|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 1 към чл. 4, ал. 3 |
|  | **НАЦИОНАЛНА АГЕНЦИЯ ЗА ПРИХОДИТЕ** |

Вх.№................../...................... **ДО**

 **ТД/ОФИС..……..….……………….**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**ЗА РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА ОСИГУРИТЕЛНИ ВНОСКИ, КОИТО СЕ ОТНАСЯТ ЗА ПЕРИОДИ ПРЕДИ 1 ЯНУАРИ 2005 Г.**

|  |
| --- |
|  ............................................................................................................................................................*(име/наименование на задълженото лицето)* |
| ЕГН / ЛНЧ / ЛН / Служебен № от регистъра на НАП |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

 |
| ЕИК по БУЛСТАТ/ЕИК по ЗТРРЮЛНЦ  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

 |
| Адрес за кореспонденция | ....................................................................................................................... |
| Представлявано от | ......................................................................................................................*(трите имена на представителя/пълномощника)* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заявявам, че внасям осигурителни вноски, които се отнасят за месец | 0 | 0 |  |
| 0 | 0 | 0 | 0 | г. в следните размери: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | ДОО | лв. |
| 2. | Учителски пенсионен фонд | лв. |
| 3. | Дължими вноски за ДЗПО - Универсален пенсионен фонд | лв. |
| 4. | Дължими вноски за ДЗПО - Професионален пенсионен фонд | лв. |
| 5. | Дължими вноски за здравно осигуряване | лв. |

Дата на възникване на задължението за внасяне на осигурителните вноски: ……………. г.

Дата: ………………….. Подпис: ............................

  *(име и фамилия)*

Заявлението се подава на основание чл. 4, ал. 3 отНаредбата за реда за избор на осигуряване, внасяне и разпределяне на задължителните осигурителни вноски, вноските за Фонд „Гарантирани вземания на работниците и служителите“ и обмен на информация, с изключение на лицата по чл. 40, ал. 5 от ЗЗО, които внасят задължителни осигурителни вноски, които се отнасят за периоди преди 2005 г.

*Националната агенция за приходите обработва и защитава личните Ви данни съобразно изискванията на Закона за защита на личните данни и Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 г.*

*Повече подробности за ангажиментите на Националната агенция за приходите в качеството й на администратор на лични данни, можете да намерите на интернет адрес:* [*www.nap.bg*](http://www.nap.bg) *или да се свържете с нас на електронния адрес на Информационния център на НАП:* *infocenter@nra.bg* *и на телефон:* [*0700 18 700*](http://www.nra.bg/page?id=178)*.*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2 към чл. 4, ал. 4 |
|  | **НАЦИОНАЛНА АГЕНЦИЯ ЗА ПРИХОДИТЕ** |

Вх.№................../...................... **ДО**

 **ТД/ОФИС .……..…………….…….**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

 **ПО ЧЛ. 4, АЛ. 4 ОТ НАРЕДБАТА ЗА РЕДА ЗА ИЗБОР НА ОСИГУРЯВАНЕ, ВНАСЯНЕ И РАЗПРЕДЕЛЯНЕ НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНИТЕ ОСИГУРИТЕЛНИ ВНОСКИ, ВНОСКИТЕ ЗА ФОНД „ГАРАНТИРАНИ ВЗЕМАНИЯ НА РАБОТНИЦИТЕ И СЛУЖИТЕЛИТЕ“ И ОБМЕН НА ИНФОРМАЦИЯ**

|  |
| --- |
|  ........................................................................................................................................................*(име/наименование на задълженото лице)* |
|  ЕГН/ЛНЧ/ЛН/служебен № от регистъра на НАП |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

 |
|  ЕИК по БУЛСТАТ/ЕИК по ЗТРРЮЛНЦ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

 |
|  Адрес за кореспонденция | ......................................................................................................... |
|  Представлявано от | .........................................................................................................*(трите имена на представителя/пълномощника)* |

Заявявам, че:

Желая да погася задължението си за допълнително задължително пенсионно осигуряване в универсален пенсионен фонд по реда на чл. 159, ал. 4 от Кодекса за социално осигуряване за съответните месеци и години в следната последователност:

Месец Година

1. ………………………. …………..

2. ………………………. …………..

3. ………………………. …………..

4. ………………………. …………..

5. ………………………. …………..

6. ………………………. …………..

Желая да погася задължението си за допълнително задължително пенсионно осигуряване в професионален пенсионен фонд по реда на чл. 159, ал. 4 от Кодекса за социално осигуряване за съответните месеци и години в следната последователност:

Месец Година

1. ………………………. …………..

2. ………………………. …………..

3. ………………………. …………..

4. ………………………. …………..

5. ………………………. …………..

6. ………………………. …………..

Дата: ………………….. Подпис: ............................

 *(име и фамилия)*

*Националната агенция за приходите обработва и защитава личните Ви данни съобразно изискванията на Закона за защита на личните данни и Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 г.*

*Повече подробности за ангажиментите на Националната агенция за приходите в качеството й на администратор на лични данни можете да намерите на интернет адрес:* [*www.nap.bg*](http://www.nap.bg) *или да се свържете с нас на електронния адрес на Информационния център на НАП:* *infocenter@nra.bg* *и на телефон:* [*0700 18 700*](http://www.nra.bg/page?id=178)*.*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 3 към чл. 4, ал. 5 |
|  | **НАЦИОНАЛНА АГЕНЦИЯ ЗА ПРИХОДИТЕ** |

Вх.№................../...................... **ДО**

 **ТД/ОФИС…..………………….**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**ЗА ИЗБОР ЗА ПРОМЯНА НА ОСИГУРЯВАНЕ ОТ ДОПЪЛНИТЕЛНО ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ПЕНСИОННО ОСИГУРЯВАНЕ В УНИВЕРСАЛЕН ПЕНСИОНЕН ФОНД ВЪВ ФОНД „ПЕНСИИ“, СЪОТВЕТНО ВЪВ ФОНД „ПЕНСИИ ЗА ЛИЦАТА ПО ЧЛ. 69“, НА ДЪРЖАВНОТО ОБЩЕСТВЕНО ОСИГУРЯВАНЕ**

|  |
| --- |
|  ....................................................................................................................................................*(имена на осигуреното лице по документ за самоличност)* |
| ЕГН / ЛНЧ / ЛН / Сл.№ от регистъра на НАП |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

 |
| Адрес за кореспонденция | .............................................................................................................. |
|  |  |

Желая да променя осигуряването си от универсален пенсионен фонд във Фонд „Пенсии“/ Фонд „Пенсии за лицата по чл. 69“ на държавното обществено осигуряване с увеличена осигурителна вноска с размера на осигурителната вноска за универсален пенсионен фонд и средствата от индивидуалната ми партида в универсален пенсионен фонд да бъдат прехвърлени в Държавния фонд за гарантиране устойчивостта на държавната пенсионна система.

Дата:............................ Подпис:......................................

 (*име, фамилия)*

Настоящото заявление се отнася за осигурени лица, които са осигурени в универсален пенсионен фонд за допълнително задължително пенсионно осигуряване

*Националната агенция за приходите обработва и защитава личните Ви данни съобразно изискванията на Закона за защита на личните данни и Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 г.*

*Повече подробности за ангажиментите на Националната агенция за приходите в качеството й на администратор на лични данни можете да намерите на интернет адрес:* [*www.nap.bg*](http://www.nap.bg) *или да се свържете с нас на електронния адрес на Информационния център на НАП:* *infocenter@nra.bg* *и на телефон:* [*0700 18 700*](http://www.nra.bg/page?id=178)*.*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 4 към чл. 4, ал. 6 |
|  | **НАЦИОНАЛНА АГЕНЦИЯ ЗА ПРИХОДИТЕ** |

Вх.№................../...................... **ДО**

 **ТД/ОФИС ..……….…………….**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**ЗА ИЗБОР ЗА ПРОМЯНА НА ОСИГУРЯВАНЕ ОТ ДОПЪЛНИТЕЛНО ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ПЕНСИОННО ОСИГУРЯВАНЕ В ПРОФЕСИОНАЛЕН ПЕНСИОНЕН ФОНД ВЪВ ФОНД „ПЕНСИИ“ НА ДЪРЖАВНОТО ОБЩЕСТВЕНО ОСИГУРЯВАНЕ**

|  |
| --- |
|  .....................................................................................................................................................*(имена на осигуреното лице по документ за самоличност)* |
| ЕГН / ЛНЧ / ЛН / Сл.№ от регистъра на НАП |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Адрес за кореспонденция | ................................................................................................................. |
|  |  |

Желая да променя осигуряването си от професионален пенсионен фонд във Фонд „Пенсии“ с увеличена осигурителна вноска в размера на осигурителните вноски по чл. 157, ал. 1, т. 2, буква „а“, съответно по чл. 157, ал. 1, т. 2, буква „б“ от КСО, и средствата от индивидуалната ми партида в професионален пенсионен фонд да бъдат прехвърлени във Фонд “Пенсии” на държавното обществено осигуряване.

Дата:............................ Подпис:.......................................

 *(име, фамилия)*

Настоящото заявление са отнася се за осигурените лица, които се осигуряват в професионален пенсионен фонд на допълнително задължително пенсионно осигуряване

*Националната агенция за приходите обработва и защитава личните Ви данни съобразно изискванията на Закона за защита на личните данни и Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 г.*

*Повече подробности за ангажиментите на Националната агенция за приходите в качеството й на администратор на лични данни можете да намерите на интернет адрес:* [*www.nap.bg*](http://www.nap.bg) *или да се свържете с нас на електронния адрес на Информационния център на НАП:* *infocenter@nra.bg* *и на телефон:* [*0700 18 700*](http://www.nra.bg/page?id=178)*.*