

**ВАЖНО: ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНОТО ДРУЖЕСТВО Е ДЛЪЖНО ДА ВИ ПРЕДОСТАВИ КАТО ПРИЛОЖЕНИЕ ДОКУМЕНТ С „ОСНОВНА ИНФОРМАЦИЯ ЗА ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА“. ТЯ ЩЕ ВИ ПОМОГНЕ ДА СЕ ОРИЕНТИРАТЕ ПО-ДОБРЕ В ПРОЦЕДУРАТА ПО ПРЕХВЪРЛЯНЕ И ДА СЕ ЗАПОЗНАЕТЕ С ОСНОВНИТЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ИЗБРАНИЯ ОТ ВАС ФОНД.**

Вх. № \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

(попълва се от лицето, приело заявлението)

ДО \_\_\_\_\_

(наименование на пенсионноосигурителното дружество, което управлява фонда, в който лицето желае да прехвърли средствата си)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

за прехвърляне на средства в индивидуалната партия от един в друг фонд за допълнително доброволно пенсионно осигуряване по професионални схеми

Име \_\_\_\_\_ Презиме \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_

ЕГН , 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 0000

Град (село) \_\_\_\_\_ ж.к. \_\_\_\_\_

Улица: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Блок \_\_\_\_\_ Вход \_\_\_\_\_ Етаж \_\_\_\_\_ Ап. \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Настоящ адрес: Област \_\_\_\_\_ Община: \_\_\_\_\_ ПК 0000

Град (село) \_\_\_\_\_ ж.к. \_\_\_\_\_

Улица: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Блок \_\_\_\_\_ Вход \_\_\_\_\_ Етаж \_\_\_\_\_ Ап. \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

1. Заявявам, че желая поради прекратяване на правоотношението ми с предприятието осигурител да прехвърля на основание чл. 247, ал. 4 от Кодекса за социално осигуряване натрупани средства от лични вноски по индивидуалната ми партида в

\_\_\_\_\_, управляван от  
(наименование на фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване по професионални схеми)

\_\_\_\_\_, във връзка с  
(наименование на пенсионноосигурителното дружество)

осигурителния договор, сключен от \_\_\_\_\_  
(посочва се наименованието на предприятието осигурител, във връзка с чийто договор са правени лични вноски)

частично – \_\_\_\_\_ лв. или

цялата натрупана сума от лични вноски във връзка с този договор.

2. Заявявам, че желая посочените средства в индивидуалната ми партида да бъдат прехвърлени в

\_\_\_\_\_, управляван от  
(наименование на фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване по професионални схеми)

\_\_\_\_\_.  
(наименование на пенсионноосигурителното дружество)

3. Желая във връзка с подаденото от мен заявление за прехвърляне на средства да получа на следната електронна поща \_\_\_\_\_:

3.1.  извлечение от индивидуалната ми партида след прехвърляне на средствата;

3.2.  други уведомления и документи при необходимост.

4. Получих документ с основна информация за осигурените лица.

5. Приложени копия 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 номер/длъжност \_\_\_\_\_ Подпис: \_\_\_\_\_

\* Попълва се от пенсионноосигурителното дружество, управляващо фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване по професионални схеми, от който лицето желае да прехвърли средства.

**Съгласие за прехвърляне на средствата**

**Отказ за прехвърляне на средствата**, тъй като не са изпълнени изискванията на чл. 247, ал. 4 от КСО

**Отказ за разглеждане на заявлението за прехвърляне**, 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 прехвърли средства, няма осигурено лице с ЕГН, попълнен в настоящото заявление

в т. 1 от заявлението не е посочено наименованието на предприятието осигурител, или във връзка с осигуряването по договора, сключен между него и дружеството, осигуреното лице не е внасяло лични вноски

*(посочват се допълнителни пояснения към отбелязаните причини за отказа за прехвърляне/разглеждане на заявлението, ако е необходимо)*

Подпис и печат: \_\_\_\_\_

*Внимание! В случай на отказ всяко лице може да получи при поискване заверено копие на заявлението за прехвърляне 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.*

## **МОЛЯ НЕ ПОПЪЛВАЙТЕ, ПРЕДИ ДА СТЕ ПРОЧЕЛИ УКАЗАНИЯТА ПО-ДОЛУ!**

### **УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ЗАЯВЛЕНИЕТО**

1. Заявлението се попълва задължително в три екземпляра – третият за лицето, вторият за пенсионноосигурителното дружество, в което лицето участва, и първият за пенсионноосигурителното дружество, в което лицето желае да прехвърли средствата си.

2. Полето „настоящ адрес“ се попълва, когато той не съвпада с постоянния адрес на лицето.

3. В т. 1 се посочват точното наименование на фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване по професионални схеми, в който лицето се осигурява. Задължително се посочват наименованието на предприятието осигурител, във връзка с чийто договор са правени лични вноски, и размерът на натрупаните средства, които ще се прехвърлят. В случай че се прехвърлят всички натрупани средства от лични вноски по даден осигурителен договор, със знак „X“ се отбелязва „цялата натрупана сума от лични вноски във връзка с този договор“ и не се посочва размерът ѝ.

4. В т. 2 се посочват точното наименование на фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване по професионални схеми, в който лицето желае да прехвърли средствата си, и на управляващото го пенсионноосигурително дружество.

5. В т. 3 се посочва адрес на електронна поща и със знак „X“ се отбелязват съответните документи, в случай че лицето желае да получи един или всеки от документите по т. 3.1 и т. 3.2 по електронен път. Ако т. 3 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 подпис на осигуреното лице.

В т. 5 се описват приложените към заявлението документи.“