

Осигурителен посредник:  
/име, фирма/

Служебен №



ПОПЪЛВА СЕ ОТ ДРУЖЕСТВОТО	
ДГ	3
№ на договора с друг осигурител:	
Осигурителен № на осигуреното лице:	

АДРЕС НА ДРУЖЕСТВОТО	
София 1000, ул. Стефан Караджа 2, ет. 6	
тел./факс: (02) 981 17 74, 980 33 43	
клиентски център тел. 0900 32 333	
e-mail: office@ccb-sila.com	
http://www.ccb-sila.com	

# ДЕКЛАРАЦИЯ

## към договор за допълнително доброволно пенсионно осигуряване с друг осигурител

Днес, ..... 200..... година, долуподписаният:

Име, презиме, фамилия	ЕГН
-----------------------	-----

Настоящ адрес: гр./с./....., Пощ. код ..... ул./ж.к. ...., № ....., бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ...., Община ....., Област ....., Тел. ....

Постоянен адрес по документ за самоличност: гр./с./....., Пощ. код ..... ул./ж.к. ...., № ....., бл. ...., вх. ...., ап. ...., Община ....., Област ....., Тел. ....

Осигуряван от:  
Име, презиме, фамилия

ЕГН

Настоящ адрес: гр./с./....., Пощ. код ..... ул./ж.к. ...., № ....., бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ...., Община ....., Област ....., Тел. ....

Постоянен адрес по документ за самоличност: гр./с./....., Пощ. код ..... ул./ж.к. ...., № ....., бл. ...., вх. ...., ап. ...., Община ....., Област ....., Тел. ....

### Наричан за краткост ОСИГУРИТЕЛ.

В случай на смърт, ползвачи лица на натрупаните суми по индивидуалната ми партида са:

Попълва се при желание на осигуреното лице да се отклони от правилата на Закона за наследството по отношение на наследниците или размера на техните дялове.

Име, презиме, фамилия	ЕГН	Дял от средствата
Име, презиме, фамилия	ЕГН	Дял от средствата
Име, презиме, фамилия	ЕГН	Дял от средствата

Мои наследници по закон към момента на сключване на договора са:

Попълва се по желание.		
Име, презиме, фамилия	ЕГН	Дял от средствата
Име, презиме, фамилия	ЕГН	Дял от средствата
Име, презиме, фамилия	ЕГН	Дял от средствата

### ДЕКЛАРИРАМ:

- Запознат/а съм с условията и съдържанието на сключения договор между ПОАД "ЦКБ-СИЛА" и осигурителя ми за допълнително доброволно пенсионно осигуряване.
- Съгласен/на съм, считано от ..... 200..... г., да ми бъде внасяна за сметка на осигурителя месечна осигурителна вноска в размер на ..... лева / ..... на сто от МРЗ.
- По свое желание и за моя сметка ще внасям месечна осигурителна вноска от ..... лева / ..... на сто от МРЗ, която вноска да бъде превеждана в индивидуалната ми осигурителна партида, открита в ДПФ "ЦКБ-СИЛА".
- Запознат/а съм с Правилника за организацията и дейността на ДПФ "ЦКБ-СИЛА".
- Поемам задължението при промяна на името, настоящия адрес и други лични данни да уведомявам ПОАД "ЦКБ-СИЛА" в едномесечен срок от настъпването на промените.
- Известно ми е, че след подписването на настоящата декларация и след внасянето на въстпителната такса от страна на ПОАД "ЦКБ-СИЛА" ще ми бъде открита индивидуална осигурителна партида, ще ми бъдат издадени удостоверение за участие и регистрационен талон, които ще ми бъдат изпратени на посочения от мен адрес.
- Потвърждавам всички горепосочени данни и нося съответната отговорност за тяхната достоверност, съгласно Правилника за организацията и дейността на ДПФ "ЦКБ-СИЛА" и законите на страната.
- Потвърждавам всички горепосочени данни и нося съответната отговорност за тяхната достоверност, съгласно Правилника за организацията и дейността на ДПФ "ЦКБ-СИЛА" и законите на страната.

Становище на осигурител Осигуряването на работника ще извършвам в съответствие с Правилника за организацията и дейността на ДПФ "ЦКБ-СИЛА" и подписания договор за допълнително доброволно пенсионно осигуряване с друг осигурител. Първата месечна осигурителна вноска за осигурения ще бъде за месец ..... на 200..... г	ЗА ДРУГИЯ ОСИГУРИТЕЛ: /Име, Фамилия/  /подпис/
--	---

Настоящата декларация се съставя и подписва в три еднакви екземпляра, за осигурителя, за осигуреното лице и за дружеството.	ДЕКЛАРАТОР (ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ):  /подпис/
---	---