

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА КОРИГИРАНЕ НА ЛИЧНИТЕ ДАННИ

Име , ЕГН
постоянен адрес , e-mail
тел. , ЛК № , издадена на , от МВР

На основание чл. 28а, т.1 от Закона за защита на личните данни

ДА БЪДАТ КОРИГИРАНИ СЛЕДНИТЕ ДАННИ,

обработвани за мен от ПООД "ЦКБ-СИЛА" АД (Дружеството) във връзка с осигуряването ми в управляваните от Дружеството пенсионни фондове.

(Моля, маркирайте и попълнете исканата промяна)

ПРОМЯНА НА АДРЕС

Новият ми **постоянен / настоящ** адрес е следния: гр./с./ П.К.
(задраскайте ненужното)

ул./ж.к./ № , бл. , вх. , ап. , област

Прилага се: копие от лична карта със заверка „Вярно с оригинала“ и подпис на Заявителя.

Заявлението се подава в офис на дружеството или се изпраща по пощата на адреса на дружеството:

1113 София, бул. Цариградско шосе 87, ПООД „ЦКБ-Сила“

ПРОМЯНА НА ФАМИЛИЯ

Досегашната ми фамилия да се промени на

Прилага се: копие от лична карта и документ, удостоверяващ промяната на фамилията, заверени „Вярно с оригинала“ и подписани от Заявителя (удостоверение за сключен граждански брак, съдебно решение за развод, удостоверение от служба ГРАО).

Заявлението се подава в офис на дружеството или се изпраща по пощата на адреса на дружеството:

1113 София, бул. Цариградско шосе 87, ПООД „ЦКБ-Сила“

ПРОМЯНА НА ЛИЧНА КАРТА

Новата ми лична карта е с № , издадена на , от МВР

Прилага се: копие от лична карта със заверка „Вярно с оригинала“ и подпис на Заявителя.

Заявлението се подава в офис на дружеството или се изпраща по пощата на адреса на дружеството:

1113 София, бул. Цариградско шосе 87, ПООД „ЦКБ-Сила“

ПРОМЯНА НА ИМЕ ИЛИ НА ЕГН

Указания за осъществяване на тези промени, в зависимост от конкретния случай, ще получите от клиентския център на тел. 0700 11 322 или в Централния офис на дружеството.

Да се промени:

Прилагам:

Заявлението се подава лично в офисите на дружеството, информация за които можете да получите на официалната страница на дружеството www.ccb-sila.com.

Адрес за кореспонденция:

..... (Този адрес се попълва, ако е различен от постоянния)

Дата:20 г.

Подпис:

(Попълва се от служител или осигурителен посредник на дружеството)

Тази молба е получена от служител / осигурителен посредник на дружеството:

Име , Служебен №

Дата:20 г.

Подпис:

(на служителя / осигурителния посредник)