До Пенсионно осигурително дружество Алианц България
Задължителен универсален пенсионен фонд / Задължителен професионален пенсионен фонд Алианц България

Адрес: 1407, София, ул. Сребърна 16, тел.: 02/9334800

Вх.№ | | |

Дата | | |

ЗАЯВЛЕНИЕ

I. Осигурено лице/пенсионер/наследник .....

ЕГН | | | | | | | | | | ***л.к. №*** | | | | | | | | | ***изд. на*** | | | | | | | | | ***от МВР*** .....

Адрес *П.К.* | | | | | ***гр. (с.)*** .... */ж.к., ул., бл., вх., ап./*

Телефон ..... ***e-mail*** .....

II. Пълномощник/Настойник/Попечител .....

ЕГН | | | | | | | | | | ***л.к. №*** | | | | | | | | | ***изд. на*** | | | | | | | | | ***от МВР*** .....

На основание пълномощно се: ☐ *Подават документи* ☐ *Подават документи и получават суми* ***Телефон*** .....

В съответствие с Правилника за организацията и дейността на:

☐ **"Задължителен УНИВЕРСАЛЕН пенсионен фонд Алианц България"/Правилника/ и действащото българско законодателство ИЛИ**

☐ **"Задължителен ПРОФЕСИОНАЛЕН пенсионен фонд Алианц България"/Правилника/ и действащото българско законодателство**

<u>заявявам натрупаните средства по индивидуалната партида да бъдат изплатени по следния начин:</u>

I. ПОРАДИ ТРАЙНО НАМАЛЕНА РАБОТОСПОСОБНОСТ НАД 89.99 НА СТО

☐ Еднократно ☐ % ..... */словом/*

II. ПОРАДИ ПЕНСИОНИРАНЕ

☐ Еднократно ☐ Разсрочено: ..... € ..... */словом/* месечно

☐ Срочна пенсия за ранно пенсиониране от ЗППФ ☐ Прехвърляне на средствата от ЗППФ в ЗУПФ

III. ПРИ СМЪРТ НА ОСИГУРЕНИЯ/ПЕНСИОНЕРА .....

ЕГН | | | | | | | | | | |

☐ Еднократно ☐ Разсрочено : ..... € ..... */словом/*

Плащането да се извърши на:

ТИТУЛЯР НА СМЕТКАТА: .....

БАНКА: .....

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | * Задължително се прилага документ за IBAN

Прилагам следните документи *:*

☐ Копие на разпореждане за отпускане на пенсия
☐ Копие на решение на ТЕЛК или НЕЛК
☐ Копие от Акт за смърт
☐ Удостоверение от НОИ
☐ Копие от Удостоверение за наследници
☐ Копие от Акт за граждански брак
☐ Копие от Акт за раждане на лице под 18г.
☐ Копие на Пълномощно
☐ Копие на документ за самоличност
☐ Други: .....

гр. ..... ***Дата:*** ..... ***Подпис:*** .....
Осигурен/пенсионер/наследник/пълномощник/попечител

Подписът е поставен в присъствието на НАСТОЙНИК на непълнолетно лице(от 14г. до 18г.):* ***Подпис:* .....
Настойник

Приел документите: ....
/име и подпис/ /тел./ /ГП/

2026 *Заявление за изплащане на средства от*
Задължителен универсален пенсионен фонд / Задължителен професионален пенсионен фонд Алианц България