

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**правопреемника о выплате средств пенсионных накоплений,**  
**учтенных на пенсионном счете накопительной пенсии**  
**умершего застрахованного лица**

06.10.2016

(число, месяц, год)

Прошу произвести мне выплату средств пенсионных накоплений, учтенных на пенсионном счете накопительной пенсии

**Марков Сергей Петрович**

(ф.и.о. умершего застрахованного лица, при наличии -

№

**118-393-252 11**

страховой номер индивидуального лицевого счета умершего застрахованного лица)

в связи с его смертью.

О себе сообщаю следующие данные:

Я являюсь правопреемником (сделать отметки в соответствующих квадратах):

по договору (заявлению);

по закону:

первой очереди;

второй очереди;

в отношении средств (части средств) материнского (семейного) капитала, направленных на формирование накопительной пенсии, и результата их инвестирования являюсь лицом, указанным в пункте 4 Правил выплаты негосударственным пенсионным фондом, осуществляющим обязательное пенсионное страхование, правопреемником умерших застрахованных лиц средств пенсионных накоплений, учтенных на пенсионных счетах накопительной пенсии, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 2014 г. N 710, - отец ребенка застрахованного лица, сын, дочь застрахованного лица (нужное подчеркнуть).

Заполняется правопреемником по закону	Степень моего родства с умершим застрахованным лицом (сделать отметку в соответствующем квадрате):		
	<input type="checkbox"/> сын/дочь (в том числе усыновленные)	<input checked="" type="checkbox"/> супруг/супруга	<input type="checkbox"/> мать/отец (в том числе усыновители)
	<input type="checkbox"/> брат/сестра	<input type="checkbox"/> дедушка/бабушка	<input type="checkbox"/> внук/внучка

Фамилия

**Маркова**

Имя

**Олеся**

Отчество (при наличии)

**Викторовна**Число, месяц, год и место рождения **12.09.1986 г., гор. Иваново**Адрес места жительства **138435, Ивановская обл., г. Иваново, ул. Ленина, д. 15, кв. 45**

(почтовый индекс, республика, край, область, населенный пункт,

улица, номер дома, номер квартиры)

Адрес фактического проживания

(почтовый индекс, республика, край, область, населенный пункт,

улица, номер дома, номер квартиры)

Паспорт: серия, номер 17 08 № 336582 дата выдачи 10.05.2008 г.  
 орган, выдавший паспорт ОУФМС России по Ивановской области в г. Иваново  
 Наименование и реквизиты иного документа, удостоверяющего личность, \_\_\_\_\_

Телефон +7-925-335-65-95  
 Страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии) 225-684-959 44

Назначенную выплату прошу произвести (сделать отметку в соответствующем квадрате):

<input type="checkbox"/>	наличными денежными средствами из кассы фонда
<input checked="" type="checkbox"/>	путем перечисления средств на банковский счет;
<input type="checkbox"/>	денежным переводом через почтовое отделение связи;

Лицевой счет получателя	4	0	8	1	7	8	8	1	0	2	0	0	0	4	5	6	2	1	5	8
Расчетный счет банка*																				
Номер банковской карты **																				
Получатель платежа	<b>Маркова Олеся Викторовна</b>																			
Наименование Банка	<b>ОАО «Сбербанк России»</b>																			
Корр. счет банка-получателя																				
БИК	0	4	4	5	2	5	2	2	5											
КПП																				

\* Расчетный счет заполняется в случае, если получателем платежа является Банк.  
 \*\* Заполняется в случае необходимости

Заполняется по желанию правопреемником по закону	Сообщаю о следующих известных мне родственниках умершего застрахованного лица (указывается максимально известная заявителю информация о следующих родственниках умершего застрахованного лица: дети, супруг/супруга, родители, братья, сестры, дедушки, бабушки, внуки): Фамилия, имя, отчество _____ Адрес места жительства _____ (почтовый индекс, республика, край, область, населенный пункт, _____ улица, номер дома, корпус, номер квартиры) Телефон _____
	Фамилия, имя, отчество _____ Адрес места жительства _____ (почтовый индекс, республика, край, область, населенный пункт, _____ улица, номер дома, корпус, номер квартиры) Телефон _____
	Фамилия, имя, _____ Адрес места жительства _____ (почтовый индекс, республика, край, область, населенный пункт, _____ улица, номер дома, корпус, номер квартиры) Телефон _____
	Фамилия, имя, отчество _____ Адрес места жительства _____ (почтовый индекс, республика, край, область, населенный пункт, _____ улица, номер дома, корпус, номер квартиры) Телефон _____

К заявлению прилагаю следующие документы:

	Наименование документа	Отметка о наличии	Подпись сотрудника негосударственного пенсионного фонда, принявшего документ
1	Паспорт (иной документ, удостоверяющий личность)	V	
2	Документы, удостоверяющие личность и полномочия законного представителя (указать вид и реквизиты документа)		
3	Документы, подтверждающие родственные отношения с умершим застрахованным лицом: свидетельство о рождении; <u>свидетельство о заключении брака</u> ; свидетельство об усыновлении; иной документ (указать вид и реквизиты документа)	V	
4	Нотариально удостоверенная доверенность, подтверждающая полномочие представителя на подачу заявления о выплате средств пенсионных накоплений, учтенных на пенсионном счете накопительной пенсии умершего застрахованного лица, и необходимых документов от имени правопреемника (указать вид и реквизиты документа)		
5	Решение суда о восстановлении срока для обращения с заявлением о выплате средств пенсионных накоплений (указать реквизиты документа)		
6	Свидетельство о смерти застрахованного лица (при наличии)	V	
7	Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования умершего застрахованного лица (при наличии)		
8	Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования умершего застрахованного лица (при наличии)	V	
9	Иной документ, выданный территориальным органом Пенсионного фонда Российской Федерации, в котором указан страховой номер индивидуального лицевого счета умершего застрахованного лица (при наличии) (указать вид и реквизиты документа)		
10	Иные документы, подтверждающие соблюдение условий, установленных частями 3 - 5 статьи 3 Федерального закона «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» (для правопреемников из числа лиц, указанных в пункте 4 Правил выплаты негосударственным пенсионным фондом, осуществляющим обязательное пенсионное страхование, правопреемникам умерших застрахованных лиц средств пенсионных накоплений, учтенных на пенсионных счетах накопительной пенсии, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 2014 г. N 710) (указать виды и реквизиты документов)		

При изменении персональных данных, указанных мной в заявлении, приму меры к уведомлению об этом негосударственного пенсионного фонда путем подачи нового заявления с уточненными данными.

Даю согласие на обработку моих персональных данных, указанных в заявлении.

**(ПОДПИСЬ) Маркова Олеся Викторовна**

(подпись правопреемника (законного представителя (представителя) правопреемника))

**Заполняется:**

- сотрудником АО «НПФ электроэнергетики»;
- нотариусом, а также приравненным к ним главами местных администраций и специально уполномоченными должностными лицами местного самоуправления (ст. 37 «Основ законодательства Российской Федерации о нотариате от 11 февраля 1993 г. № 4462-1);
- уполномоченными лицами (п. 2 ст. 185.1 Гражданского кодекса РФ);
- должностными лицами консульских учреждений РФ (ст. 38 «Основ законодательства Российской Федерации о нотариате от 11 февраля 1993 г. № 4462-1).

**Удостоверительная надпись**

М.П.

Заполняется сотрудником негосударственного пенсионного фонда	Заявление зарегистрировано в журнале регистрации заявлений о выплате средств пенсионных накоплений (об отказе от получения средств пенсионных накоплений) " ____ " _____ г. N _____  _____ (должность и подпись сотрудника негосударственного пенсионного фонда, зарегистрировавшего заявление)
---	--

-----Линия отреза-----

**АО «НПФ электроэнергетики»**

(наименование негосударственного пенсионного фонда)

**Расписка-уведомление  
о регистрации заявления правопреемника о выплате средств пенсионных накоплений,  
учтенных на пенсионном счете накопительной пенсии умершего застрахованного лица**

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ф.и.о. умершего застрахованного лица)

\_\_\_\_\_  
(ф.и.о. правопреемника, дата и место рождения)

страховой номер индивидуального лицевого счета  
умершего застрахованного лица \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(должность сотрудника  
негосударственного пенсионного  
фонда, зарегистрировавшего  
заявление)

\_\_\_\_\_  
(ф.и.о. сотрудника  
негосударственного пенсионного  
фонда, зарегистрировавшего  
заявление)

\_\_\_\_\_  
(подпись сотрудника  
негосударственного пенсионного  
фонда, зарегистрировавшего  
заявление)

М.П.



Приложение к заявлению о выплате средств пенсионных накоплений

КАТЕГОРИЯ	НОМЕР ДОГОВОРА
<input type="checkbox"/> ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО <input checked="" type="checkbox"/> ПРАВОПРЕЕМНИК ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА	
<input type="checkbox"/> ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА <input type="checkbox"/> ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПРАВОПРЕЕМНИКА	

**1. РАЗДЕЛ ПОДЛЕЖИТ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ЗАПОЛНЕНИЮ**

СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ (ПРИ НАЛИЧИИ, НА ОСНОВАНИИ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ)	
ИНН ФИЗИЧЕСКОГО ЛИЦА (ПРИ НАЛИЧИИ, НА ОСНОВАНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ)	
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ (ПРИ НАЛИЧИИ, НА ОСНОВАНИИ УСНОГО ОПРОСА)	markova@mail.ru

**2. РАЗДЕЛ ПОДЛЕЖИТ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ЗАПОЛНЕНИЮ, В СЛУЧАЕ ЕСЛИ ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО / ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ПРАВОПРЕЕМНИК ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА / ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПРАВОПРЕЕМНИКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ГРАЖДАНИНОМ РФ**

ДАННЫЕ МИГРАЦИОННОЙ КАРТЫ (НА ОСНОВАНИИ МИГРАЦИОННОЙ КАРТЫ)	СЕРИЯ	НОМЕР
	ДАТА НАЧАЛА СРОКА ПРЕБЫВАНИЯ	ДАТА ОКОНЧАНИЯ СРОКА ПРЕБЫВАНИЯ
ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ПРАВО ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЛИЦА БЕЗ ГРАЖДАНСТВА НА ПРЕБЫВАНИЕ (ПРОЖИВАНИЕ) В РФ (НА ОСНОВАНИИ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ДОКУМЕНТА)	ВИД ДОКУМЕНТА	
	СЕРИЯ (ПРИ НАЛИЧИИ)	НОМЕР
	ДАТА НАЧАЛА СРОКА ДЕЙСТВИЯ	ДАТА ОКОНЧАНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ

**3. РАЗДЕЛ ПОДЛЕЖИТ ЗАПОЛНЕНИЮ ТОЛЬКО ДЛЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ПРАВОПРЕЕМНИКА**

3.1. Являетесь ли вы иностранным публичным должностным лицом (любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе, для публичного ведомства или государственного предприятия), либо должностным лицом публичной международной организации, либо лицом замещающим (занимающим) государственную должность Российской Федерации, должность членов совета директоров центрального банка Российской Федерации, должность федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются президентом Российской Федерации или правительством Российской Федерации, должности в центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые президентом Российской Федерации (далее – ПДЛ)?

<input checked="" type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА заполняются п. 3.1.1. - 3.1.3.	3.1.1. ДОЛЖНОСТЬ (ТИТУЛ) ПДЛ	
		3.1.2. ИСТОЧНИК ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ	
		3.1.3. НАИМЕНОВАНИЕ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ	

3.2. Являетесь ли вы супругом или близким родственником ПДЛ (родителями и детьми, дедушкой, бабушкой и внуками, полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братьями и сестрами, усыновителями и усыновленными)?

<input checked="" type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА заполняются п. 3.2.1. - 3.2.3.	3.2.1. СТЕПЕНЬ РОДСТВА	
		3.2.2. ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО ПДЛ	
		3.2.3. ДОЛЖНОСТЬ (ТИТУЛ) ПДЛ	

**4. РАЗДЕЛ ПОДЛЕЖИТ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ЗАПОЛНЕНИЮ**

ИМЕЕТЕ ЛИ ВЫ РЕГИСТРАЦИЮ, МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА ИЛИ МЕСТО НАХОЖДЕНИЯ В ГОСУДАРСТВЕ (НА ТЕРРИТОРИИ), КОТОРОЕ (КОТОРАЯ) НЕ ВЫПОЛНЯЕТ РЕКОМЕНДАЦИИ ФАТФ (ИСЛАМСКАЯ РЕСПУБЛИКА ИРАН, КОРЕЙСКАЯ НАРОДНО-ДЕМОКРАТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА), ЛИБО ИСПОЛЗУЕТЕ СЧЕТА В БАНКЕ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОМ В ТАКОМ ГОСУДАРСТВЕ (НА ТАКОЙ ТЕРРИТОРИИ)?

НЕТ  ДА

**5. РАЗДЕЛ ПОДЛЕЖИТ ЗАПОЛНЕНИЮ ТОЛЬКО ДЛЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ПРАВОПРЕЕМНИКА ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА**

5.1. УКАЖИТЕ ЦЕЛИ УСТАНОВЛЕНИЯ ДЕЛОВЫХ ОТНОШЕНИЙ С ФОНДОМ	<input checked="" type="checkbox"/> ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ПЕНСИОННОЕ СТРАХОВАНИЕ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ/ИСПОЛНЕНИЕ ДОГОВОРА ОПС)	
	<input type="checkbox"/> НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ПЕНСИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ/ИСПОЛНЕНИЕ ДОГОВОРА НПО)	
5.2. УКАЖИТЕ ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ХАРАКТЕР ДЕЛОВЫХ ОТНОШЕНИЙ С ФОНДОМ	<input type="checkbox"/> КРАТКОСРОЧНЫЙ (12 МЕСЯЦЕВ И МЕНЕЕ)	
	<input checked="" type="checkbox"/> ДОЛГОСРОЧНЫЙ (БОЛЕЕ 12 МЕСЯЦЕВ)	
5.3. ОЦЕНИТЕ ВАШЕ ФИНАНСОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	<input checked="" type="checkbox"/> СТАБИЛЬНОЕ	
	<input type="checkbox"/> НЕСТАБИЛЬНОЕ	
5.4. ОЦЕНИТЕ ВАШУ ДЕЛОВУЮ РЕПУТАЦИЮ	<input checked="" type="checkbox"/> ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ	
	<input type="checkbox"/> ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ	
5.5. УКАЖИТЕ ЦЕЛИ ФИНАНСОВО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	<input checked="" type="checkbox"/> ОТСУТСТВУЕТ	
	<input type="checkbox"/> ПОЛУЧЕНИЕ ПРИБЫЛИ ОТ РЕАЛИЗАЦИИ ТОВАРОВ, ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТ, ОКАЗАНИЯ УСЛУГ (ДЛЯ ФИЗИЧЕСКОГО ЛИЦА, ЯВЛЯЮЩЕГОСЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЕМ)	
	<input type="checkbox"/> ИНОЕ (УКАЗАТЬ) _____	
5.6. УКАЖИТЕ ИСТОЧНИКИ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ	<input checked="" type="checkbox"/> ДОХОД ПО ОСНОВНОМУ МЕСТУ РАБОТЫ, ВКЛЮЧАЯ ДОХОД ОТ РАБОТЫ ПО СОВМЕСТИТЕЛЬСТВУ	
	<input type="checkbox"/> ЛИЧНЫЕ НАКОПЛЕНИЯ	
	<input type="checkbox"/> ИНОЕ (УКАЗАТЬ) _____	
ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ	ПОДПИСЬ	ИНИЦИАЛЫ, ФАМИЛИЯ ФИЗИЧЕСКОГО ЛИЦА
06.10.2016	✓ ПОДПИСЬ	О.В. Маркова

**6. РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКОМ ФОНДА**

ДОЛЖНОСТЬ СОТРУДНИКА	ПОДПИСЬ	ИНИЦИАЛЫ, ФАМИЛИЯ СОТРУДНИКА