

ЗАЯВЛЕНИЕ
застрахованного лица о досрочном переходе
из одного негосударственного пенсионного фонда
в другой негосударственный пенсионный фонд

- 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)

Контактная информация для связи:

(почтовый и электронный адреса, 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 и серия документа,

кем и когда выдан)

Документ, удостоверяющий полномочия представителя застрахованного лица,

_____ (наименование, номер, когда, кем выдан)

_____ (срок действия документа)

осуществляющий (осуществляющая) формирование накопительной пенсии через негосударственный пенсионный фонд

_____ (наименование негосударственного пенсионного фонда)

сообщаю о намерении со следующего года осуществлять дальнейшее формирование моей накопительной пенсии в негосударственном пенсионном фонде

_____ (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 восполнению в случае удовлетворения моего заявления о досрочном переходе)

_____ (подпись застрахованного лица/представителя)

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

(дата подачи заявления)

_____ (подпись застрахованного лица/представителя)

Служебные отметки Пенсионного фонда Российской Федерации

Место удостоверительной надписи