

ВАЖНО: ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНОТО ДРУЖЕСТВО Е ДЪЛЖНО ДА ВИ ПРЕДОСТАВИ ДОКУМЕНТ С „ОСНОВНА ИНФОРМАЦИЯ ЗА ОСИГУРЕНите ЛИЦА“. ТЯ ЩЕ ВИ ПОМОГНЕ ДА СЕ ОРИЕНТИРАТЕ ПО-ДОБРЕ В ПРОЦЕДУРАТА ПО ПРОМЯНА НА УЧАСТИЕ И ДА СЕ ЗАПОЗНАЕТЕ С ОСНОВНИТЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ИЗБРАНИЯ ОТ ВАС ФОНД.

КОД НА ФОНДА 05 [1]

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 премине)

ЗАЯВЛЕНИЕ

за промяна на участие и прекърсяване на натрупаниите суми по индивидуалната партида в друг съответен фонд за допълнително задължително пенсионно осигуряване

Име Презиме Фамилия

ЕГН [] , л. карта № [] , издадена на от
или легитимационен документ на чужденец (внг, 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 желае да бъде прекратено участието ми в

(наименование на фонда за допълнително задължително пенсионно осигуряване), управляван от (наименование на пенсионноосигурителното дружество), поради:

- наличие на условията по чл. 171, ал. 1 от Кодекса за социално осигуряване;
- несъгласие с направените промени в правилника за организацията и дейността на универсалния (**профессионален**) пенсионен фонд, в който участвам;
- несъгласие с направените промени в инвестиционната политика на универсалния (**профессионален**) пенсионен фонд, в който участвам;
- преобразуване или прекратяване на пенсионноосигурителното дружество или на фонда за допълнително задължително пенсионно осигуряване, в който съм осигурен;
- придобито право на пенсия от универсален (**профессионален**) пенсионен фонд, в който участвам.

2. Заявявам, че желае натрупаниите средства в индивидуалната ми партида да бъдат прекърслени в

Задължителен професионален пенсионен фонд "Алианц България", управляван от ПОД "Алианц България" АД

(наименование на фонда за допълнително задължително пенсионно осигуряване)

(наименование на пенсионноосигурителното дружество)

3. Несъм подавал(а) заявление за промяна на участие в друг универсален (**профессионален**) пенсионен фонд.

4. Желае във връзка с подаденото от мен заявление за промяна на участие да получа на следната електронна поща

:
 извлечение от индивидуалната ми партида след прекърсяване на средствата;

други уведомления и документи при необходимост.

5. Получих документ с основна информация за осигурените лица.

6. Приложени копии от документи:

Осигурено лице:
(подпис)

* Попълва се от осигурителен посредник (в т.ч. лице, упълномощено от посредник – юридическо лице) или от служител на дружеството, приел заявлението:
Име и фамилия: Служебен № /должност Подпис

* Попълва се от пенсионноосигурителното дружество, управляващо пенсионния фонд, в който лицето желае да прекрати участието си.

Съгласие за промяна на участието

Отказ за промяна на участието, тъй като:

- не са изпълнени изискванията на чл. 171, ал. 1 от Кодекса за социално осигуряване
- не са изпълнени изискванията на чл. 171, ал. 3 от Кодекса за социално осигуряване
- не са изпълнени изискванията на чл. 171, ал. 4 от Кодекса за социално осигуряване
- не са изпълнени изискванията на чл. 340, ал. 4, м. 1 от Кодекса за социално осигуряване
- получени с заявлени за промяна на участие на същото осигурено лице от различни дружества

Отказ за разглеждане на заявлението, тъй като:

- имената на лицето не съвпадат с данни в документите на дружеството и не са приложени удостоверителни документи
- в управлявания от дружеството фонд, от който лицето желае да промени участието си, няма осигурено лице с ЕГН, попълнен в настоящото заявление

(посочват се допълнителни пояснения към отбележаните причини за отказ за промяна на участие/разглеждане на заявлението, ако е необходимо)

Подпис и печат:

Внимание! В случай на отказ всяко лице може да получи при поискване копие от заявлението за промяна на участие 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.

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ЗАЯВЛЕНИЕТО

1. Заявлението се попълва задължително в три екземпляра – третият за лицето, вторият за пенсионноосигурителното дружество, в чийто фонд лицето участва, първият за пенсионноосигурителното дружество, в чийто фонд лицето желае да премине.
2. Полето „настоящ адрес“ се попълва, когато той не съвпада с постоянния адрес на лицето.
3. В т. 1 се посочват точното наименование на универсалния (професионалния) пенсионен фонд, в който лицето се осигурява, и на управляващото го пенсионноосигурително дружество. Основанието за прекратяване на участието се отбележава със знак „X“.
4. В т. 2 се посочват точното наименование на универсалния (професионалния) пенсионен фонд, в който лицето желае да се осигурява, и на управляващото го пенсионноосигурително дружество.
5. В т. 4 се посочва адрес на електронна поща и със знак „X“ се отбележват съответните документи, в случай че лицето желае да получи един или всеки от документите по т. 4.1 и т. 4.2 по електронен път. Ако т. 4 не бъде попълнена, информацията се изпраща по пощата с писмо с обратна разписка, а уведомяването за анулиране на заявлението може да бъде извършено от осигурителен посредник и писмено срещу подпись на осигуреното лице.
6. В т. 6 се описват приложените към заявлението документи.