

**ВАЖНО: ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНОТО ДРУЖЕСТВО Е ДЛЪЖНО ДА ВИ ПРЕДОСТАВИ ДОКУМЕНТ С „ОСНОВНА ИНФОРМАЦИЯ ЗА ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА“. ТЯ ЩЕ ВИ ПОМОГНЕ ДА СЕ ОРИЕНТИРАТЕ ПО-ДОБРЕ В ПРОЦЕДУРАТА ПО ПРЕХВЪРЛЯНЕ И ДА СЕ ЗАПОЗНАЕТЕ С ОСНОВНИТЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ИЗБРАНИЯ ОТ ВАС ФОНД.**

Вх. № \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_  
(попълва се от лицето, приело заявлението)**До Пенсионноосигурително акционерно дружество „ЦКБ-СИЛА”**

(наименование на пенсионноосигурителното дружество, което управлява фонда, в който лицето желае да прехвърли средствата си)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

за прехвърляне на средства в индивидуалната партида от един в друг фонд за допълнително доброволно пенсионно осигуряване

Име \_\_\_\_\_ Презиме \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_

ЕГН , лична карта № , издадена на \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

или легитимационен документ на чужденец (вид, серия, №, дата и място на издаване, срок на валидност): \_\_\_\_\_

Постоянен адрес: Област \_\_\_\_\_ Община: \_\_\_\_\_ ПК 

Град (село) \_\_\_\_\_ ж.к. \_\_\_\_\_

Улица: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Блок \_\_\_\_\_ Вход \_\_\_\_\_ Етаж \_\_\_\_\_ Ап. \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Настоящ адрес: Област \_\_\_\_\_ Община: \_\_\_\_\_ ПК 

Град (село) \_\_\_\_\_ ж.к. \_\_\_\_\_

Улица: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Блок \_\_\_\_\_ Вход \_\_\_\_\_ Етаж \_\_\_\_\_ Ап. \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

1. Заявявам, че желая да прехвърля натрупани средства по индивидуалната ми партида в

\_\_\_\_\_, управляван от \_\_\_\_\_, както следва:  
(наименование на фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване) (наименование на пенсионноосигурителното дружество)1.1.  Натрупани средства от лични вноски:

1.1.1. осигурителен договор № \_\_\_\_\_

 частично - \_\_\_\_\_ лв. или цялата натрупана по договора сума

1.1.2. осигурителен договор № \_\_\_\_\_

 частично - \_\_\_\_\_ лв. или цялата натрупана по договора сума1.2.  Натрупани средства от вноски на работодател:

1.2.1. осигурителен договор № \_\_\_\_\_

 частично - \_\_\_\_\_ лв. или цялата натрупана по договора сума

1.2.2. осигурителен договор № \_\_\_\_\_

 частично - \_\_\_\_\_ лв. или цялата натрупана по договора сума1.3.  Натрупани средства от вноски на друг осигурител:

1.3.1. осигурителен договор № \_\_\_\_\_

 частично - \_\_\_\_\_ лв. или цялата натрупана по договора сума

1.3.2. осигурителен договор № \_\_\_\_\_

 частично - \_\_\_\_\_ лв. или цялата натрупана по договора сума1.4.  Всички натрупани по индивидуалната ми партида средства, с изключение на тези от вноски на работодател или друг осигурител, за които е предвидено ограничение за прехвърлянето им. Декларирам, че средствата по партидата ми са натрупани от: лични вноски вноски на работодател вноски на друг осигурител

2. Заявявам, че желая да прехвърля посочените средства от индивидуалната ми партида в друг фонд за допълнително доброволно пенсионно осигуряване поради:

2.1.  възможността да прехвърля натрупани средства по индивидуалната ми партида в друг фонд (веднъж в рамките на календарната година);2.2.  възможността да прехвърля натрупани средства от лични вноски по индивидуалната ми партида в друг фонд по партида на съпруга(та) ми или на друг мой роднина по права линия (веднъж в рамките на календарната година);2.3.  несъгласие с направени изменения в правилника за организацията и дейността на фонда, в който съм осигурен;2.4.  преобразуване или прекратяване на пенсионноосигурителното дружество или на фонда, в който съм осигурен.

3. Заявявам, че желая посочените средства в индивидуалната ми партида да бъдат прехвърлени в

**ДФФ „ЦКБ-СИЛА”**

(наименование на фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване)

**Пенсионноосигурително акционерно дружество „ЦКБ-СИЛА”**

(наименование на пенсионноосигурителното дружество)





4. Известно ми е, че при прехвърляне на средства от индивидуалната ми партия в друг фонд в определени случаи дължа такса, чийто размер е определен в правилника за организацията и дейността на фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване, в който се осигурявам, като не може да надхвърля 20 лв.

В случай че процедурата за промяна на участие бъде прекратена, желая внесената от мен такса да ми бъде възстановена по следния начин:

- на каса в офис на дружеството
- чрез пощенски запис
- по банкова сметка IBAN \_\_\_\_\_, BIC \_\_\_\_\_, при банка \_\_\_\_\_.

5. В случаите по т. 2.2 желая средствата от индивидуалната ми партия да бъдат прехвърлени в посочения в т. 3 фонд по индивидуална(и) партия(и) на следното лице/лица:

5.1. \_\_\_\_\_ ЕГН

(трите имена и ЕГН на съпруга(та) и/или на друг роднина по права линия до втора степен и посочване на връзката)

Размер на средствата, които да бъдат прехвърлени на това лице \_\_\_\_\_

5.2. \_\_\_\_\_ ЕГН

(трите имена и ЕГН на съпруга(та) и/или на друг роднина по права линия до втора степен и посочване на връзката)

Размер на средствата, които да бъдат прехвърлени на това лице \_\_\_\_\_

Известно ми е, че в този случай ще ми бъде удържан данък по чл. 38, ал. 8, т. 4 от ЗДДФЛ върху подлежащата на прехвърляне сума, с изкл. на тази част от нея, която съответства на частта от вноските, за които не съм ползвал данъчно облекчение по реда на чл. 19 от ЗДДФЛ. За установяване на необлагаемата част от сумата следва да представя писмена декларация по чл. 65, ал. 8 от ЗДДФЛ пред пенсионноосигурителното дружество, управляващо фонда, от който се прехвърлят средствата ми.

6. Желая след прехвърляне на средствата да ми бъде изпратено извлечение от индивидуалната ми партия

- 6.1.  по пощата с писмо с обратна разписка;
- 6.2.  по ел. поща, подписано с квалифициран електронен подпис, на следния адрес \_\_\_\_\_

7. Получих документ с основна информация за осигурените лица.

8. Приложени копия от документи:

Осигурено лице: \_\_\_\_\_  
(подпис)

\* Попълва се от осигурителен посредник (в т.ч. лице, упълномощено от посредник – юридическо лице) или от служител на дружеството, приел заявлението:

Име и фамилия \_\_\_\_\_

Служебен номер/длъжност \_\_\_\_\_ Подпис: \_\_\_\_\_

\* Попълва се от пенсионноосигурителното дружество, управляващо фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване, от който лицето желае да прехвърли средства.

Вх. № \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**Съгласие за прехвърляне на средствата**

**Отказ за прехвърляне на средствата, тъй като:**

- не са изпълнени изискванията на чл. 247, ал. 1 от Кодекса за социално осигуряване
- не са изпълнени изискванията на чл. 247, ал. 2 от Кодекса за социално осигуряване
- не са изпълнени изискванията на чл. 247, ал. 3 от Кодекса за социално осигуряване
- не са изпълнени изискванията на чл. 340, ал. 3, т. 2 от Кодекса за социално осигуряване
- в осигурителния договор е налице ограничение по чл. 236, ал. 1 от Кодекса за социално осигуряване

**Отказ за разглеждане на заявлението, тъй като:**

- имената на лицето не съвпадат с данни в документите на дружеството и не са приложени удостоверителни документи
- посоченият ЕГН на лицето не съвпада с данни в документите на дружеството и не са приложени удостоверителни документи
- в заявлението не е отбелязано изрично основание за прехвърляне по чл. 247, ал. 1 – 3 или чл. 340, ал. 3, т. 2 от КСО
- в т. 1.1 – 1.3 от заявлението не е записан номерът на осигурителния договор, отбелязаният номер не съвпада с номера на договора в документите на дружеството или по този договор няма натрупани средства от посочения в заявлението източник на средства
- не са приложени копия от документи, удостоверяващи брачната или родствената връзка (в случаите по чл. 247, ал. 3 от КСО)

(посочват се конкретните причини за отказа за прехвърляне/разглеждане на заявлението)

Дата: \_\_\_\_\_

Подпис и печат: \_\_\_\_\_

**Внимание!** В случай на отказ всяко лице може да получи при поискване заверено копие на заявлението за прехвърляне от дружеството, в което го е подало, и да подаде чрез него възражение за преразглеждане на отказа в 7-дневен срок от получаването му в дружеството.

4. Известно ми е, че при прехвърляне на средства от индивидуалната ми партия в друг фонд в определени случаи дължа такса, чийто размер е определен в правилника за организацията и дейността на фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване, в който се осигурявам, като не може да надхвърля 20 лв.

В случай че процедурата за промяна на участие бъде прекратена, желая внесената от мен такса да ми бъде възстановена по следния начин:

- на каса в офис на дружеството
- чрез пощенски запис
- по банкова сметка IBAN \_\_\_\_\_, BIC \_\_\_\_\_, при банка \_\_\_\_\_.

5. В случаите по т. 2.2 желая средствата от индивидуалната ми партия да бъдат прехвърлени в посочения в т. 3 фонд по индивидуална(и) партия(и) на следното лице/лица:

5.1. \_\_\_\_\_ ЕГН

(трите имена и ЕГН на съпруга(та) и/или на друг роднина по права линия до втора степен и посочване на връзката)

Размер на средствата, които да бъдат прехвърлени на това лице \_\_\_\_\_

5.2. \_\_\_\_\_ ЕГН

(трите имена и ЕГН на съпруга(та) и/или на друг роднина по права линия до втора степен и посочване на връзката)

Размер на средствата, които да бъдат прехвърлени на това лице \_\_\_\_\_

Известно ми е, че в този случай ще ми бъде удържан данък по чл. 38, ал. 8, т. 4 от ЗДДФЛ върху подлежащата на прехвърляне сума, с изкл. на тази част от нея, която съответства на частта от вноските, за които не съм ползвал данъчно облекчение по реда на чл. 19 от ЗДДФЛ. За установяване на необлагаемата част от сумата следва да представя писмена декларация по чл. 65, ал. 8 от ЗДДФЛ пред пенсионноосигурителното дружество, управляващо фонда, от който се прехвърлят средствата ми.

6. Желая след прехвърляне на средствата да ми бъде изпратено извлечение от индивидуалната ми партия

- 6.1.  по пощата с писмо с обратна разписка;
- 6.2.  по ел. поща, подписано с квалифициран електронен подпис, на следния адрес \_\_\_\_\_

7. Получих документ с основна информация за осигурените лица.

8. Приложени копия от документи:

Осигурено лице: \_\_\_\_\_  
(подпис)

\* Попълва се от осигурителен посредник (в т.ч. лице, упълномощено от посредник – юридическо лице) или от служител на дружеството, приел заявлението:

Име и фамилия \_\_\_\_\_

Служебен номер/длъжност \_\_\_\_\_ Подпис: \_\_\_\_\_

\* Попълва се от пенсионноосигурителното дружество, управляващо фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване, от който лицето желае да прехвърли средства.

Вх. № \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**Съгласие за прехвърляне на средствата**

**Отказ за прехвърляне на средствата, тъй като:**

- не са изпълнени изискванията на чл. 247, ал. 1 от Кодекса за социално осигуряване
- не са изпълнени изискванията на чл. 247, ал. 2 от Кодекса за социално осигуряване
- не са изпълнени изискванията на чл. 247, ал. 3 от Кодекса за социално осигуряване
- не са изпълнени изискванията на чл. 340, ал. 3, т. 2 от Кодекса за социално осигуряване
- в осигурителния договор е налице ограничение по чл. 236, ал. 1 от Кодекса за социално осигуряване

**Отказ за разглеждане на заявлението, тъй като:**

- имената на лицето не съвпадат с данни в документите на дружеството и не са приложени удостоверителни документи
- посоченият ЕГН на лицето не съвпада с данни в документите на дружеството и не са приложени удостоверителни документи
- в заявлението не е отбелязано изрично основание за прехвърляне по чл. 247, ал. 1 – 3 или чл. 340, ал. 3, т. 2 от КСО
- в т. 1.1 – 1.3 от заявлението не е записан номерът на осигурителния договор, отбелязаният номер не съвпада с номера на договора в документите на дружеството или по този договор няма натрупани средства от посочения в заявлението източник на средства
- не са приложени копия от документи, удостоверяващи брачната или родствената връзка (в случаите по чл. 247, ал. 3 от КСО)

(посочват се конкретните причини за отказа за прехвърляне/разглеждане на заявлението)

Дата: \_\_\_\_\_

Подпис и печат: \_\_\_\_\_

**Внимание!** В случай на отказ всяко лице може да получи при поискване заверено копие на заявлението за прехвърляне от дружеството, в което го е подало, и да подаде чрез него възражение за преразглеждане на отказа в 7-дневен срок от получаването му в дружеството.

4. Известно ми е, че при прехвърляне на средства от индивидуалната ми партия в друг фонд в определени случаи дължа такса, чийто размер е определен в правилника за организацията и дейността на фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване, в който се осигурявам, като не може да надхвърля 20 лв.

В случай че процедурата за промяна на участие бъде прекратена, желая внесената от мен такса да ми бъде възстановена по следния начин:

- на каса в офис на дружеството
- чрез пощенски запис
- по банкова сметка IBAN \_\_\_\_\_, BIC \_\_\_\_\_, при банка \_\_\_\_\_.

5. В случаите по т. 2.2 желая средствата от индивидуалната ми партия да бъдат прехвърлени в посочения в т. 3 фонд по индивидуална(и) партия(и) на следното лице/лица:

5.1. \_\_\_\_\_ ЕГН

(трите имена и ЕГН на съпруга(та) и/или на друг роднина по права линия до втора степен и посочване на връзката)

Размер на средствата, които да бъдат прехвърлени на това лице \_\_\_\_\_

5.2. \_\_\_\_\_ ЕГН

(трите имена и ЕГН на съпруга(та) и/или на друг роднина по права линия до втора степен и посочване на връзката)

Размер на средствата, които да бъдат прехвърлени на това лице \_\_\_\_\_

Известно ми е, че в този случай ще ми бъде удържан данък по чл. 38, ал. 8, т. 4 от ЗДДФЛ върху подлежащата на прехвърляне сума, с изкл. на тази част от нея, която съответства на частта от вноските, за които не съм ползвал данъчно облекчение по реда на чл. 19 от ЗДДФЛ. За установяване на необлагаемата част от сумата следва да представя писмена декларация по чл. 65, ал. 8 от ЗДДФЛ пред пенсионноосигурителното дружество, управляващо фонда, от който се прехвърлят средствата ми.

6. Желая след прехвърляне на средствата да ми бъде изпратено извлечение от индивидуалната ми партия

- 6.1.  по пощата с писмо с обратна разписка;
- 6.2.  по ел. поща, подписано с квалифициран електронен подпис, на следния адрес \_\_\_\_\_

7. Получих документ с основна информация за осигурените лица.

8. Приложени копия от документи:

Осигурено лице: \_\_\_\_\_  
(подпис)

\* Попълва се от осигурителен посредник (в т.ч. лице, упълномощено от посредник – юридическо лице) или от служител на дружеството, приел заявлението:

Име и фамилия \_\_\_\_\_

Служебен номер/длъжност \_\_\_\_\_ Подпис: \_\_\_\_\_

\* Попълва се от пенсионноосигурителното дружество, управляващо фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване, от който лицето желае да прехвърли средства.

Вх. № \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**Съгласие за прехвърляне на средствата**

**Отказ за прехвърляне на средствата, тъй като:**

- не са изпълнени изискванията на чл. 247, ал. 1 от Кодекса за социално осигуряване
- не са изпълнени изискванията на чл. 247, ал. 2 от Кодекса за социално осигуряване
- не са изпълнени изискванията на чл. 247, ал. 3 от Кодекса за социално осигуряване
- не са изпълнени изискванията на чл. 340, ал. 3, т. 2 от Кодекса за социално осигуряване
- в осигурителния договор е налице ограничение по чл. 236, ал. 1 от Кодекса за социално осигуряване

**Отказ за разглеждане на заявлението, тъй като:**

- имената на лицето не съвпадат с данни в документите на дружеството и не са приложени удостоверителни документи
- посоченият ЕГН на лицето не съвпада с данни в документите на дружеството и не са приложени удостоверителни документи
- в заявлението не е отбелязано изрично основание за прехвърляне по чл. 247, ал. 1 – 3 или чл. 340, ал. 3, т. 2 от КСО
- в т. 1.1 – 1.3 от заявлението не е записан номерът на осигурителния договор, отбелязаният номер не съвпада с номера на договора в документите на дружеството или по този договор няма натрупани средства от посочения в заявлението източник на средства
- не са приложени копия от документи, удостоверяващи брачната или родствената връзка (в случаите по чл. 247, ал. 3 от КСО)

(посочват се конкретните причини за отказа за прехвърляне/разглеждане на заявлението)

Дата: \_\_\_\_\_

Подпис и печат: \_\_\_\_\_

**Внимание!** В случай на отказ всяко лице може да получи при поискване заверено копие на заявлението за прехвърляне от дружеството, в което го е подало, и да подаде чрез него възражение за преразглеждане на отказа в 7-дневен срок от получаването му в дружеството.

## УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ЗАЯВЛЕНИЕТО

1. Заявлението се попълва задължително в три екземпляра – третият за лицето, вторият за пенсионноосигурителното дружество, в което лицето участва, и първият за пенсионноосигурителното дружество, в което лицето желае да прехвърли средствата си.
2. Полето „настоящ адрес“ се попълва, когато той не съвпада с постоянния адрес на лицето.
3. В т. 1 се посочват точното наименование на фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване, в който лицето се осигурява, и на управляващото го пенсионноосигурително дружество.
  - 3.1. Със знак „X“ се отбелязва видът на натрупаните средства, които ще се прехвърлят – натрупани средства от лични вноски, от вноски на работодател или от вноски на друг осигурител.
  - 3.2. Задължително се посочват и номерът на съответния осигурителен договор и размерът на натрупаните средства, които ще се прехвърлят. В случай че натрупаните средства по даден осигурителен договор се прехвърлят в пълен размер, със знак „X“ се отбелязва „цялата натрупана по договора сума“ и не се посочва размерът и.
  - 3.3. В случай че лицето желае да прехвърли всички натрупани по индивидуалната му партида средства, за които не са налице ограничения за това, със знак „X“ се отбелязва т.1.4, като задължително се посочва видът на вноските, от които са натрупани средствата, без да е необходимо да се записват номерата на договорите и точният размер на средствата.
4. В т. 2 със знак „X“ се отбелязва основанието за прехвърляне на средствата.
5. В т. 3 се посочват точното наименование на фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване, в който лицето желае да прехвърли средствата си, и на управляващото го пенсионноосигурително дружество.
6. В т. 4 и 6 със знак „X“ се посочва избраният от лицето начин за възстановяване на таксата, съответно за изпращане на извлечение от индивидуалната партида.
7. Ако в т. 5 лицето е вписало повече от един роднина, то трябва да конкретизира каква част (сума) да бъде прехвърлена на всеки от тях.
8. В т. 8 се описват приложените към заявлението документи.
9. Ако мястото в определено поле не е достатъчно, за да се впише необходимата информация, към заявлението следва да се приложи допълнителна информация, което се описва в т. 8 като неразделна част от заявлението. Допълнителната информация, подобно на заявлението, трябва да бъде изготвена в три еднакви екземпляра, а също така да съдържа личните данни на осигуреното лице и номера и датата на заявлението, към което се прилага.