного исследования на COVID-19

3. Результаты КТ

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

 (подпись) (ФИО)

**Если вы чувствуете повышенную усталость, депрессию, раздражительность, когда все валится из рук, то просто позвоните нам по телефону "горячей линии" помощи для медработников 8-800-600-3629. Анонимно, бесплатно, круглосуточно.**

**Ссылка на страничку:**[**Ясное утро.рф**](https://bit.ly/3G3wHF5)