

ЗАЯВЛЕНИЕ

за пенсиониране в Задължителен универсален пенсионен фонд Алианц България

1. ДАННИ ЗА ОСИГУРЕНОТО ЛИЦЕ

Имена по документ за самоличност:

ЕГН: Л.К./П. №: изд. на: от

Дата на раждане: (Попълва се само за чуждестранни лица)

Адрес: п.к, Населено място

ж.к., ул., бл., вх., ап.

Мобилен телефон: (+359) E-mail:

2. ДАННИ ЗА ПЪЛНОМОЩНИК (ЗА ПОДАВАНЕ НА ДОКУМЕНТИ)

Имена по документ за самоличност:

ЕГН: Л.К./П. №: изд. на:

Дата на раждане: (Попълва се само за чуждестранни лица)

Адрес: п.к, Населено място

ж.к., ул., бл., вх., ап.

Мобилен телефон: (+359) Email:

3. НАЧИН НА ИЗПОЛЗВАНЕ НА ПОЖИЗНЕНАТА ПЕНСИЯ

Поради достигане на възрастта за пенсиониране по осигурителен стаж и възраст съгласно чл. 68, ал.1 от Кодекса за социално осигуряване (КСО) и в съответствие с Правилника за организацията и дейността на ЗУПФ Алианц България заявявам натрупаните средства по индивидуалната ми партида да бъдат прехвърлени от ЗУПФ Алианц България във ФИПП Алианц България и да ми бъде отпусната следната допълнителна пожизнена пенсия:

1. Гаранцията, която желая да бъде приложена, при определяне размера на пенсията е:

- гарантиран размер, изчислен на базата на брутния размер на осигурителните вноски гарантиран размер, равен на размера на първата пенсия*

* При гарантиране размера на първата пенсия се прилага рисков коефициент, одобрен от Управителен Съвет на ПОД Алианц България и Комисията за финансов надзор

4. ИЗПЛАЩАНЕ НА ПЕНСИЯТА

IBAN*: SWIFT код:

Валута: Банка:

Адрес на банката /при валутни сметки/:

* Необходимо е да се приложи документ за IBAN, като всички разходи по изплащанията на територията на България са за сметка на Дружеството/ФИПП/ФРП, а при останалите случаи, разходите са за сметка на получателя на средствата.

5. ДЕКЛАРАЦИИ

- Запознат съм с Правилника на ЗУПФ Алианц България и с правото да ми бъде предоставено при поискване заверено копие на Правилата на съответния фонд за плащане.
- Съгласен съм Не съм съгласен ПОД Алианц България да събира, използва и разкрива личните ми данни, за да получавам рекламна информация относно продукти и услуги на Дружеството, други дружества от Групата на Алианц България и бизнес партньори на ПОД Алианц България, които могат да представляват интерес за мен (ако не се съгласите, нашите колеги няма да могат да Ви изпращат горепосочената информация).
- Уведомен съм, че мога да оттегля даденото съгласие по всяко време, което ще има за последица, че ПОД Алианц България няма да може повече да обработва личните ми данни за посочените цели.

6. ДОКУМЕНТИ, КОИТО СЛЕДВА ДА БЪДАТ ПРИЛОЖЕНИ КЪМ ЗАЯВЛЕНИЕТО

- Документ за IBAN

ПРЕДПОЧИТАН НАЧИН НА КОМУНИКАЦИЯ: E-mail Посочения адрес

Приел име:

Заявител:

Подпис:

/подпис/

Телефон: (+359)

ГП/П:

Вх.№:

Дата на приемане:

Дата на заявление: