

Приложение № 2
към Договор № 0.....

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният(та): /три имена / ЕГН: л.к. №....., изд. от: гр., на г., гражданство....., дата на ражданег., месторождение....., държава на постоянно пребиваване.....

Постоянен адрес: обл....., п.к....., гр./с., ж.к./бул./ул..... №, бл., вх....., ет., ап., **Настоящ адрес:** обл....., п.к....., гр./с., ж.к./бул./ул..... №, бл., вх., ет., ап., тел....., моб. тел....., e-mail:.....
на основание чл. 235, ал. 3 от Кодекса за социално осигуряване

ДЕКЛАРИРАМ:

1. Съгласен(а) съм да бъда осигуряван(а) от със седалище и адрес на управление: пощ.код, регистрирано в Търговския регистър при Агенцията по вписванията с ЕИК: съд по ф.д. №/.....г., БУЛСТАТ:....., представлявано от в качеството му на адрес за кореспонденция: при условията и по реда на Кодекса за социално осигуряване в Доброволен пенсионен фонд „ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“ (ДФФ „ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“), управляван от „ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“ ЕАД („ПОД ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“ ЕАД).

2. Запознат(а) съм със съдържанието на договора за допълнително доброволно пенсионно осигуряване, сключен в моя полза между „ПОД ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ ” ЕАД и моя ОСИГУРИТЕЛ.

- 3.
- Запознат(а) съм с Правилника за организацията и дейността на ДПФ „ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“ и получих екземпляр от Правилника за организацията и дейността на ДПФ „ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“;
 - Запознат(а) съм с инвестиционната политика на ДПФ „ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“ и получих екземпляр от инвестиционна политика на ДПФ „ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“.

(**Вярното се отбелязва с “X”**) на г. и съм информиран(а), че при поискване от моя страна, мога да се запозная, респективно да получа екземпляр от Правилника за организацията и дейността на ДПФ „ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“ и/или от инвестиционната политика на ДПФ „ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“ след всяка извършена в тях промяна.

4. Във връзка с осигуряването в ДПФ „ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“, предоставям личните си данни на „ПОД ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“ ЕАД, което се задължава да ги обработва, съхранява, предоставя на трети лица или достъп до тях, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни.

5. Определям следните лица, които имат право да получат наследствена пенсия от средствата по договора, по който давам съгласието си да бъда осигуряван с настоящата декларация:

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Родствена връзка (ако има такава)	Дял в %
1				
2				
3				

Забележка. Когато бъдат избрани **наследниците по закон**, не е необходимо те да се изброяват в декларацията, тъй като определянето им става към момента на смъртта на **ОСИГУРЕНОТО ЛИЦЕ** при спазване на разпоредбите на Закона за наследството.

6. Избирам да получавам годишното извлечение от индивидуалната ми партида, по един от следните начини:
- 6.1. по пощата, на постоянния ми адрес;
 - 6.2. на посочения в настоящата декларация e-mail адрес, по реда на Закона за електронния документ и електронните удостоверителни услуги, подписано с квалифициран електронен подпис от „ПОД ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“ ЕАД.

С означение “X” се посочва избраният от ОСИГУРЕНОТО ЛИЦЕ начин за получаване на годишното извлечение от индивидуалната партида, а в случай, че изборът не е посочен, извлечението се изпраща по пощата

ДАННИ ЗА ОСИГУРЕНОТО ЛИЦЕ:

1. Осигуряван(а) ли сте в ДПФ „ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ ” до момента?
- НЕ
 - ДА и имам осигурителен номер
2. Осигурен(а) ли сте в Универсален и/или Професионален пенсионен фонд „ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“?
- НЕ
 - ДА и имам осигурителен номер

(**Вярното се отбелязва с “X”**)

Дата: 20..... г.

ДЕКЛАРАТОР:
(подпис)