

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 УЧАСТИЕ И ДА СЕ ЗАПОЗНАЕТЕ С ОСНОВНИТЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ИЗБРАНИЯ ОТ ВАС ФОНД.

КОД НА ФОНДА

0 8 2

Вх. № **У 3**

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 участие 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. _____

Настоящ адрес: Област _____ Община: _____ ПК

--	--	--	--

Град (село) _____ ж.к. _____

Улица: _____ № _____ Блок _____ Вход _____ Етаж _____ Ап. _____

Адрес на електронната поща: _____ Телефон _____

Заявявам, че желая да бъда осигуряван в Универсален пенсионен фонд „ЦКБ - СИЛА”, управляван от ПОАД „ЦКБ – СИЛА”.

1. Известно ми е, че при подаване на повече от едно заявление подлежа на служебно разпределение по регистрираните универсални пенсионни фондове по начин и ред, определени от Националната агенция за приходите и Комисията за финансов надзор.

2. Задължавам се в едномесечен срок да уведомя пенсионноосигурителното дружество за промяна в личните ми данни.

3. Получих документ с основна информация за осигурените лица.

Дата: _____

Подпис на заявителя: _____

* Попълва се от осигурителен посредник (в т.ч. лице, упълномощено от посредник – юридическо лице) или от 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 УЧАСТИЕ И ДА СЕ ЗАПОЗНАЕТЕ С ОСНОВНИТЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ИЗБРАНИЯ ОТ ВАС ФОНД.

КОД НА ФОНДА

0 8 2

Вх. № **У 3**

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 участие 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. _____

Настоящ адрес: Област _____ Община: _____ ПК

--	--	--	--

Град (село) _____ ж.к. _____

Улица: _____ № _____ Блок _____ Вход _____ Етаж _____ Ап. _____

Адрес на електронната поща: _____ Телефон _____

Заявявам, че желая да бъда осигуряван в Универсален пенсионен фонд „ЦКБ - СИЛА”, управляван от ПОАД „ЦКБ – СИЛА”.

1. Известно ми е, че при подаване на повече от едно заявление подлежа на служебно разпределение по регистрираните универсални пенсионни фондове по начин и ред, определени от Националната агенция за приходите и Комисията за финансов надзор.

2. Задължавам се в едномесечен срок да уведомя пенсионноосигурителното дружество за промяна в личните ми данни.

3. Получих документ с основна информация за осигурените лица.

Дата: _____

Подпис на заявителя: _____

* Попълва се от осигурителен посредник (в т.ч. лице, упълномощено от посредник – юридическо лице) или от 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 УЧАСТИЕ И ДА СЕ ЗАПОЗНАЕТЕ С ОСНОВНИТЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ИЗБРАНИЯ ОТ ВАС ФОНД.

КОД НА ФОНДА

0 8 2

Вх. № **У 3**

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 участие 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. _____

Настоящ адрес: Област _____ Община: _____ ПК

--	--	--	--

Град (село) _____ ж.к. _____

Улица: _____ № _____ Блок _____ Вход _____ Етаж _____ Ап. _____

Адрес на електронната поща: _____ Телефон _____

Заявявам, че желая да бъда осигуряван в Универсален пенсионен фонд „ЦКБ - СИЛА”, управляван от ПОАД „ЦКБ – СИЛА”.

1. Известно ми е, че при подаване на повече от едно заявление подлежа на служебно разпределение по регистрираните универсални пенсионни фондове по начин и ред, определени от Националната агенция за приходите и Комисията за финансов надзор.

2. Задължавам се в едномесечен срок да уведомя пенсионноосигурителното дружество за промяна в личните ми данни.

3. Получих документ с основна информация за осигурените лица.

Дата: _____

Подпис на заявителя: _____

* Попълва се от осигурителен посредник (в т.ч. лице, упълномощено от посредник – юридическо лице) или от 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. Трите имена и постоянният адрес на заявителя се попълват по начина, по който са записани в личната карта или в 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 три екземпляра – първият остава в пенсионноосигурителното дружество, вторият се връща на лицето, а третият се изпраща в Националната агенция за приходите.