Отделение Фонда пенсионного и социального страхования РФ по Магаданской области

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

(наименование территориального органа Пенсионного фонда

Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

об отзыве заявления об отказе от финансирования накопительной

пенсии и направлении на финансирование страховой пенсии

6,0 процента индивидуальной части тарифа

страхового взноса [<1>](#Par114)

|  |  |
| --- | --- |
|  | - 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) | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (номер страхового свидетельства обязательного  пенсионного страхования) | | | | | | | | | | | | | |

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 и серия документа, кем и когда выдан)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Документ, подтверждающий полномочия представителя застрахованного лица

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

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

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

действия [<2>](#Par115))

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

прошу аннулировать ранее поданное мной заявление об отказе от

финансирования накопительной пенсии и направлении на финансирование

страховой пенсии 6,0 процента индивидуальной части тарифа страхового взноса

и направлять на финансирование накопительной пенсии 6,0 процента

индивидуальной части тарифа страхового взноса.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (дата заполнения заявления) | | | | | | | |  | (подпись застрахованного лица/  представителя застрахованного лица) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Служебные отметки Пенсионного фонда Российской Федерации | Место удостоверительной надписи |

--------------------------------

<1> Заполняется только застрахованными лицами 1967 года рождения и моложе, которые заключили договор об обязательном пенсионном страховании и обратились с [заявлением](consultantplus://offline/ref=FEFCB6BF44803507340DA6E951E675CC2E221E303188DD138E15EFCF6D39F9A371AAD090E6AFDA91518C0DDA6CCCEB17D701EC6E324339CF5FKED) о переходе ([заявлением](consultantplus://offline/ref=FEFCB6BF44803507340DA6E951E675CC2E221E303188DD138E15EFCF6D39F9A371AAD090E6AFDA9B508C0DDA6CCCEB17D701EC6E324339CF5FKED) о досрочном переходе) в негосударственный пенсионный фонд, либо обратились с [заявлением](consultantplus://offline/ref=FEFCB6BF44803507340DA6E951E675CC2E221E363383DD138E15EFCF6D39F9A371AAD090E6AFDA91558C0DDA6CCCEB17D701EC6E324339CF5FKED) о выборе инвестиционного портфеля (управляющей компании), расширенного инвестиционного портфеля государственной управляющей компании, или инвестиционного портфеля государственных ценных бумаг государственной управляющей компании, и не реализовали право выбора варианта пенсионного обеспечения, предусматривающего направление 6,0 процента индивидуальной части тарифа страхового взноса на финансирование страховой пенсии.

<2> Поле "срок действия" заполняется в случае, если указанный срок предусмотрен документом, подтверждающим полномочия представителя застрахованного лица.