

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 2

Вх. № **У** 31670001

Дата: \_\_\_\_\_

(попълва се от лицето,  
приело заявлението)

ДО ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНО АД

„ЦКБ – СИЛА“

(наименование на пенсионноосигурителното дружество,  
което управлява универсалния пенсионен фонд,  
в който лицето желае да се осигурява)**ЗАЯВЛЕНИЕ****за участие в универсален 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 Универсален пенсионен фонд „ЦКБ - СИЛА“,  
управляван от ПОАД „ЦКБ – СИЛА“.

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

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

3. 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: \_\_\_\_\_

от 2018

**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 2

Вх. № **У** 31670001

Дата: \_\_\_\_\_

(попълва се от лицето,  
приело заявлението)

ДО ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНО АД

„ЦКБ – СИЛА”

(наименование на пенсионноосигурителното дружество,  
което управлява универсалния пенсионен фонд,  
в който лицето желае да се осигурява)**ЗАЯВЛЕНИЕ****за участие в универсален 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 Универсален пенсионен фонд „ЦКБ - СИЛА”,  
управляван от ПОАД „ЦКБ – СИЛА”.

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

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

3. 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 на заявителя 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.