

Вх.№ _____ / _____.20____г.

ДО
ПОАД „ЦКБ-СИЛА“ АД

ЗАЯВЛЕНИЕ

ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА СРЕДСТВА ОТ ИНДИВИДУАЛНАТА ПАРТИДА В УПФ/ППФ ПРИ ИНВАЛИДНОСТ

Попълва се от осигуреното лице!

ЕГН/ЛНЧ											Име _____ Презиме _____
											Фамилия _____
Лична карта № _____ издадена на _____ от _____ E-mail: _____											
Област: _____, Община _____, ПК _____, Град(село) _____,											
Ж.к. _____, Улица _____, № _____,											
Блок _____, Вход _____, Етаж _____, Ап. _____, Телефон: _____											

✧ **ДАВАМ СЪГЛАСИЕТО СИ ДА БЪДАТ АКТУАЛИЗИРАНИ ЛИЧНИТЕ ДАННИ, ОБРАБОТВАНИ ЗА МЕН ОТ ДРУЖЕСТВОТО, С ПОСОЧЕНИТЕ ОТ МЕН ЛИЧНИ ДАННИ В НАСТОЯЩОТО ЗАЯВЛЕНИЕ.**

✧ **ПРИ ПРОМЯНА В ИМЕНАТА СЕ ПРИЛАГА ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯВАЩ ПРОМЯНАТА: УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СКЛЮЧЕН ГРАЖДАНСКИ БРАК, СЪДЕБНО РЕШЕНИЕ ЗА РАЗВОД, УДОСТОВЕРЕНИЕ ОТ ДЛГС ИЛИ ДРУГ ДОКУМЕНТ.**

✧ **ЗАЯВЯВАМ, ЧЕ ЖЕЛАЯ ГОДИШНИТЕ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ОТ ИНДИВИДУАЛНИТЕ МИ ПАРТИДИ В УПРАВЛЯВАНИТЕ ОТ ПОАД „ЦКБ-СИЛА“ АД ПЕНСИОННИ ФОНДОВЕ СЪГЛАСНО ЧЛ.123З, АЛ.1 ОТ КСО ДА МИ БЪДАТ ПРЕДСТАВЯНИ САМО ПО ЕЛЕКТРОНЕН ПЪТ НА СЛЕДНИЯ ЕЛЕКТРОНЕН АДРЕС (E-MAIL):**

(Моля, отбележете фонда/фондовете)

Универсален пенсионен фонд „ЦКБ-СИЛА“ Професионален пенсионен фонд „ЦКБ-СИЛА“

Желая средствата ми в индивидуалната/ите партида/и в размер на 50 на сто от тях в да ми бъдат изплатени еднократно поради трайно намалена работоспособност над 89,99 на сто.

Ако желаете друг размер на средствата, по-малък от 50 на сто от тях, моля посочете: _____ на сто.

Към настоящото заявление прилагам копия на следните документи:

(Моля, посочете документите, които прилагате. Върху всяко копие се изписва собственоръчно „Вярно с оригинала“, след което се подписва от заявителя.)

- Документ за самоличност;
- Експертно решение на ТЕЛК или НЕЛК; (за трайно намалена работоспособност над 89,99 на сто)
- Други: _____

В случай на упълномощаване:

- Изрично, писмено, нотариално заверено пълномощно.
- Удостоверение за банкова сметка на осигуреното лице;

Желая сумата да ми бъде изплатена по следния начин:

ПРЕВЕДЕНА ПО БАНКОВ ПЪТ в _____
(име на банката)

Банкова сметка (IBAN): | _ | _ | _ | _ | | _ | _ | _ | _ | | _ | _ | _ | _ | | _ | _ | _ | _ | | _ | _ | _ | _ | |

ВНИМАНИЕ: ПОАД „ЦКБ – СИЛА“ АД НЕ НОСИ ОТГОВОРНОСТ ЗА ГРЕШНО ПОСОЧЕН IBAN!

ПРИЛАГАМ КОПИЕ НА УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА БАНКОВА СМЕТКА.

С ПОЩЕНСКИ ЗАПИС, на адрес: в гр./с. _____, пощ. код _____,
кв. _____, ул. _____, № _____

РАЗХОДИТЕ, СВЪРЗАНИ С ИЗПЛАЩАНЕТО С ПОЩЕНСКИ ЗАПИС, СА ЗА СМЕТКА НА ЗАЯВИТЕЛЯ.

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ ПРЕДОСТАВЕНИТЕ ОТ МЕН КОПИЯ НА ДОКУМЕНТИТЕ ОТРАЗЯВАТ ВЯРНО СЪДЪРЖАНИЕТО НА ОРИГИНАЛИТЕ, КОЕТО СЪМ УДОСТОВЕРИЛ С ПОДПИСА СИ ВЪРХУ КОПИЯТА.

ИЗВЕСТНА МИ Е ОТГОВОРНОСТТА ПО ЧЛ.313 ОТ НК ЗА ДАВАНЕ НА НЕВЕРНИ ДАННИ.

ДАТА: ____ . ____ .20 ____ г.

ПОДПИС:

(на осигурения)

В случаите, когато заявлението СЕ ПОДАВА ПО ПОЩАТА, подписът на осигуреното лице трябва да бъде НОТАРИАЛНО ЗАВЕРЕН!

ПОПЪЛВА СЕ ОТ ПРИЕЛИЯ ЗАЯВЛЕНИЕТО!

Това заявление е получено от оторизиран представител на ПООД „ЦКБ-СИЛА“ АД

ПОДПИС:

ЕГН _____,

/три имена/

Служебен № _____, Адрес/телефон: _____

_____ на ____ . ____ .20 ____ г.

(на оторизирания представител)