





ВАЖНО: ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНОТО ДРУЖЕСТВО Е ДЛЪЖНО 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 0 6
Вх. №
Дата:
(попълва се от лицето, приело заявлението)

До „Пенсионноосигурителна компания ОББ“ ЕАД
(наименование на пенсионноосигурителното дружество,
което управлява фонда, в който лицето желае да премине)

ЗАЯВЛЕНИЕ

ЗА ПРОМЯНА НА УЧАСТИЕ И ПРЕХВЪРЛЯНЕ НА НАТРУПАНИТЕ СУМИ ПО ИНДИВИДУАЛНАТА ПАРТИДА
В ДРУГ СЪОТВЕТЕН ФОНД ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНО ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ПЕНСИОННО ОСИГУРЯВАНЕ

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

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 желая да бъде прекратено участието ми в

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

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

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

пенсионен фонд ОББ, управляван от „Пенсионноосигурителна компания ОББ“ ЕАД
(наименование на фонда за допълнително задължително пенсионно осигуряване) (наименование на пенсионноосигурителното дружество)

3. Не съм подавал(а) заявление за промяна на участие в друг универсален (професионален) пенсионен фонд.

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

- 4.1 извлечение от индивидуалната ми партида след прехвърляне на средствата;
4.2 други уведомления и документи при необходимост.

5. Получих документ с основна информация за осигурените лица.

6. 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 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, т. 1 от Кодекса за социално осигуряване
- получени са заявления 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 отбелязаните причини за отказа 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.

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 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 отбелязва 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 отбелязват 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 подпис на осигуреното лице.
6. В т. 6 се описват приложените към заявлението документи.