Приложение № 15

к приказу Фонда пенсионного

и социального страхования

Российской Федерации

от 26 мая 2023 г. № 908

**УВЕДОМЛЕНИЕ  
об отказе от смены страховщика по обязательному пенсионному страхованию**

|  |  |
| --- | --- |
|  | — уведомление подается застрахованным лицом лично |

|  |  |
| --- | --- |
|  | — уведомление подается представителем застрахованного лица |

(нужное отметить знаком Х)

|  |
| --- |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (число, месяц, год рождения) | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Пол: | мужской |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | женский |  |  |

(нужное отметить знаком Х)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (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, когда и кем 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) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | — Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации |

(нужное отметить знаком Х)

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| (наименование управляющей компании) | |
|  | |
|  | , |
| (наименование выбранного инвестиционного портфеля[[1]](#footnote-1)) |  |
|  | |
| (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. [↑](#footnote-ref-1)