

Вх.№ _____ / _____.20____г.

ДО
ПОАД "ЦКБ - СИЛА" АД

ЗАЯВЛЕНИЕ

ЗА ИЗТЕГЛЯНЕ НА НАТРУПАНИТЕ СРЕДСТВА ПО ИНДИВИДУАЛНА ПАРТИДА В ППФ

(ПОПЪЛВА СЕ ОТ ОСИГУРЕНОТО ЛИЦЕ ИЛИ НАСЛЕДНИК НА ОСИГУРЕНОТО ЛИЦЕ)

ЕГН:	<input type="text"/>	Име _____ Презиме _____
	<input type="text"/>	Фамилия _____
Област:	_____	Община _____, ПК _____, Град(село) _____,
Ж.к.	_____	Улица _____, № _____,
Блок _____	Вход _____	Етаж _____, Ап. _____, Телефон: тел.код: _____ № _____
Лична карта № _____	издадена на _____	от _____ Е-mail: _____

(ПОПЪЛВА СЕ ОТ РОДИТЕЛ, НАСТОЙНИК ИЛИ ПОПЕЧИТЕЛ НА МАЛОЛЕТНО ЛИЦЕ ИЛИ НЕПЪЛНОЛЕТНО ЛИЦЕ, КОЕТО Е НАСЛЕДНИК НА ОСИГУРЕНОТО ЛИЦЕ)

ЕГН:	<input type="text"/>	Име _____ Презиме _____
	<input type="text"/>	Фамилия _____
Област:	_____	Община _____, ПК _____, Град(село) _____,
Ж.к.	_____	Улица _____, № _____,
Блок _____	Вход _____	Етаж _____, Ап. _____, Телефон: тел.код: _____ № _____
Лична карта № _____	издадена на _____	от _____
В качеството на _____	Подпис: _____	(родител / настойник / попечител)

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 ДГС ИЛИ ДРУГ ДОКУМЕНТ.

Моля,
съгласно Договора за допълнително задължително пенсионно осигуряване в **ПРОФЕСИОНАЛЕН ПЕНСИОНЕН ФОНД „ЦКБ - СИЛА“**, натрупаните средства в индивидуалната ми осигурителна партида да бъдат изплатени като:

(Моля, изберете един от посочените варианти!)

I. Изплащане на полагащата се част от натрупаната сума на наследник на осигуреното лице.
Данни за починалото лице:

ЕГН:	<input type="text"/>	Име _____ Презиме _____
	<input type="text"/>	Фамилия _____

Желая да получа средствата, натрупани по индивидуалната партида, по договор за разсрочено плащане. (В този случай се сключва договор за разсрочено плащане!)

II. Еднократно изплащане на средства, натрупани по индивидуалната партида, при трайно намалена работоспособност над 89,99 на сто в размер на:

50 на сто от средствата;

друг размер, но не повече от 50 на сто от средствата: _____ на сто.

III. Еднократно изплащане на цялата натрупана сума поради пенсиониране по смисъла на чл.172 от КСО.
Това право възниква в случаите, когато лицето не е придобило право на професионална пенсия за ранно пенсиониране, осигурявано е в ППФ и е пенсионирано за осигурителен стаж и възраст по реда на част първа от КСО.

Към настоящото заявление прилагам следните документи:

(Моля, посочете документите, които прилагате и поставете подписа си върху всяко копие.

Документите по т.1 са задължителни!)

1. Копие от: - документ за самоличност - _____ <i>(за всички видове плащания)</i>	2. Копие от: - експертно решение на ТЕЛК или НЕЛК <i>(за трайно намалена работоспособност над 89.99 на сто)</i> - документ за отпускане на пенсия за осигурителен стаж и възраст <i>(при изтегляна на средствата по чл.172 от КСО)</i>	3. Копие от: - акт за смърт на починало осигурено лице - удостоверение за наследници - акт за раждане - документ за сключен граждански брак <i>(за наследствена пенсия)</i>
---	--	---

Желая сумата да ми бъде изплатена по следния начин:

1. Да ми бъде ПРЕВЕДЕНА ПО БАНКОВ ПЪТ в _____
(име на банката)

Банков код (BIC): |__|__|__|__|__|__|__|__|

Банкова сметка (IBAN): |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ВНИМАНИЕ: ПОАД "ЦКБ - СИЛА" АД НЕ НОСИ ОТГОВОРНОСТ ЗА ГРЕШНО ПОСОЧЕН IBAN!

2. 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: _____ <i>(на осигурения/ наследник /родител)</i>
--------------------------------	--

В случаите, когато заявлението СЕ ПОДАВА ПО ПОЩАТА, подписът на осигуреното лице трябва да бъде НОТАРИАЛНО ЗАВЕРЕН! По изключение, подписът на осигуреното лице може да бъде без нотариална заверка, но само за суми по-малки от 500 лева.

ПОПЪЛВА СЕ ОТ ПРИЕЛИЯ ЗАЯВЛЕНИЕТО!

Това заявление е получено от осигурителен посредник / представител на ПОАД "ЦКБ - СИЛА" АД _____ ЕГН _____, Служебен № _____, Адрес/телефон: _____ _____ на ____ . ____ . 20 ____ г.	ПОДПИС: _____ <i>(на осигурителния посредник /представителя)</i>
--	--