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 ВЪЗОБНОВЯВАНЕ НА ОСИГУРЯВАНЕТО В УПФ И ДА СЕ ЗАПОЗНАЕТЕ С ОСНОВНИТЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ИЗБРАНИЯ ОТ ВАС ФОНД.

КОД НА ФОНДА 0 5 [2]
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 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 **"Задължителен универсален пенсионен фонд Алианц България"**, управляван от **"Пенсионно осигурително дружество Алианц България" АД.**

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!