***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 ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНА КОМПАНИЯ**
**“ДСК - РОДИНА” АД**

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

# З А Я В Л Е Н И Е

**за прехвърляне на средства в индивидуалната партида**
**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 ☐☐☐☐

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 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 ....., във връзка с
*(наименование на фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване по професионални схеми)* *(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.*

***М О Л Я  Н Е  П О П Ъ Л В А Й Т Е,  П Р Е Д И  Д А  С Т Е  П Р О Ч Е Л И  У К А З А Н И Я Т А  П О - Д О Л У !***

***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 ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНА КОМПАНИЯ**
**“ДСК - РОДИНА” АД**

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

# З А Я В Л Е Н И Е

**за прехвърляне на средства в индивидуалната партида**
**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 ☐☐☐☐

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 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 ....., във връзка с
*(наименование на фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване по професионални схеми)* *(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.*

***М О Л Я  Н Е  П О П Ъ Л В А Й Т Е,  П Р Е Д И  Д А  С Т Е  П Р О Ч Е Л И  У К А З А Н И Я Т А  П О - Д О Л У !***

***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 ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНА КОМПАНИЯ**
**“ДСК - РОДИНА” АД**

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

# З А Я В Л Е Н И Е

**за прехвърляне на средства в индивидуалната партида**
**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 ☐☐☐☐

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 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 ....., във връзка с
*(наименование на фонда за допълнително доброволно пенсионно осигуряване по професионални схеми)* *(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.*

***М О Л Я  Н Е  П О П Ъ Л В А Й Т Е,  П Р Е Д И  Д А  С Т Е  П Р О Ч Е Л И  У К А З А Н И Я Т А  П О - Д О Л У !***

## 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 който 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 "Х" се отбелязва „цялата натрупана сума от лични вноски във връзка с този договор" и не се посочва размерът й.

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 "Х" 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.