Отделение Фонда пенсионного и социального страхования РФ по Магаданской области

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

(наименование территориального органа Пенсионного фонда

Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

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))

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

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

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

поручаю Пенсионному фонду Российской Федерации, начиная со следующего

календарного года, направлять на финансирование страховой пенсии полную

сумму страховых взносов на обязательное пенсионное страхование

индивидуальной части тарифа страхового взноса и отказываюсь от

финансирования накопительной пенсии за счет страховых взносов на

обязательное пенсионное страхование.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (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=50A0A4C1475FB26E79FD857165C11DC66CE52390C91A65E29386E1F03A7470E3D2C6F928960C7B39A2A5A69910E730F1A8AAF542D352F6B6AEJBX) о переходе ([заявлением](consultantplus://offline/ref=50A0A4C1475FB26E79FD857165C11DC66CE52390C91A65E29386E1F03A7470E3D2C6F928960C7B33A3A5A69910E730F1A8AAF542D352F6B6AEJBX) о досрочном переходе) в негосударственный пенсионный фонд либо обратились с [заявлением](consultantplus://offline/ref=50A0A4C1475FB26E79FD857165C11DC66CE52396CB1165E29386E1F03A7470E3D2C6F928960C7B39A6A5A69910E730F1A8AAF542D352F6B6AEJBX) 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.