

ВАЖНО: ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНОТО ДРУЖЕСТВО Е ДЛЪЖНО ДА ВИ ПРЕДОСТАВИ ДОКУМЕНТ С „ОСНОВНА ИНФОРМАЦИЯ ЗА ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА“. ТЯ ЩЕ ВИ ПОМОГНЕ ДА СЕ ОРИЕНТИРАТЕ ПО-ДОБРЕ ПРИ ПОДАВАНЕ НА ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА УЧАСТИЕ И ДА СЕ ЗАПОЗНАЕТЕ С ОСНОВНИТЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ИЗБРАНИЯ ОТ ВАС ФОНД.

КОД НА ФОНДА

0 8 1

Вх. № П 20114514

Дата: _____

(попълва се от лицето,
приело заявлението)

ДО ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНО АД „ЦКБ – СИЛА”

(наименование на пенсионноосигурителното дружество,
което управлява професионалния пенсионен фонд,
в който лицето желае да се осигурява)

ЗАЯВЛЕНИЕ за участие в професионален пенсионен фонд

Име _____ Презиме _____ Фамилия _____

ЕГН/ЛН/ЛНЧ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

, лична карта №

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

,

издадена на _____ от _____

или легитимационен документ на чужденец (вид, серия, №, дата и място на издаване,
срок на валидност): _____Постоянен адрес: Област _____ Община: _____ ПК

--	--	--	--

Град (село) _____ ж.к. _____

Улица: _____ № _____ Блок _____ Вход _____ Етаж _____ Ап. _____ Телефон _____

Настоящ адрес: Област _____ Община: _____ ПК

--	--	--	--

Град (село) _____ ж.к. _____

Улица: _____ № _____ Блок _____ Вход _____ Етаж _____ Ап. _____ Телефон _____

Адрес на електронната поща: _____

Заявявам, че желая да бъда осигуряван в Професионален пенсионен фонд „ЦКБ - СИЛА”,
управляван от ПОАД „ЦКБ – СИЛА”.

1. Не получавам пенсия за осигурителен стаж и възраст по част първа на Кодекса за социално осигуряване.

2. Известно ми е, че при подаване на повече от едно заявление подлежа на служебно разпределение по регистрираните професионални пенсионни фондове по начин и ред, определени от Националната агенция за приходите и Комисията за финансов надзор.

3. Задължавам се в едномесечен срок да уведомя пенсионноосигурителното дружество за промяна в личните ми данни.

4. Получих документ с основна информация за осигурените лица.

Дата: _____

Подпис на заявителя: _____

*Попълва се от осигурителен посредник (в т.ч. лице, упълномощено от посредник - юридическо лице) или от служител на дружеството, който е приел заявлението:

Име и фамилия: _____

Служебен номер / длъжност: _____ Подпис: _____

МОЛЯ НЕ ПОПЪЛВАЙТЕ, ПРЕДИ ДА СТЕ ПРОЧЕЛИ УКАЗАНИЯТА НА ГЪРБА!

ВАЖНО: ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНОТО ДРУЖЕСТВО Е ДЛЪЖНО ДА ВИ ПРЕДОСТАВИ ДОКУМЕНТ С „ОСНОВНА ИНФОРМАЦИЯ ЗА ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА“. ТЯ ЩЕ ВИ ПОМОГНЕ ДА СЕ ОРИЕНТИРАТЕ ПО-ДОБРЕ ПРИ ПОДАВАНЕ НА ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА УЧАСТИЕ И ДА СЕ ЗАПОЗНАЕТЕ С ОСНОВНИТЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ИЗБРАНИЯ ОТ ВАС ФОНД.

КОД НА ФОНДА

0 8 1

Вх. № П 20114514

Дата: _____

(попълва се от лицето,
приело заявлението)

ДО ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНО АД „ЦКБ – СИЛА”

(наименование на пенсионноосигурителното дружество,
което управлява професионалния пенсионен фонд,
в който лицето желае да се осигурява)

ЗАЯВЛЕНИЕ за участие в професионален пенсионен фонд

Име _____ Презиме _____ Фамилия _____

ЕГН/ЛН/ЛНЧ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

, лична карта №

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

,

издадена на _____ от _____

или легитимационен документ на чужденец (вид, серия, №, дата и място на издаване,
срок на валидност): _____Постоянен адрес: Област _____ Община: _____ ПК

--	--	--	--

Град (село) _____ ж.к. _____

Улица: _____ № _____ Блок _____ Вход _____ Етаж _____ Ап. _____ Телефон _____

Настоящ адрес: Област _____ Община: _____ ПК

--	--	--	--

Град (село) _____ ж.к. _____

Улица: _____ № _____ Блок _____ Вход _____ Етаж _____ Ап. _____ Телефон _____

Адрес на електронната поща: _____

Заявявам, че желая да бъда осигуряван в Професионален пенсионен фонд „ЦКБ - СИЛА”,
управляван от ПОАД „ЦКБ – СИЛА”.

1. Не получавам пенсия за осигурителен стаж и възраст по част първа на Кодекса за социално осигуряване.

2. Известно ми е, че при подаване на повече от едно заявление подлежа на служебно разпределение по регистрираните професионални пенсионни фондове по начин и ред, определени от Националната агенция за приходите и Комисията за финансов надзор.

3. Задължавам се в едномесечен срок да уведомя пенсионноосигурителното дружество за промяна в личните ми данни.

4. Получих документ с основна информация за осигурените лица.

Дата: _____

Подпис на заявителя: _____

*Попълва се от осигурителен посредник (в т.ч. лице, упълномощено от посредник - юридическо лице) или от служител на дружеството, който е приел заявлението:

Име и фамилия: _____

Служебен номер / длъжност: _____ Подпис: _____

МОЛЯ НЕ ПОПЪЛВАЙТЕ, ПРЕДИ ДА СТЕ ПРОЧЕЛИ УКАЗАНИЯТА НА ГЪРБА!

ВАЖНО: ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНОТО ДРУЖЕСТВО Е ДЛЪЖНО ДА ВИ ПРЕДОСТАВИ ДОКУМЕНТ С „ОСНОВНА ИНФОРМАЦИЯ ЗА ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА“. ТЯ ЩЕ ВИ ПОМОГНЕ ДА СЕ ОРИЕНТИРАТЕ ПО-ДОБРЕ ПРИ ПОДАВАНЕ НА ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА УЧАСТИЕ И ДА СЕ ЗАПОЗНАЕТЕ С ОСНОВНИТЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ИЗБРАНИЯ ОТ ВАС ФОНД.

КОД НА ФОНДА

0 8 1

Вх. № П 20114514

Дата: _____

(попълва се от лицето,
приело заявлението)

ДО ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНО АД

„ЦКБ – СИЛА“

(наименование на пенсионноосигурителното дружество,
което управлява професионалния пенсионен фонд,
в който лицето желае да се осигурява)

ЗАЯВЛЕНИЕ**за участие в професионален пенсионен фонд**

Име _____ Презиме _____ Фамилия _____

ЕГН/ЛН/ЛНЧ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

, лична карта №

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

,

издадена на _____ от _____

или легитимационен документ на чужденец (вид, серия, №, дата и място на издаване, срок на валидност): _____

Постоянен адрес: Област _____ Община: _____ ПК

--	--	--	--

Град (село) _____ ж.к. _____

Улица: _____ № _____ Блок _____ Вход _____ Етаж _____ Ап. _____ Телефон _____

Настоящ адрес: Област _____ Община: _____ ПК

--	--	--	--

Град (село) _____ ж.к. _____

Улица: _____ № _____ Блок _____ Вход _____ Етаж _____ Ап. _____ Телефон _____

Адрес на електронната поща: _____

Заявявам, че желая да бъда осигуряван в Професионален пенсионен фонд „ЦКБ - СИЛА“, управляван от ПОАД „ЦКБ – СИЛА“.

1. Не получавам пенсия за осигурителен стаж и възраст по част първа на Кодекса за социално осигуряване.

2. Известно ми е, че при подаване на повече от едно заявление подлежа на служебно разпределение по регистрираните професионални пенсионни фондове по начин и ред, определени от Националната агенция за приходите и Комисията за финансов надзор.

3. Задължавам се в едномесечен срок да уведомя пенсионноосигурителното дружество за промяна в личните ми данни.

4. Получих документ с основна информация за осигурените лица.

Дата: _____

Подпис на заявителя: _____

*Попълва се от осигурителен посредник (в т.ч. лице, упълномощено от посредник - юридическо лице) или от служител на дружеството, който е приел заявлението:

Име и фамилия: _____

Служебен номер / длъжност: _____ Подпис: _____

МОЛЯ НЕ ПОПЪЛВАЙТЕ, ПРЕДИ ДА СТЕ ПРОЧЕЛИ УКАЗАНИЯТА НА ГЪРБА!

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ЗАЯВЛЕНИЕТО

1. Заявлението се попълва четливо, за предпочитане с печатни букви, като се спазват очертанията на полетата.

2. Трите имена и постоянният адрес се попълват по начина, по който са записани в личната карта или друг документ за самоличност. Полето „настоящ адрес“ се попълва, когато той не съвпада с постоянния адрес на лицето.

3. В полето „ЕГН/ЛН/ЛНЧ“ се вписва единният граждански номер на лицето или съответни алтернативни данни - личен номер, личен номер на чужденец или служебен номер, издаден от НАП.

4. Пенсионноосигурителното дружество задължително попълва определените за него данни и поставя входящ номер в горния ляв ъгъл.

5. Карето в долната част на заявлението се попълва от осигурителния посредник (физическо лице или упълномощено лице от осигурителен посредник - юридическо лице) или служителя на дружеството, който го е приел.

6. Заявлението задължително се попълва и подава в три екземпляра - първият остава в пенсионноосигурителното дружество, вторият се връща на лицето, а третият се изпраща в Националната агенция за приходите.