|  |
| --- |
| УВЕДОМЛЕНИЕоб отказе от смены страховщика по обязательному пенсионному страхованию |

|  |  |
| --- | --- |
|  | - уведомление подается застрахованным лицом лично |
|  |  |
|  | - уведомление 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, номер телефона застрахованного лица) |
| Сведения о представителе (если уведомление 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 документа, |
|  |
| когда и кем выдан, |
|  | , |
| (срок действия документа) |
| Уведомляю об отказе от смены выбранного мной страховщика по обязательному пенсионному страхованию, указанного мной в заявлении застрахованного лица о переходе (в заявлении застрахованного лица о досрочном переходе): |
|  | - негосударственного пенсионного фонда |
|  |
|  |
| (наименование негосударственного пенсионного фонда) |
|  | - Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации |
| (нужное отметить знаком X) |
|  |
| (наименование управляющей компании) |
|  |
| , |
| (наименование выбранного инвестиционного портфеля [<1>](#Par1689)) |
|  |
| (дата подачи заявления, регистрационный номер) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (дата подачи уведомления) |  | (подпись застрахованного лица/представителя) |

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

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

<1> Обязательно для заполнения, если управляющая компания предлагает более одного инвестиционного портфеля.