ЦКБ Сила
пенсионноосигурително
акционерно дружество

УНИВЕРСАЛЕН ПЕНСИОНЕН ФОНД / ПРОФЕСИОНАЛЕН ПЕНСИОНЕН ФОНД

*Вх.№*_____/___.___.20_____г.

ДО
ПОАД „ЦКБ-СИЛА“ АД

ЗАЯВЛЕНИЕ

ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА СРЕДСТВА ОТ ИНДИВИДУАЛНАТА ПАРТИДА В УПФ/ППФ ПРИ ИНВАЛИДНОСТ

ПОПЪЛВА СЕ ОТ ОСИГУРЕНОТО ЛИЦЕ!

ЕГН/ЛНЧ | | | | | | | | | | |

Име _____ Презиме _____

Фамилия _____

Лична карта №_____, издадена на _____, от_____, Email _____,

Област: _____, Община _____, ПК _____, Град (село) _____,

Ж.к. _____, Улица _____, № _____,

Блок _____, Вход _____, Етаж _____, Ап. _____, Телефон:_____

1. ДАВАМ СЪГЛАСИЕТО СИ ДА БЪДАТ АКТУАЛИЗИРАНИ ЛИЧНИТЕ ДАННИ, ОБРАБОТВАНИ ЗА МЕН ОТ ДРУЖЕСТВОТО, С ПОСОЧЕНИТЕ ОТ МЕН ЛИЧНИ ДАННИ В НАСТОЯЩОТО ЗАЯВЛЕНИЕ.

2. 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.

3. ЗАЯВЯВАМ, ЧЕ ЖЕЛАЯ ГОДИШНИТЕ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ОТ ИНДИВИДУАЛНИТЕ МИ ПАРТИДИ В УПРАВЛЯВАНИТЕ ОТ ПОАД „ЦКБ-СИЛА“АД ПЕНСИОННИ ФОНДОВЕ СЪГЛАСНО ЧЛ.123З^2, АЛ.1 ОТ КСО ДА МИ БЪДАТ ПРЕДСТАВЯНИ САМО ПО ЕЛЕКТРОНЕН ПЪТ НА СЛЕДНИЯ ЕЛЕКТРОНЕН АДРЕС (E-MAIL): _____

(Моля, отбележете фонда/фондовете)

☐ Универсален пенсионен фонд „ЦКБ-СИЛА“ ☐ Професионален пенсионен фонд „ЦКБ-СИЛА“

Желая средствата ми в индивидуалната/ите партида/и в <u>размер на 50 на сто</u> от тях в да ми бъдат изплатени еднократно поради трайно намалена работоспособност над 89,99 на сто.

Ако желаете друг размер на средствата, по-малък от 50 на сто от тях, моля посочете: _____ на сто.

Към настоящото заявление прилагам копия на следните документи:

(Моля, посочете документите, които прилагате. Върху всяко копие се изписва собственоръчно „Вярно с оригинала“, след което се подписва от заявителя.)

☐ Документ за самоличност;

☐ Експертно решение на ТЕЛК или НЕЛК; *(за трайно намалена работоспособност над 89,99 на сто)*

☐ Други: _____

В случай на упълномощаване:

☐ Изрично, писмено, нотариално заверено пълномощно.

☐ Удостоверение за банкова сметка.

Желая, сумата да ми бъде изплатена по следния начин:

1. ПРЕВЕДЕНА ПО БАНКОВ ПЪТ в _____
(име на банката)

Банкова сметка (IBAN): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ВНИМАНИЕ: ПОАД „ЦКБ-СИЛА“ АД НЕ НОСИ ОТГОВОРНОСТ ЗА ГРЕШНО ПОСОЧЕН IBAN!

☐ **ПРИЛАГАМ КОПИЕ НА УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА БАНКОВА СМЕТКА.**

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 <u>СЕ ПОДАВА ПО ПОЩАТА</u>, подписът на осигуреното лице трябва да бъде <u>НОТАРИАЛНО ЗАВЕРЕН!</u> По изключение, подписът на осигуреното лице може да бъде без нотариална заверка, но само за суми по-малки от 150.00 евро, след допълнителна идентификация на лицето.

<u>ПОПЪЛВА СЕ ОТ ПРИЕЛИЯ ЗАЯВЛЕНИЕТО!</u>

Това заявление е получено от оторизиран представител на ПОАД „ЦКБ – СИЛА“ АД: _____ ЕГН _____, /три имена/ Служебен № _____, Адрес/телефон: _____ _____ на ____.____.20_____г.	ПОДПИС: _____ *(на оторизирания представител)*