

застрахованного лица о досрочном переходе из Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации в негосударственный пенсионный фонд, осуществляющий деятельность по обязательному пенсионному страхованию

☐ - заявление подается застрахованным лицом лично

☐ - заявление подается представителем застрахованного лица
(нужное отметить знаком X)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица)

--	--

--	--

--	--	--	--

(число, месяц, год рождения)

Пол:

МУЖСКОЙ

женский

(нужное отметить знаком X)

--	--	--	--

(страховой номер индивидуального лицевого счета)

Контактная информация для связи:

(почтовый и электронный адреса и номер телефона застрахованного лица)

Сведения о представителе (если заявление подается представителем застрахованного лица):

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя застрахованного лица)

(число, месяц, год рождения)

Документ, удостоверяющий личность представителя застрахованного лица:

(наименование, номер документа,
когда и кем выдан)

Документ, подтверждающий полномочия представителя застрахованного лица:

(наименование, номер и серия документа,
когда и кем выдан,
срок действия документа)

осуществляющий (осуществляющая) формирование накопительной пенсии через Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации, сообщаю о намерении со следующего года осуществлять дальнейшее формирование моей накопительной пенсии через негосударственный пенсионный фонд

(наименование негосударственного пенсионного фонда)

Реквизиты договора об обязательном пенсионном страховании:

(дата заключения договора)	(номер договора)
----------------------------	------------------

☐ Я уведомлен (уведомлена) об условиях досрочного перехода (в том числе об отраженной в соответствии с законодательством Российской Федерации в специальной части моего индивидуального лицевого счета сумме дохода от инвестирования средств пенсионных накоплений, не подлежащего передаче в случае удовлетворения моего заявления о досрочном переходе, или сумме убытка, не подлежащего гарантийному возполнению в случае удовлетворения моего заявления о досрочном переходе) (подпись застрахованного лица/представителя)

(дата подачи заявления)	(подпись застрахованного лица/представителя)
--	---

Служебные отметки Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации	Место удостоверительной надписи
--	---------------------------------