



МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ЗАРЕГИСТРИРОВАНО**

Регистрационный № 62858

от "24 марта 2021г.

**ПРАВЛЕНИЕ ПЕНСИОННОГО ФОНДА  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

4 февраля 2021 г.

МОСКВА

№ 28п

Об утверждении формы уведомления о запрете рассмотрения заявления застрахованного лица о переходе (заявления застрахованного лица о досрочном переходе), поданного любыми иными способами подачи, отличными от подачи таких заявлений в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации лично застрахованным лицом, а также формы уведомления об отзыве указанного уведомления


В соответствии с пунктом 2 статьи 36<sup>8-3</sup> Федерального закона от 7 мая 1998 г. № 75-ФЗ «О негосударственных пенсионных фондах» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 19, ст. 2071; официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 30 декабря 2020 г., № 0001202012300045) Правление Пенсионного фонда Российской Федерации **п о с т а н о в л я е т**:

Утвердить:

форму уведомления о запрете рассмотрения заявления застрахованного лица о переходе (заявления застрахованного лица о досрочном переходе), поданного любыми иными способами подачи, отличными от подачи таких заявлений в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации лично застрахованным лицом, согласно приложению 1 к настоящему постановлению;

форму уведомления об отзыве уведомления о запрете рассмотрения заявления застрахованного лица о переходе (заявления застрахованного лица о досрочном переходе), поданного любыми иными способами подачи, отличными от подачи таких заявлений в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации лично застрахованным лицом, согласно приложению 2.

Председатель



М. Топилин

Приложение 1

Утверждена  
постановлением Правления ПФР  
от 4 февраля 2021 г.  
№ 28п

Форма

В

\_\_\_\_\_ (наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)

Уведомление о запрете рассмотрения  
заявления застрахованного лица о переходе (заявления застрахованного лица о  
досрочном переходе), поданного любыми иными способами подачи,  
отличными от подачи таких заявлений в территориальный орган Пенсионного  
фонда Российской Федерации лично застрахованным лицом

- заявление подается застрахованным лицом лично

- заявление подается представителем застрахованного лица

(нужное отметить знаком X)

Я,

\_\_\_\_\_ (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 <sup>1</sup>)

прошу установить запрет рассмотрения заявления о переходе (заявления о досрочном переходе), поданного любыми иными способами подачи, отличными от подачи таких заявлений в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации лично застрахованным лицом.

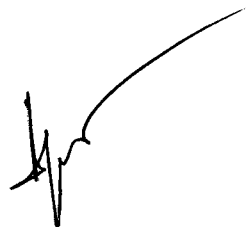
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(дата заполнения заявления)

(подпись застрахованного лица/  
представителя застрахованного лица)

<p>Служебные отметки Пенсионного фонда Российской Федерации</p>	<p>Место удостоверительной надписи</p>
---	--

<sup>1</sup> Поле «срок действия» заполняется в случае, если указанный срок предусмотрен документом, подтверждающим полномочия представителя застрахованного лица.



Приложение 2

Утверждена  
постановлением Правления ПФР  
от 4 февраля 2021 г.  
№ 28п

Форма

В \_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)

Уведомление об отзыве уведомления  
о запрете рассмотрения заявления застрахованного лица о переходе (заявления  
застрахованного лица о досрочном переходе), поданного любыми иными  
способами подачи, отличными от подачи таких заявлений в территориальный  
орган Пенсионного фонда Российской Федерации лично застрахованным  
лицом

- уведомление подается застрахованным лицом лично

- уведомление подается представителем застрахованного лица

(нужное отметить знаком X)

Я, \_\_\_\_\_,  
(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<sup>1</sup>)

прошу аннулировать поданное уведомление о запрете рассмотрения заявления о переходе (заявления о досрочном переходе), поданного любыми иными способами подачи, отличными от подачи таких заявлений в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации лично застрахованным лицом.

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

(дата заполнения заявления)

(подпись застрахованного лица/  
представителя застрахованного лица)

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



<sup>1</sup> Поле «срок действия» заполняется в случае, если указанный срок предусмотрен документом, подтверждающим полномочия представителя застрахованного лица.