

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

КОД НА ФОНДА 08

Вх.№ \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

(попълва се от лицето, приело заявлението)

**До Пенсионноосигурително акционерно дружество „ЦКБ-СИЛА“**  
(наименование на пенсионноосигурителното дружество, което управлява фонда, в който лицето желае да премине)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

за промяна на участие и прехвърляне на натрупаните суми по индивидуалната партида в друг съответен фонд за допълнително задължително пенсионно осигуряване

Име \_\_\_\_\_ Презиме \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_

ЕГН , 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 \_\_\_\_\_

1. Заявявам, че желая да бъде прекратено участието ми в \_\_\_\_\_, управляван от \_\_\_\_\_, поради:  
(наименование на фонда за допълнително задължително пенсионно осигуряване) (наименование на пенсионноосигурителното дружество)

- 1.1.  наличие на условията по чл. 171, ал. 1 или 2 от Кодекса за социално осигуряване;
- 1.2.  несъгласие с направените промени в правилника за организацията и дейността на универсалния (професионалния) пенсионен фонд, в който участвам;
- 1.3.  преобразуване или прекратяване на пенсионноосигурителното дружество или на фонда за допълнително задължително пенсионно осигуряване, в който съм осигурен.

2. Заявявам, че желая натрупаните средства в индивидуалната ми партида да бъдат прехвърлени в \_\_\_\_\_ „ЦКБ-СИЛА“, управляван от **Пенсионноосигурително акционерно дружество „ЦКБ-СИЛА“**.  
(наименование на фонда за допълнително задължително пенсионно осигуряване) (наименование на пенсионноосигурителното дружество)

3. Не съм подавал(а) заявление за промяна на участие в друг универсален (професионален) пенсионен фонд.

4. Желая след прехвърляне на средствата да ми бъде изпратено извлечение от индивидуалната ми партида  
 4.1.  по пощата с писмо с обратна разписка;  
 4.2.  по ел. поща, подписано с квалифициран електронен подпис, на следния адрес \_\_\_\_\_

5. Получих документ с основна информация за осигурените лица.

6. Приложени копия от документи: \_\_\_\_\_

Осигурено лице: \_\_\_\_\_  
(подпис)

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

Име и фамилия \_\_\_\_\_

Служебен номер/длъжност \_\_\_\_\_ Подпис: \_\_\_\_\_

*\* Попълва се от пенсионноосигурителното дружество, управляващо пенсионния фонд, в който лицето желае да прекрати участието си.*

КОД НА ФОНДА  Вх. № \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**Съгласие за промяна на участието**

**Отказ за промяна на участието, тъй като:**

- не са изпълнени изискванията на чл. 171, ал. 1 от Кодекса за социално осигуряване
- не са изпълнени изискванията на чл. 171, ал. 2 от Кодекса за социално осигуряване
- не са изпълнени изискванията на чл. 171, ал. 3 от Кодекса за социално осигуряване
- не са изпълнени изискванията на чл. 340, ал. 3, т. 1 от Кодекса за социално осигуряване
- получени са заявления за промяна на участие на същото осигурено лице от различни дружества

**Отказ за разглеждане на заявлението, тъй като:**

- имената на лицето не съвпадат с данни в документите на дружеството и не са приложени удостоверителни документи
- посоченият ЕГН на лицето не съвпада с данни в документите на дружеството и не са приложени удостоверителни документи
- не е отбелязано изрично основание за промяна на участие

(посочват се конкретните причини за отказа за промяна на участие/разглеждане на заявлението)

Дата: \_\_\_\_\_ Подпис и печат: \_\_\_\_\_

Внимание! В случай на отказ всяко лице може да получи при поискване копие от заявлението за промяна на участие от дружеството, в което го е подало, и да подаде чрез него възражение за преразглеждане на отказа в 7-дневен срок от получаването му в дружеството.

**МОЛЯ, НЕ ПОПЪЛВАЙТЕ, ПРЕДИ ДА СТЕ ПРОЧЕЛИ УКАЗАНИЯТА ПО-ДОЛУ!**





## УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ЗАЯВЛЕНИЕТО

1. Заявлението се попълва задължително в три екземпляра - третият е за лицето, вторият - за пенсионноосигурителното дружество, в чийто фонд лицето участва, първият - за пенсионноосигурителното дружество, в чийто фонд лицето желае да премине.

2. Полето „настоящ адрес“ се попълва, когато той не съвпада с постоянния адрес на лицето.

3. В т. 1 се посочват точното наименование на универсалния (професионалния) пенсионен фонд, в който лицето се осигурява, и на управляващото го пенсионноосигурително дружество. Основанието за прекратяване на участието се отбелязва със знак "X".

4. В т. 2 се посочват точното наименование на универсалния (професионалния) пенсионен фонд, в който лицето желае да се осигурява, и на управляващото го пенсионноосигурително дружество.

5. В т. 1.2 и т. 3 се подчертава съответният фонд (универсален или професионален) за допълнително задължително пенсионно осигуряване.

6. В т. 4 със знак "X" се посочва избраният от лицето начин за изпращане на извлечение от индивидуалната партида.

7. В т. 6 се описват приложените към заявлението документи.