

Вх.№ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_г.

ДО  
ПОАД „ЦКБ-СИЛА“ АД

## ЗАЯВЛЕНИЕ

### ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА СРЕДСТВА ОТ ИНДИВИДУАЛНАТА ПАРТИДА В УПФ/ПФ НА НАСЛЕДНИК

(ПОПЪЛВА СЕ ОТ НАСЛЕДНИК НА ОСИГУРЕНОТО ЛИЦЕ)													
ЕГН/ЛНЧ													Име _____ Презиме _____
Фамилия _____													
Лична карта № _____ издадена на _____ от _____ Е-mail: _____													
Област: _____, Община _____, ПК _____, Град (село) _____,													
Ж.к. _____, Улица _____, № _____,													
Блок _____, Вход _____, Етаж _____, Ап. _____, Телефон: _____													
(ПОПЪЛВА СЕ ОТ РОДИТЕЛ, НАСТОЙНИК НА МАЛОЛЕТНО ЛИЦЕ/ПОПЕЧИТЕЛ НА НЕПЪЛНОЛЕТНО ЛИЦЕ, КОЕТО Е НАСЛЕДНИК НА ОСИГУРЕНОТО ЛИЦЕ)													
ЕГН/ЛНЧ													Име _____ Презиме _____
Фамилия _____													
Област: _____, Община _____, ПК _____, Град(село) _____,													
Лична карта № _____ издадена на _____ от _____,													
Ж.к. _____, Улица _____, № _____,													
Блок _____, Вход _____, Етаж _____, Ап. _____, Телефон: _____													
В качеството на _____ Подпис: _____													
(родител / настойник / попечител) (родител / настойник / попечител)													
✦ <b>ДАВАМ СЪГЛАСИЕТО СИ ДА БЪДАТ АКТУАЛИЗИРАНИ ЛИЧНИТЕ ДАННИ, ОБРАБОТВАНИ ЗА МЕН ОТ ДРУЖЕСТВОТО, С ПОСОЧЕНИТЕ ОТ МЕН ЛИЧНИ ДАННИ В НАСТОЯЩОТО ЗАЯВЛЕНИЕ.</b>													
✦ <b>ПРИ ПРОМЯНА В ИМЕНАТА СЕ ПРИЛАГА ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯВАЩ ПРОМЯНАТА: УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СКЛЮЧЕН ГРАЖДАНСКИ БРАК, СЪДЕБНО РЕШЕНИЕ ЗА РАЗВОД, УДОСТОВЕРЕНИЕ ОТ ДЛГС ИЛИ ДРУГ ДОКУМЕНТ.</b>													
✦ <b>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): _____</b>													

(Моля, отбележете фонда/фондовете)

Универсален пенсионен фонд „ЦКБ-СИЛА“

Професионален пенсионен фонд „ЦКБ-СИЛА“

**Желая полагащите ми се средства от индивидуалната/ите партида/и да ми бъдат изплатени еднократно, като наследник на осигуреното лице:**

**Данни за починалото лице:**

ЕГН/ЛНЧ													Име _____ Презиме _____
Фамилия _____													

**Декларирам, че починалото лице, осигурено в ПФ „ЦКБ-СИЛА“, не е упражнило правото си на пенсиониране по чл. 69б от КСО или по §4 от Преходни и заключителни разпоредби към КСО.**

