

Осигурителен посредник: \_\_\_\_\_ сл. номер: \_\_\_\_\_  
(три имена; юридическо лице - упълномощено лице)

**Декларация към договор №.....от .....за допълнително доброволно пенсионно осигуряване с друг осигурител**

Днес, \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ година, долуподписаният/та:

_____ ЕГН/ЛНЧ _____ (Име, презиме, фамилия на Осигуреното лице)
Лична карта № _____ издадена на: _____ г. от МВР _____
дата на раждане _____ място на раждане _____ (Попълва лице, което не е български гражданин)
Постоянен адрес по ЛК: гр./с. _____ пощ. код _____ ул./ж.к. _____ № _____
бл. _____, вх. _____, ап. _____, община _____, област _____
тел. _____, e-mail _____
Настоящ адрес: гр./с. _____ пощ. код _____ ул./ж.к. _____ № _____
бл. _____, вх. _____, ап. _____, община _____, област _____
(Попълва се при условие, че настоящият адрес е различен от постоянния)

**наричано за краткост ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ, което е осигурявано от:**

_____ ЕГН/ЛНЧ: _____ (Име, презиме, фамилия на Другия осигурител)
Лична карта № _____ издадена на: _____ г. от МВР _____
дата на раждане _____ място на раждане _____ (Попълва лице, което не е български гражданин)
Постоянен адрес по ЛК: гр./с. _____ пощ. код _____ ул./ж.к. _____ № _____
бл. _____, вх. _____, ап. _____, община _____, област _____
тел. _____, e-mail _____
Настоящ адрес: гр./с. _____ пощ. код _____ ул./ж.к. _____ № _____
бл. _____, вх. _____, ап. _____, община _____, област _____
(Попълва се при условие, че настоящият адрес е различен от постоянния)
<b>Или</b>
Дружество _____ ЕИК: _____
представявано от _____ (Име, презиме, фамилия, длъжност на Другия осигурител)
седалище и адрес на управление: гр./с. _____ пощ. код _____ ул. _____
№ _____ община _____ област _____ тел. _____

наричан/а/о за краткост **ДРУГ ОСИГУРИТЕЛ,**

**I. С подписването на настоящата Декларация, ОСИГУРЕНОТО ЛИЦЕ декларира, че:**

1. Е запознато с условията и съдържанието на сключения договор № ...../.....20.....г., между **ПОАД „ЦКБ-СИЛА“ АД** и **ДРУГИЯ ОСИГУРИТЕЛ** за допълнително доброволно осигуряване в **Доброволен пенсионен фонд „ЦКБ-СИЛА“** и е съгласно да бъде осигурявано по него.

2. При смърт на осигуреното лице, натрупаните средства по индивидуалната му партида се дължат на наследниците съгласно Закона за наследството. При желание на **Осигуреното лице** да се отклони от правилата на Закона за наследството по отношение на наследниците или размера на техните дялове, то може да посочи ползвачи лица.

**Осигуреното лице** определя следните ползвачи лица и размера на техните дялове:

\_\_\_\_\_, ЕГН/ЛНЧ \_\_\_\_\_, Дял от средствата \_\_\_\_\_ (%).  
(Име, презиме, фамилия)

\_\_\_\_\_, ЕГН/ ЛНЧ \_\_\_\_\_, Дял от средствата \_\_\_\_\_ (%).  
(Име, презиме, фамилия)

\_\_\_\_\_, ЕГН/ ЛНЧ \_\_\_\_\_, Дял от средствата \_\_\_\_\_ (%).  
(Име, презиме, фамилия)

3. Декларира, че е запознато с Правилника на ДПФ „ЦКБ-СИЛА“, който е неразделна част от договора и приема неговите условия, както и с инвестиционната политика на ДПФ „ЦКБ-СИЛА“.

4. Дава съгласие **Дружеството** да обработва личните му данни във връзка с изпълнение на задълженията си по закон, Договора и в съответствие с приложимото законодателство в областта на защитата на личните данни. **Осигуреното лице** заявява, че:

- желае годишните извлечения от индивидуалните му партиди в управляваните от Дружеството пенсионни фондове съгласно чл.123з<sup>2</sup>, ал.1от КСО, да му бъдат предоставяни само по електронен път на следния електронен адрес: (e-mail): \_\_\_\_\_.

- дава съгласието си, личните му данни да бъдат използвани за целите на директния маркетинг: **ДА / НЕ**  
(вярното се отбелязва);

- е информирано, че по всяко време може да възрази срещу обработването на личните му данни за целите на директния маркетинг.

5. При промяна на името, настоящия адрес и други лични данни да уведомява **Дружеството** в едномесечен срок от настъпването на промените.

6. Декларира, че му е известно, че след подписване на настоящата декларация и след внасянето на встъпителната такса, **Дружеството** ще му открие индивидуална осигурителна партида, ще му издаде удостоверение за участие и регистрационен талон, които ще му бъдат изпратени на посочения от него адрес.

7. Потвърждавам всички горепосочени данни и нося съответната отговорност за тяхната достоверност, съгласно Правилника за организацията и дейността на ДПФ „ЦКБ-СИЛА“ и законите на страната.

## II. ЗАЩИТА НА ЛИЧНИ ДАННИ:

8. **ДРУЖЕСТВОТО** е администратор на лични данни. Дейността по обработване на личните данни е съобразена с изискванията на Регламент (ЕС) 2016/679 за защита на личните данни и приложимото законодателство в областта на защитата на личните данни. **ДРУЖЕСТВОТО** е внедрило система за управление на информационната сигурност въз основа на изискванията на международен стандарт ISO/IEC 27001:2013.

9. **ДРУЖЕСТВОТО** обработва лични данни на **Осигуреното лице** и посочените от него ползвачи лица с цел осъществяване на дейност по допълнително пенсионно осигуряване, на основание КСО, приложимото законодателство и Договора.

10. **ДРУЖЕСТВОТО** определя Длъжностно лице по защита на личните данни: тел. 02/810 80 10, e-mail: dpo@ccb-sila.com , адрес – гр. София 1113, бул. „Цариградско шосе“ № 87.

11. Съгласно КСО, личните данни се обработват за срок от 50 години от прекратяване на осигурителното отношение. Обемът на личните данни се определя от законодателството и е условие за сключване на договора.

12. **Осигуреното лице** има право, в случаите предвидени в нормативната уредба и доколкото това не противоречи на нормативните задължения на **ДРУЖЕСТВОТО** за обработване на личните му данни, на достъп до данните, коригиране и изтриване на данните, право на ограничаване на обработването, право на възражение, преносимост на данните и право на жалба до длъжностното лице по защита на данните на Дружеството, до Комисията за защита на личните данни, до компетентния съд.

13. Политиката за защита на личните данни, прилагана от Дружеството, е публикувана на [www.ccb-sila.com](http://www.ccb-sila.com).

**ПОДПИС на ДЕКЛАРАТОРА:**