

ПРОФЕСИОНАЛЕН ПЕНСИОНЕН ФОНД/ УНИВЕРСАЛЕН ПЕНСИОНЕН ФОНД  
ФОНД ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ПОЖИЗНЕНИ ПЕНСИИ/ФОНД ЗА РАЗСРОЧЕНИ ПЛАЩАНИЯ

Вх.№ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_ г.

ДО  
ПОАД „ЦКБ-СИЛА“ АД

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**ЗА ЕДНОКРАТНО ИЗПЛАЩАНЕ НА СРЕДСТВА НА НАСЛЕДНИЦИ**

(Попълва се от наследника)													
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)													
ЕГН/ЛНЧ													Име _____ Презиме _____
Фамилия _____													
Област: _____, Община _____, ПК _____, Град(село) _____,													
Лична карта № _____ издадена на _____ от _____,													
Ж.к. _____, Улица _____, № _____,													
Блок _____, Вход _____, Етаж _____, Ап. _____, Телефон: _____													
Е-mail: _____ В													
качеството на _____ Подпис: _____													
(родител / настойник / попечител) (родител / настойник / попечител)													
<p>✧ <b>ДАВАМ СЪГЛАСИЕТО СИ ДА БЪДАТ АКТУАЛИЗИРАНИ ЛИЧНИТЕ ДАННИ, ОБРАБОТВАНИ ЗА МЕН ОТ ДРУЖЕСТВОТО, С ПОСОЧЕНИТЕ ОТ МЕН ЛИЧНИ ДАННИ В НАСТОЯЩОТО ЗАЯВЛЕНИЕ.</b></p> <p>✧ <b>ПРИ ПРОМЯНА В ИМЕНАТА СЕ ПРИЛАГА КОПИЕ НА ЛИЧНА КАРТА.</b></p> <p>✧ <b>ЗАЯВЯВАМ, ЧЕ ЖЕЛАЯ ГОДИШНИТЕ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ОТ ИНДИВИДУАЛНИТЕ МИ ПАРТИДИ В ПЕНСИОННИТЕ ФОНДОВЕ И/ИЛИ ИЗВЛЕЧЕНИЕТО ОТ АНАЛИТИЧНАТА СМЕТКА ОТ ФОНДА ЗА РАЗСРОЧЕНИ ПЛАЩАНИЯ (АКО Е ПРИЛОЖИМО), УПРАВЛЯВАНИ ОТ ПОАД „ЦКБ-СИЛА“ АД, СЪГЛАСНО ЧЛ.12332, АЛ.1 ОТ КСО, ДА МИ БЪДАТ ПРЕДОСТАВЯНИ САМО ПО ЕЛЕКТРОНЕН ПЪТ НА СЛЕДНИЯ ЕЛЕКТРОНЕН АДРЕС (E-MAIL): _____</b></p>													

(Моля, изберете фонда!)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Професионален пенсионен фонд „ЦКБ-СИЛА“          | <input type="checkbox"/> Универсален пенсионен фонд „ЦКБ-СИЛА“  |
| <input type="checkbox"/> Фонд за изплащане на пожизнени пенсии „ЦКБ-СИЛА“ | <input type="checkbox"/> Фонд за разсрочени плащания „ЦКБ-СИЛА“ |

**Желая да получа полагащите ми се средства, като наследник на**

**Данни за починалото лице:**

ЕГН/ЛНЧ													Име _____ Презиме _____
Фамилия _____													

