



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:

\_\_\_\_\_  
(на осигуреното лице)

**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 300 лева, след допълнителна идентификация на  
лицето.**

**ПОПЪЛВА СЕ ОТ ПРИЕЛИЯ ЗАЯВЛЕНИЕТО!**

Това заявление е получено от оторизиран представител на ПООД „ЦКБ – СИЛА“ АД:  
\_\_\_\_\_  
ЕГН \_\_\_\_\_,  
/три имена/  
Служебен № \_\_\_\_\_, Адрес/телефон: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ на \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г.

ПОДПИС:

\_\_\_\_\_  
(на оторизирания представител)