

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

КОД НА ФОНДА

0 8 2

Вх. № **У**

Дата:

(попълва се от лицето,
приело заявлението)

ДО ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНО АД

„ЦКБ – СИЛА“

(наименование на пенсионноосигурителното дружество,
което управлява универсалния пенсионен фонд,
в който лицето желае да се осигурява)

ЗАЯВЛЕНИЕ**за възобновяване на осигуряването в универсален пенсионен фонд**

Име _____ Презиме _____ Фамилия _____

ЕГН/ЛН/ЛНЧ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

, 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 _____

Адрес на електронната поща: _____

Заявявам, че избирам да възобновя осигуряването си в универсален пенсионен фонд, като желая да
бъда осигуряван в Универсален пенсионен фонд “ЦКБ - СИЛА”, управляван от ПООД “ЦКБ - СИЛА”.

Декларирам, че:

1. Се задължавам в едномесечен срок да уведомявам пенсионноосигурителното дружество за
промяна в личните ми данни.

2. Получих документ с основна информация за осигурените лица.

Дата: _____

Подпис на заявителя: _____

*Попълва се от осигурителен посредник (упълномощено лице) или служител на дружеството, който е приел заявлението:

Име и фамилия _____

Служебен номер / длъжност _____

Подпис: _____

МОЛЯ НЕ ПОПЪЛВАЙТЕ, ПРЕДИ ДА СТЕ ПРОЧЕЛИ УКАЗАНИЯТА НА ГЪРБА!

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

КОД НА ФОНДА

0	8	2
---	---	---

Вх. № **У**

Дата: _____

(попълва се от лицето,
приело заявлението)

ДО ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНО АД

„ЦКБ – СИЛА”

(наименование на пенсионноосигурителното дружество,
което управлява универсалния пенсионен фонд,
в който лицето желае да се осигурява)

ЗАЯВЛЕНИЕ**за възобновяване на осигуряването в универсален пенсионен фонд**

Име _____ Презиме _____ Фамилия _____

ЕГН/ЛН/ЛНЧ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

, 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 _____

Адрес на електронната поща: _____

Заявявам, че избирам да възобновя осигуряването си в универсален пенсионен фонд, като желая да
бъда осигуряван в Универсален пенсионен фонд “ЦКБ - СИЛА”, управляван от ПОАД “ЦКБ - СИЛА”.

Декларирам, че:

1. Се задължавам в едномесечен срок да уведомявам пенсионноосигурителното дружество за промяна в личните ми данни.
2. Получих документ с основна информация за осигурените лица.

Дата: _____

Подпис на заявителя: _____

*Попълва се от осигурителен посредник (упълномощено лице) или служител на дружеството, който е приел заявлението:

Име и фамилия _____

Служебен номер / длъжност _____ Подпис: _____

МОЛЯ НЕ ПОПЪЛВАЙТЕ, ПРЕДИ ДА СТЕ ПРОЧЕЛИ УКАЗАНИЯТА НА ГЪРБА!

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ЗАЯВЛЕНИЕТО

1. Заявлението се попълва четливо, за предпочитане с печатни букви, като се спазват очертанията на полетата.

2. Имената и постоянният адрес на заявителя се попълват по начина, по който са записани в личната карта или друг документ за самоличност. Полето „настоящ адрес“ се попълва, когато той не съвпада с постоянния адрес на лицето.

3. В полето “ЕГН/ЛН/ЛНЧ” се вписва единният граждански номер на лицето или съответни алтернативни данни - личен номер, личен номер на чужденец или служебен номер, издаден от НАП.

4. Пенсионноосигурителното дружество задължително попълва определените за него данни и поставя входящ номер в горния ляв ъгъл.

5. Карето в долната част на заявлението се попълва от осигурителния посредник (физическо лице или упълномощено лице от осигурителен посредник - юридическо лице) или от служителя на дружеството, който го е приел.

6. Заявлението задължително се попълва и подава в два екземпляра - първият остава в пенсионноосигурителното дружество, вторият се връща на лицето.