Приложение 2

к постановлению Правления ПФР

от 4 февраля 2021 г. № 28п

|  |  |
| --- | --- |
| 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[[1]](#footnote-1)) | |
|  | |
|  | |
|  | , |

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 |

1. Поле «срок действия» заполняется в случае, если указанный срок предусмотрен документом, подтверждающим полномочия представителя застрахованного лица. [↑](#footnote-ref-1)