

Клиентская служба (на правах отдела) в Красногвардейском районе

(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)

**Заявление о единовременной выплате  
средств пенсионных накоплений, учтенных в специальной части  
индивидуального лицевого счета застрахованного лица**

Фамилия

Имя

НАТАЛЬЯ

Отчество (при наличии)

АЛЕКСАНДРОВНА

Число, месяц, год и место рождения

КРАСНОГВАРДЕЙСКИЙ,

24.10.1988, СССР, ОРЕНБУРГСКАЯ ОБЛАСТЬ,

Страховой номер индивидуального лицевого счета

Пол (сделать отметку в соответствующем квадрате):  муж.  жен.

Гражданство:

РОССИЯ

Документ, удостоверяющий личность: наименование

Паспорт гражданина России

серия, номер

дата выдачи

орган, выдавший документ

ОУФМС РОССИИ ПО ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ В  
КРАСНОГВАРДЕЙСКОМ РАЙОНЕ

Адрес места жительства в Российской Федерации

область, Красногвардейский,

Российская Федерация, 461150, Оренбургская

(почтовый адрес места жительства)

Адрес места пребывания в Российской Федерации

область, Красногвардейский,

Российская Федерация, 461150, Оренбургская

(почтовый адрес места пребывания, заполняется при наличии подтвержденного регистрацией адреса места пребывания)

Адрес места фактического проживания в Российской Федерации <sup>1</sup>

Федерация, 461150, Оренбургская область, Красногвардейский,

Российская

(почтовый адрес места фактического проживания)

Адрес места жительства на территории другого государства

(заполняется на русском языке и языке государства проживания)

Адрес места жительства до выезда за пределы Российской Федерации <sup>2</sup>

(почтовый адрес места жительства)

Телефон

Прошу назначить единовременную выплату средств пенсионных накоплений, учтенных в специальной части моего индивидуального лицевого счета.

Выплату средств пенсионных накоплений прошу произвести (сделать отметку в соответствующем квадрате):

1)  через кредитную организацию:

путем зачисления на счет № 12345678912345678900  
открытый в сбербанк

(указывается полное наименование кредитной организации)

2)  через организацию федеральной почтовой связи (*сделать отметку в соответствующем квадрате*):

путем вручения на дому по адресу \_\_\_\_\_

(указывается почтовый адрес, по которому должна производиться доставка)

путем вручения в кассе организации;

3)  через иную организацию, занимающуюся доставкой пенсии:

\_\_\_\_\_ (указывается наименование организации занимающейся доставкой пенсии, сделать отметку в соответствующем квадрате)

путем вручения на дому по адресу \_\_\_\_\_

(указывается адрес, по которому должна производиться доставка)

путем вручения в кассе организации.

Сведения о представителе застрахованного лица (законный представитель недееспособного, ограниченного в дееспособности застрахованного лица; доверенное лицо; организация, на которую возложено исполнение обязанностей опекуна или попечителя)<sup>3</sup> (*нужное подчеркнуть*):

фамилия, имя, отчество законного представителя, доверенного лица, наименование организации, на которую возложено исполнение обязанностей опекуна или попечителя, фамилия, имя, отчество ее представителя

\_\_\_\_\_ почтовый адрес представителя для направления разъяснений, решений территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ юридический адрес организации, на которую возложено исполнение обязанностей опекуна или попечителя \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ документ, удостоверяющий личность представителя: наименование \_\_\_\_\_

серия, номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ орган, выдавший документ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ документ, подтверждающий полномочия представителя наименование \_\_\_\_\_

серия, номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_  
орган, выдавший документ \_\_\_\_\_  
телефон законного представителя (доверенного лица), организации или лица, ее  
представляющего \_\_\_\_\_

18.03.2020

*(дата заполнения заявления)*

Н. А. \_\_\_\_\_

*(подпись застрахованного лица (его  
представителя))*

<sup>1</sup> Заполняется в случае, если адрес места фактического проживания не совпадает с адресом места жительства или места пребывания либо лицо не имеет подтвержденного регистрацией места жительства и пребывания.

<sup>2</sup> Заполняется в случае, если лицо проживает за пределами территории Российской Федерации.

<sup>3</sup> Заполняется в случае подачи заявления представителем застрахованного лица