

Вх.№ _____ / _____.20____ г.

ДО
ПОАД „ЦКБ-СИЛА“ АД

ЗАЯВЛЕНИЕ

ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА СРЕДСТВА ОТ ИНДИВИДУАЛНАТА ПАРТИДА В УПФ/ПФ НА НАСЛЕДНИК

(ПОПЪЛВА СЕ ОТ НАСЛЕДНИК НА ОСИГУРЕНОТО ЛИЦЕ)													
ЕГН/ЛНЧ													Име _____ Презиме _____
Фамилия _____													
Лична карта № _____ издадена на _____ от _____ Е-mail: _____													
Област: _____, Община _____, ПК _____, Град (село) _____,													
Ж.к. _____, Улица _____, № _____,													
Блок _____, Вход _____, Етаж _____, Ап. _____, Телефон: _____													
(ПОПЪЛВА СЕ ОТ РОДИТЕЛ, НАСТОЙНИК НА МАЛОЛЕТНО ЛИЦЕ/ПОПЕЧИТЕЛ НА НЕПЪЛНОЛЕТНО ЛИЦЕ, КОЕТО Е НАСЛЕДНИК НА ОСИГУРЕНОТО ЛИЦЕ)													
ЕГН/ЛНЧ													Име _____ Презиме _____
Фамилия _____													
Област: _____, Община _____, ПК _____, Град(село) _____,													
Лична карта № _____ издадена на _____ от _____,													
Ж.к. _____, Улица _____, № _____,													
Блок _____, Вход _____, Етаж _____, Ап. _____, Телефон: _____													
В качеството на _____ Подпис: _____													
(родител / настойник / попечител)													
<p>✦ ДАВАМ СЪГЛАСИЕТО СИ ДА БЪДАТ АКТУАЛИЗИРАНИ ЛИЧНИТЕ ДАННИ, ОБРАБОТВАНИ ЗА МЕН ОТ ДРУЖЕСТВОТО, С ПОСОЧЕНИТЕ ОТ МЕН ЛИЧНИ ДАННИ В НАСТОЯЩОТО ЗАЯВЛЕНИЕ.</p> <p>✦ ПРИ ПРОМЯНА В ИМЕНАТА СЕ ПРИЛАГА КОПИЕ НА ЛИЧНА КАРТА, КОГАТО ЗАЯВЛЕНИЕТО СЕ ПОДАВА В ОФИС НА ДРУЖЕСТВОТО. ВЪВ ВСИЧКИ ОСТАНАЛИ СЛУЧАИ ПРИ ПРОМЯНА В ИМЕНАТА СЕ ПРИЛАГА И ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯВАЩ ПРОМЯНАТА: УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СКЛЮЧЕН ГРАЖДАНСКИ БРАК, СЪДЕБНО РЕШЕНИЕ (ЗА РАЗВОД, ПРОМЯНА НА ИМЕНА И ДР.), УДОСТОВЕРЕНИЕ ОТ ДЛГС ИЛИ ДРУГ ДОКУМЕНТ.</p> <p>✦ ЗАЯВЯВАМ, ЧЕ ЖЕЛАЯ ГОДИШНИТЕ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ОТ ИНДИВИДУАЛНИТЕ МИ ПАРТИДИ В УПРАВЛЯВАНИТЕ ОТ ПОАД „ЦКБ-СИЛА“ АД ПЕНСИОННИ ФОНДОВЕ СЪГЛАСНО ЧЛ.123з², АЛ.1 ОТ КСО ДА МИ БЪДАТ ПРЕДСТАВЯНИ САМО ПО ЕЛЕКТРОНЕН ПЪТ НА СЛЕДНИЯ ЕЛЕКТРОНЕН АДРЕС (Е-MAIL): _____</p>													

(Моля, отбележете фонда/фондовете)

Универсален пенсионен фонд „ЦКБ-СИЛА“

Професионален пенсионен фонд „ЦКБ-СИЛА“

Желая полагащите ми се средства от индивидуалната/ите партида/и да ми бъдат изплатени еднократно, като наследник на осигуреното лице:

Данни за починалото лице:

ЕГН/ЛНЧ													Име _____ Презиме _____
Фамилия _____													

Декларирам, че починалото лице, осигурено в ПФ „ЦКБ-СИЛА“, не е упражнило правото си на пенсиониране по чл. 69б от КСО или по §4 от Преходни и заключителни разпоредби към КСО.

