

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 Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации лично застрахованным лицом, а также формы уведомления об отзыве указанного уведомления

Приказ · № 1531 · от 15.08.2023 · Фонд пенсионного и социального страхования · Действует без изменений

ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

МОСКВА

15 августа 2023 г. № 1531

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 Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации лично застрахованным лицом, а также формы уведомления об отзыве указанного уведомления

Зарегистрирован Минюстом России 15 сентября 2023 г.

Регистрационный № 75236

В соответствии с пунктом 2 статьи 36 8-3 Федерального закона от 7 мая 1998 г. № 75-ФЗ "О негосударственных пенсионных фондах" приказываю:

1. 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 Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации лично застрахованным лицом, согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

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 Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации лично застрахованным лицом, согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

2. Признать утратившим силу постановление Правления Пенсионного фонда Российской Федерации от 4 февраля 2021 г. № 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" (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 24 марта 2021 г., регистрационный № 62858).

Председатель С.Чирков

Приложение № 1
к приказу Фонда пенсионного и социального страхования
Российской Федерации
от 15 августа 2023 г. № 1531

Форма

В _____

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования 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 Фонда пенсионного и социального страхования 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 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, подтверждающий полномочия представителя застрахованного лица

(наименование, номер и серия документа, когда и кем выдан, срок действия (заполняется в случае, если указанный срок предусмотрен документом, подтверждающим полномочия представителя застрахованного лица)

_____.

прошу установить запрет рассмотрения заявления о переходе (заявления о досрочном переходе),

поданного любыми иными способами подачи, отличными от подачи таких заявлений в территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации лично застрахованным лицом.

(дата заполнения уведомления)

(подпись застрахованного лица/
представителя застрахованного лица)

Служебные отметки Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Место удостоверительной надписи

Приложение № 2
к приказу Фонда пенсионного и социального страхования
Российской Федерации
от 15 августа 2023 г. № 1531

Форма

В _____
(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования 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 Фонда пенсионного и социального страхования 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 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, подтверждающий полномочия представителя застрахованного лица

(наименование, номер и серия документа, когда и кем выдан, срок действия (заполняется в случае, если указанный срок предусмотрен документом, подтверждающим полномочия представителя застрахованного лица))

_____,
прошу аннулировать поданное мной уведомление о запрете рассмотрения заявления о переходе (заявления о досрочном переходе), поданного любыми иными способами подачи, отличными от подачи таких заявлений в территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации лично застрахованным лицом.

(дата заполнения уведомления)

(подпись застрахованного лица/
представителя застрахованного лица)

Служебные отметки Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Место удостоверительной надписи