

Извещение
о представлении недостающих сведений и (или) документов
от 08.04.2026 № 202604922107

Сведения и (или) документы, подлежащие представлению

Страхователю :

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ ПРОИЗВОДСТВЕННОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ
"РАДИАН"**

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

Регистрационный номер

3805005398 / 1067112050

ИНН/КПП

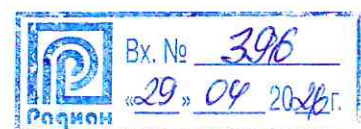
3810310687 / 381001001

в соответствии с частью 20 статьи 13 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" и пунктом 10 Правил получения Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия при рождении ребенка, ежемесячного пособия по уходу за ребенком, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 23 ноября 2021 г. № 2010,

в соответствии с пунктом 32(2) Положения об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2006 г. № 286, необходимо предоставить в:

Отделение Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Иркутской области
(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)
664007, Иркутская область, Иркутск, ул. Декабрьских Событий, дом 92, телефон 8(3952) 26-83-02
(адрес территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

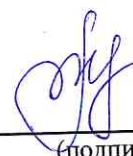
в течение 5 рабочих дней со дня получения настоящего извещения следующие сведения и (или) документы, необходимые для назначения и выплаты соответствующего вида пособия (оплаты отпуска) согласно электронного реестра Р_3805005398_2026_04_07_391648538_0 и/или новый реестр сведений с уточненными данными необходимыми для назначения и выплаты соответствующего вида пособия (оплаты отпуска), только по нижеперечисленным застрахованным лицам:



Вид выплаты: (код "1" - пособие по временной нетрудоспособности; "2" - пособие по беременности и родам; "4" - единовременное пособие при рождении ребенка; "5" - ежемесячное пособие по уходу за ребенком; "6" - пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием; "7" - отпуск застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период санаторно-курортного лечения и проезда к месту	Сведения о застрахованном лице				Сведения и документы
	Фамилия	Имя	Отчество (при наличии)	СНИЛС	
1 Пособие по временной нетрудоспособности	Семин	Максим	Сергеевич	17401678361	СНИЛС: 17401678361 ЭЛН: 910336365380 В сведениях, представленных страхователем, не верно указан страховой стаж застрахованного лица.

Руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Заместитель начальника управления- начальник
отдела назначения и осуществления страховых выплат
застрахованным гражданам, Антипина А.Н.
(должность, фамилия, имя, отчество
(при наличии))



(подпись)



Извещение о представлении недостающих сведений и (или) документов получил:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем либо фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица (лица, добровольно вступившего в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством)

(дата)

(подпись)

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) либо застрахованного лица (его уполномоченного представителя):

КОМУ:ООО ПО "РАДИАН"
Регистрационный номер
3805005398

КУДА:664048, Россия, обл Иркутская, г Иркутск,
ул Розы Люксембург, дом 184, квартира 342