

ПАМЯТКА ПО ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ ДОПЛАТЫ

Правительством Российской Федерации издано Постановление от 30.12.2024 №1993 «О внесении изменения в Постановление Правительства Российской Федерации от 25.12.2023 г. №2293», предусматривающее изменение применяемого при индексации размеров страховых сумм коэффициента с **1,045** на **1,051**, в связи с чем изменились размеры страховых сумм, положенных к выплате в 2024 году.

Застрахованные лица и выгодоприобретатели, которым были осуществлены выплаты в период **01.01.2024 – 31.12.2024**, имеют право на осуществление доплаты с учетом применения коэффициента **1.051** при индексации таких выплат.

КАКОВЫ РАЗМЕРЫ СТРАХОВЫХ СУММ? КАКАЯ СУММА ДОПЛАТЫ ПОЛОЖЕНА?

Событие	Сумма выплаты с учетом Постановления Правительства РФ от 25.12.2023 №2293, руб.	Сумма выплаты с учетом Постановления Правительства РФ от 30.12.2024 №1993, руб.	Сумма доплаты, руб.
Гибель (смерть) в период прохождения службы или до истечения 1 года после увольнения со службы	3 272 657,39	3 291 447,77	18 790,38
Инв. I группы в период прохождения службы или до истечения 1 года после увольнения со службы	2 454 493,05	2 468 585,84	14 092,79
Инв. II группы в период прохождения службы или до истечения 1 года после увольнения со службы	1 636 328,71	1 645 723,89	9 395,18
Инв. III группы в период прохождения службы или до истечения 1 года после увольнения со службы	818 164,36	822 861,95	4 697,59
Тяжелое увечье	327 265,73	329 144,77	1 879,04
Легкое увечье	81 816,44	82 286,20	469,76

В случае, если получателей страховой выплаты несколько, сумма доплаты делится между ними в равных долях.

КАКИМ ОБРАЗОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ДОПЛАТА?

Доплата осуществляется в заявительном порядке. Для получения выплаты необходимо обратиться в учреждение (организацию) Страхователя с предоставлением следующих документов:

1. Заявление о доплате в свободной форме (рекомендуемый образец представлен в [Приложении 1](#) к Памятке).

В заявлении необходимо указать банковские реквизиты, включая:

- полное наименование и местонахождение банка
- расчетный счет банка (20 знаков)
- корреспондентский счет (20 знаков)
- ИНН Банка
- БИК
- Ф.И.О. получателя платежа (владельца счета)
- номер лицевого счета получателя платежа (20 знаков) или банковской карты.

2. Копию документа, удостоверяющего личность получателя.

Ответственный сотрудник учреждения (организации) Страхователя направит документы в АО «СОГАЗ».

Если Вы хотите направить документы в АО «СОГАЗ» самостоятельно, это можно сделать:

1. Почтой России по адресу: 107078, г. Москва, проспект Академика Сахарова, д. 10, АО «СОГАЗ», Управление урегулирования убытков по обязательному государственному личному страхованию;
2. Лично: г. Москва, Уланский переулок, д. 24, стр. 1, АО «СОГАЗ», зона приема корреспонденции.

График приема корреспонденции: понедельник – четверг: с 09:00 до 18:00, пятница: с 09:00 до 16:45, суббота и воскресенье – выходные дни.

Приложение 1. Форма заявления о доплате.

Руководителю АО «СОГАЗ»

от _____
(фамилия, имя, отчество)

проживающего по адресу _____

документ, удостоверяющий личность

серия _____ N _____

выдан _____

(кем и когда выдан)

Контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу произвести доплату в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2023 г. № 2293 «Об индексации в 2024 году размеров отдельных выплат военнослужащим, сотрудникам некоторых федеральных органов исполнительной власти, гражданам, уволенным с военной службы (службы), гражданам, проходившим военные сборы, и гражданам, пребывающим (пребывавшим) в добровольческих формированиях» к ранее выплаченной страховой сумме в связи с (проставить отметку в соответствующем квадрате):

гибелью (смертью) _____
родственное отношение к погибшему (умершему),

его фамилия, имя, отчество (при наличии)

установлением мне инвалидности;

получением мною увечья (ранения, травмы, контузии);

Выплату прошу произвести на следующие реквизиты:

Счет получателя _____;

Полное наименование банка: _____;

Корреспондентский счет: _____;

БИК _____;

КПП: _____;

ИНН: _____.

К заявлению прилагаю:

1. Копию документа, удостоверяющего личность, на ____ л.

" ____ " _____ г.

Подпись заявителя _____