*Приложение № 2 към чл. 3, ал. 2*
(Изм. - ДВ, бр. 64 от 2012 г., в сила от 22.02.2013 г.)

**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 | 5 | 1 |

Вх. № _____

Дата: _____

*(попълва се от лицето, приело заявлението)*

ДО "Пенсионно осигурително дружество Алианц България" АД

*(вписва се или се отпечатва наименованието на пенсионноосигурителното дружество, което управлява универсалния пенсионен фонд, в който лицето желае да се осигурява)*

# ЗАЯВЛЕНИЕ

## за участие в професионален пенсионен фонд

Име _____ Презиме _____ Фамилия _____

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐, лична карта № ☐☐☐☐☐☐☐☐☐,

издадена на _____ от _____

**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 желая да бъда осигуряван в **"Задължителен професионален пенсионен фонд Алианц България",**
*(вписва се или се отпечатва наименованието на фонда)*

управляван от **"Пенсионно осигурително дружество Алианц България" АД**
*(вписва се или се отпечатва наименованието на пенсионноосигурителното дружество)*

1. Не получавам пенсия за осигурителен стаж и възраст по част първа на Кодекса за социално осигуряване.

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

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

4. Получих документ с основна информация за осигурените лица.

Дата: _____ Подпис на заявителя: _____

**Попълва се от осигурителен посредник 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!