

ВАЖНО: ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНОТО ДРУЖЕСТВО Е ДЛЪЖНО ДА ВИ ПРЕДОСТАВИ КАТО ПРИЛОЖЕНИЕ 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 Пенсионно осигурително дружество „Алианц България“ АД
(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 по професионални схеми

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 поради прекратяване на правоотношението ми с предприятието осигурител да прехвърля на основание чл. 247, ал. 4 от Кодекса за социално осигуряване натрупани средства от лични вноски по индивидуалната ми партида в

....., управляван от, във връзка с
(наименование на фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване по професионални схеми) *(наименование на пенсионноосигурителното дружество)*
осигурителен договор №

(посочва се № на договора на предприятието осигурител, във връзка с който са правени лични вноски)

частично - лв. или
 цялата натрупана сума от лични вноски във връзка с този договор.

2. Заявявам, че желая посочените средства в индивидуалната ми партида да бъдат прехвърлени в **Доброволен пенсионен фонд по професионални схеми „Алианц България“**, управляван от **ПОД „Алианц България“ АД**.
(наименование на фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване по професионални схеми) *(наименование на пенсионноосигурителното дружество)*

3. Известно ми е, че при прехвърляне на средства от индивидуалната ми партида в друг фонд трябва да заплатя такса, чийто размер е определен в правилника за организацията и дейността на фонда, 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.....

4. Желая след прехвърляне на средствата да ми бъде изпратено извлечение от индивидуалната ми партида.
 по пощата с писмо с обратна разписка;
 по ел. поща, подписано с квалифициран електронен подпис, на следния адрес:

5. Получих документ с основна информация за осигурените лица.

6. Приложени копия от документи:

Осигурено лице:

(подпис)

**Попълва се от осигурителен посредник или служител на дружеството, приел заявлението:*

Име и фамилия Служебен номер/длъжност Подпис:

**Попълва се от пенсионноосигурителното дружество, управляващо фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване по професионални схеми, 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. 4 КСО
 Отказ за разглеждане на заявлението за прехвърляне, 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 т. 1 от заявлението не е записан номерът на осигурителния договор с предприятието осигурител, отбелязаният номер не съвпада с номера на договора в документите на дружеството или във връзка с осигуряването по този договор осигуреното лице не е внасяло лични вноски

(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

Моля не попълвайте, преди да сте прочели указанията по-долу!

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ЗАЯВЛЕНИЕТО

1. Заявлението се попълва задължително в три екземпляра – третият за лицето, вторият за пенсион-ноосигурителното дружество, в което лицето участва, и първият за пенсионноосигурителното дружество, в който 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 по професионални схеми, в който лицето се осигурява. Задължително се посочват номерът на договора на предприятието осигурител, във връзка с който са правени лични вноски, и размерът на натрупаните средства, които ще се прехвърлят. В случай че се прехвърлят всички натрупани средства от лични вноски по даден осигурителен договор, със знак „X“ се отбелязва „цялата натрупана сума от лични вноски във връзка с този договор“ и не се посочва размерът ѝ.

4. В т. 2 се посочват точното наименование на фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване по професионални схеми, в който лицето желае да прехвърли средствата си, и на управляващото го пенсионноосигурително дружество.

5. В т. 3 и 4 със знак „X“ се посочва избраният от лицето начин за възстановяване на таксата, съот-ветно за изпращане на извлечение от индивидуалната партида.

6. 6. В т. 6 се описват приложените към заявлението документи