# [Постановление Правления Пенсионного фонда России от 21 января 2015 г. N 9п "Об утверждении Формы заявления застрахованного лица о выборе инвестиционного портфеля (управляющей компании)"](garantF1://70754584.0)

В соответствии с [пунктом 2 статьи 32](garantF1://84744.107000) Федерального закона от 24 июля 2002 г. N 111-ФЗ "Об инвестировании средств для финансирования накопительной пенсии в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 30, ст. 3028; 2005, N 19, ст. 1755; 2008, N 18, ст. 1942; N 30, ст. 3616; 2009, N 29, ст. 3619; N 52, ст. 6454; 2010, N 31, ст. 4196; 2011, N 29, ст. 4291; 2012, N 50, ст. 6965; 2013, N 30, ст. 4084; N 52, ст. 6975; 2014, N 30, ст. 4219) Правление Пенсионного фонда Российской Федерации постановляет:

Утвердить прилагаемую [Форму](#sub_1000) заявления застрахованного лица о выборе инвестиционного портфеля (управляющей компании).

|  |  |
| --- | --- |
| Председатель | А. Дроздов |

Зарегистрировано в Минюсте РФ 27 января 2015 г.  
Регистрационный N 35745

ГАРАНТ:

См. данную форму в редакторе MS-Word

Приложение

ГАРАНТ:

См [Инструкцию](garantF1://70953850.1000) по заполнению настоящей формы, утвержденную [постановлением](garantF1://70953850.0) Правления Пенсионного фонда России от 12 мая 2015 г. N 157п

Утверждена  
[постановлением](#sub_0) Правления  
Пенсионного фонда России  
от 21 января 2015 г. N 9п

Форма

В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование территориального органа Пенсионного фонда

Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

застрахованного лица о выборе инвестиционного портфеля

(управляющей компании)

┌─┐

│ │ - заявление подается застрахованным лицом лично

└─┘

┌─┐

│ │ - заявление подается представителем застрахованного лица

└─┘

(нужное отметить знаком X)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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[\*](#sub_11)

поручаю Пенсионному фонду Российской Федерации направить все средства,

учтенные в специальной части моего индивидуального лицевого счета, в

управляющую компанию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование управляющей компании)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование инвестиционного портфеля)[\*\*](#sub_2)

┌─┐ прошу направлять на финансирование накопительной пенсии 6,0

│ │ процента индивидуальной части тарифа страхового взноса на

└─┘ обязательное пенсионное страхование[\*\*\*](#sub_3)

┌─┐ отказываюсь от финансирования накопительной пенсии и прошу

│ │ направлять 6,0 процента индивидуальной части тарифа страхового

└─┘ взноса на финансирование страховой пенсии[\*\*\*](#sub_3)

(нужное отметить знаком X)

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата заполнения (подпись застрахованного лица/

заявления) представителя

┌───────────────────────────────────┬────────────────────────────────────┐

│ │ │

│ │ │

│Служебные отметки Пенсионного фонда│Место удостоверительной надписи │

│Российской Федерации │ │

└───────────────────────────────────┴────────────────────────────────────┘

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Поле "срок действия" заполняется в случае, если указанный срок предусмотрен документом, подтверждающим полномочия представителя застрахованного лица.

\*\* Обязательно для заполнения, если управляющая компания предлагает более одного инвестиционного портфеля.

\*\*\* Заполняется только застрахованными лицами 1967 года рождения и моложе.